

Psykologisk Intervention Mod Smerter Hos Rygmarvspatienter – Når Livet Går Videre



Line Boe Jensen

Studienummer: 20041666

Speciale

Vejleder: Tia Hansen

Aalborg Universitet

August 2010

Opgavens omfang:

$186.592/2400 = 78,5$ normalsider

Abstract

A substantial percentage of patients suffering from spinal cord injury (SCI) develop chronic pain which may negatively influence cognitive and emotional functioning, everyday activities and quality of sleep, and is moreover found significantly associated with depression, anxiety and reduced quality of life. The literature indicates that cognitive therapy may lead to an improved coping with pain among the SCI population. Thus the aim of this study has been to investigate how pain torment SCI patients may benefit from psychological intervention to promote adaptive coping with experienced pain.

To achieve this aim a mixed method design was employed. Semi-structured research interviews were conducted to make a qualitative exploration of experiences and benefits of two SCI patients having received psychological therapy concerning pain. Concurrently a questionnaire survey was conducted in order to evaluate the frequency of use, attitude towards and perceived helpfulness of psychological therapy by the SCI population rendering more generalisable results. Both interview-guide and questionnaire were custom made for this specific focus and reviewed to improve validity of the investigation. Qualitative data obtained from the interviews were subject for an Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) whereas quantitative data gathered through the questionnaire survey were analysed applying standard descriptive and inferential statistics.

Present results confirmed that pain constitutes an extensive and intrusive element in the everyday life of many SCI patients. While considered overall less helpful than e.g. medications and physical therapy, psychological intervention was considered helpful to some extent by approximately 60 % of the participants in the questionnaire survey. Still, less than a third of the participants had received psychological therapy. The study indicates a statistical significant relationship between action and attitude toward participation in psychological therapy and reveals that less than one fourth of the participants found it relevant to take part in psychological therapy sessions. Through the conducted interviews the study furthermore illustrates that psychological intervention may improve adaptive coping in SCI patients by the identification of specific advantageous elements. Psychological therapy may enhance growth of accepting the presence of pain which is important before tangible techniques may be utilised. It is indicated that psychological therapy may help acquire

specific behavioural therapeutic techniques that may be employed to challenge mal-adaptive thoughts and behaviour. Furthermore increased control is identified as a possible outcome of psychological therapy which seems associated with elevated psychological well-being.

The present study indicates that psychological intervention may improve adaptive coping in SCI patients but that a change of attitude towards psychological therapy may render benefits for even more SCI patients experiencing pain. However due to a limited number of participants further investigations are necessary.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING OG PROBLEMFORMULERING	6
1.1 AFGRÆNSNING	8
1.2 SPECIALETS OPBYGNING	8
2. BAGGRUND	10
2.1 PRÆSENTATION AF PATIENTGRUPPE	10
2.1.1 RYGMARVENS FUNKTIONER	10
2.1.2 INCIDENS OG PRÆVALENS	12
2.2 SMERTER	13
2.2.1 NOCICEPTIVE SMERTER	13
2.2.2 NEUROPATISKE SMERTER	14
2.2.3 NEURAL PLASTICITET	15
2.2.4 SMERTEPRÆVALENS HOS RYGMARVSSKADEDE	16
2.2.5 SMERTES POTENTIELLE INDVIRKNING PÅ INDIVIDET	17
2.2.6 ET BIOPSYKOSOCIALT SYN PÅ SMERTER	18
2.3 COPING	19
2.3.1 TEORETISKE POSITIONER	19
2.3.2 COPING OG SMERTER RELATERET TIL EN RYGMARVSSKADE	21
2.4 BEHANDLING AF SMERTER	22
2.4.1 PSYKOLOGISK BEHANDLING AF SMERTER	23
2.4.2 RAPPORTERET EFFEKT AF PSYKOLOGISK BEHANDLING	25
2.4.3 RAPPORTERET ANVENDELSE AF PSYKOLOGISK BEHANDLING	26
2.5 DELKONKLUSION	27
3. VIDENSKABSTEORI	29
3.1 MIXED METHODS FORSKNING	30
3.2 PARADIGME-DEBATTEN	31
3.3 ANVENDELSE AF MIXED METHODS	32
4. METODE	33
4.1 SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE	33
4.1.1 FORMÅL MED SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN	33
4.1.2 UDVIKLING OG OPBYGNING AF SPØRGESKEMA	34
4.1.2.1 DEMOGRAFISKE OG BAGGRUNDSMÆSSIGE SPØRGSMÅL	35
4.1.2.2 HOLDNINGSSPØRGSMÅL	36
4.1.2.3 TILSTEDEVÆRELSE AF SMERTER OG SMERTEINDVIRKNING	37
4.1.2.4 HANDLINGSSPØRGSMÅL	37
4.1.3 SPØRGSMÅLSTYPER OG SVARMULIGHEDER	38
4.1.4 PILOTERING AF SPØRGESKEMA	40
4.1.5 DELTAGERE TIL SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE	41
4.1.6 DISTRIBUTION AF SPØRGESKEMA	41
4.1.7 ETISKE OVERVEJELSER OG TILTAG	42
4.1.8 STATISTISK DATAANALYSE	42
4.2 INTERVIEWUNDERSØGELSE	45

4.2.1 FORMÅL MED INTERVIEWUNDERSØGELSEN	45
4.2.2 UDVIKLING AF INTERVIEWGUIDE	46
4.2.3 PILOTERING AF INTERVIEWGUIDE	49
4.2.4 DELTAGERE TIL INTERVIEWUNDERSØGELSE	49
4.2.5 REKRUTTERING	50
4.2.6 ETISKE OVERVEJELSER OG TILTAG	51
4.2.7 FÆNOMENOLOGISK HERMENEUTISK ANALYSE	52
4.2.7.1 TEORETISK GRUNDLAG FOR IPA	52
4.2.7.2 ANALYSESTADIER	53
5. RESULTATER	55
5.1 KVANTITATIVE RESULTATER	55
5.1.1 DESKRIPTIV STATISTIK	55
5.1.1.1 HOLDNINGSSPØRGSMÅL	57
5.1.1.2 HANDLINGSSPØRGSMÅL	58
5.1.2 INFERENTIAL STATISTIK	61
5.1.2.1 HOLDNINGSSPØRGSMÅL	61
5.1.2.2 HANDLINGSSPØRGSMÅL	65
5.1.2.3 FORHOLD MELLEM HOLDNING OG HANDLING	67
5.2 KVALITATIVE RESULTATER	69
5.2.1 KORT PRÆSENTATION AF INFORMANTER	69
5.2.2 PRÆSENTATION AF IDENTIFICEREDE TEMAER	70
5.2.2.1 OPLEVELSEN AF SMERTER	70
5.2.2.2 ERFARINGER MED SMERTEBEHANDLINGER	71
5.2.2.3 ACCEPT	71
5.2.2.4 KONTROL	73
5.2.2.5 SMERTEHÅNDBTERINGSVÆRKTØJER	73
5.2.2.6 SØGEN EFTER SVAR	74
6. DISKUSSION	76
6.1 DISKUSSION AF KVANTITATIVE DATA	76
6.1.1 OVERORDNET ANVENDELSESFREKVENNS	76
6.1.2 OPLEVET GAVNLIGHED	76
6.1.3 ANVENDELSE AF OG HOLDNINGER TIL PSYKOLOGISK INTERVENTION	78
6.1.4 TVÆRFAGLIGT PERSPEKTIV PÅ SMERTEBEHANDLING	80
6.1.5 PSYKOLOG ELLER ET PSYKOLOGISK SAMTALEFORLØB	80
6.2 DISKUSSION AF KVALITATIVE DATA	81
6.2.1 UDVIKLING AF ADAPTIVE COPINGSTRATEGIER	81
6.2.2 EN ERKENDELSESPROCES	83
6.2.3 PSYKOEDUKATION OG LÆRING OM SMERTER	84
6.2.4 TIDSPUNKT FOR PSYKOLOGISK INTERVENTION	86
6.2.5 BEHOV FOR SOCIAL SAMMENLIGNING	86
6.3 INTEGRERENDE DISKUSSION	88
7. VERIFICERING	91
7.1 OVERORDNEDE METODISKE OVERVEJELSER	91
7.2 OVERVEJELSER KNYTTET TIL REKRUTTERINGSSTRATEGIER	92
7.3 REPRÆSENTATIVITET	92
7.4 SELEKTIONSBIAS	93

7.5 RELIABILITET	94
7.6 VALIDITET	95
<u>9. LITTERATUR</u>	<u>100</u>
9.1 REFERENCELISTE	100
9.2 PENSUMLISTE	107
9.2.1 NY LITTERATUR	107
9.2.2 TIDLIGERE ANVENDT LITTERATUR	113

1. Indledning og problemformulering

En skade på rygmarven, som følge af enten traumatiske eller ikke-traumatiske hændelser, er for majoriteten af de ramte lig med drastiske og øjeblikkelige ændringer, som, afhængig af skadens alvor, oftest vil være af vedvarende karakter (deRoos-Cassini, de St. Aubin, Valvano, Hastings & Horn, 2009). Udover at være forbundet med en række fysiske forringelser, eksempelvis i form af lammelser, er tilstedeværelsen af smerte en yderst central problematik for mange rygmarvspatienter (Widerström-Noga, Finnerup & Siddall, 2009). Den omfattende indvirkning smerter kan have på et individ med en skade på rygmarven kan understreges ved tre punkter. For det første er smerte hyppigt forekommende hos patienter med en rygmarvsskade, hvor studier indikerer, at 65-85 % oplever smerter som følge af en rygmarvsskade, hvoraf en tredjedel kategoriserer deres smerter som værende alvorlige (Siddall, 2009; Siddall, McClelland, Rutkowski & Cousins, 2003; Finnerup, Johannesen, Sindrup, Bach & Jensen, 2001). For det andet er smerter en af de mest komplicerede problemstillinger at håndtere for rygmarvspatienter og tilstedeværelsen af smerter er herigennem en problematik, der takseres utrolig højt af patientgruppen (Widerström-Noga, Felipe-Cuervo, Broton, Duncan & Yeziarski, 1999). Flere studier indikerer, at smerte kan relateres til nedsatte fysiske, psykiske og sociale funktioner, have negativ indvirkning på søvn og deltagelse i dagligdagsaktiviteter samt reducere individets evne til at deltage i rehabiliteringen og vende tilbage til arbejdslivet (Siddall, 2009; Budh, Hultling, Lundeberg, 2005; Summers, Rapoff, Varghese, Porter & Palmer, 1991). Disse potentielle følgevirkninger kan endelig være medvirkende til reduceret livskvalitet (Budh & Österåker, 2007). For det tredje har den langsigtede prognose for smerteforløb dårlige udsigter, idet det rapporteres, at smerte som følge af en rygmarvsskade ofte varer ved eller forværres over tid (Jensen, Kuehn, Amtmann & Cardenas, 2007).

Behandling af smerter hos rygmarvspatienter er herigennem en yderst central problematik, som nødvendiggør omfattende effektvurderinger, således udbudte behandlingstilbud er evidensbaserede. Smertebehandling synes optimalt set at inkludere et tværfagligt samarbejde, hvor psykologisk intervention kan supplere eksempelvis farmakologisk og fysioterapeutisk behandling (Frølich, 2003; Jensen, 2003). Gennem

et omfattende litteraturreview¹ er der kun opnået kendskab til et enkelt studie, der har haft til formål at undersøge effekten af psykologisk behandling specifikt i forhold til smerter hos rygmarsvpatienter (Budh, Kowalski & Lundeberg, 2006). For yderligere at vurdere udbyttet af psykologisk intervention hos patientgruppen tager dette speciale udgangspunkt i følgende problemformulering:

Hvorledes drager rygmarsvpatienter med hertil relaterede smerter nytte af psykologisk intervention i forhold til forbedring af coping med smerter?

Denne problemformulering ønskes belyst både ved inddragelse af teori og publiceret forskning på området samt i form af en empirisk besvarelse. Den empiriske besvarelse vil indeholde både en spørgeskemaundersøgelse og en interviewundersøgelse, hvorfor dette studie vurderes at være et mixed methods studie. Gennem interviews, som repræsenterer en kvalitativ tilgang, søges et deskriptivt perspektiv på deltageres oplevede effekt af psykologisk smerteintervention for herigennem at opnå indblik i interventionens potentielle indvirkning på rygmarsvpatienters coping med smerter. Samtidig søges en vinkel, som er mere repræsentativ for patientgruppen, ved gennemførelse af en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse omhandlende opsøgte smertebehandlinger, inklusiv psykologisk intervention, og gavnligheden heraf. Det kvantitative og kvalitative perspektiv muliggør begge, dog på forskellig vis, indblik i, hvorledes rygmarsvpatienter med hertil relaterede smerter drager nytte af psykologisk intervention.

Udenlandske studier viser, at kun en beskedent del af patientgruppen opsøger psykologisk terapi i forhold til smertehåndtering (Cardenas & Jensen, 2006; Widerström-Noga & Turk, 2003; Warms, Turner, Marshall & Cardenas, 2002). Årsagerne hertil er uklare, dog kan resultaterne medvirke til en mistanke om, at et udsnit af patientgruppen finder psykologisk intervention i forhold til smerter uvæsentlig. Spørgeskemaundersøgelsen vil derfor også forsøge at give en kvantitativ vurdering af, patientgruppens holdninger til psykologisk smertebehandling samt i hvilket omfang psykologisk intervention med fokus på smerter benyttes af patientgruppen.

¹ Udgørende undertegnedes 9.semesters projekt med formål at indsamle og sammenholde effektvurderinger af psykologisk intervention i forhold til patienter med pådraget skade på rygmarven.

1.1 Afgrænsning

En rygmærskade formodes at placere individet i en øget risiko for udvikling af komorbide psykiske tilstande, herunder depression og angst. Derudover kan skadens opståen ofte være forbundet med traumatiske begivenheder, hvilket yderligere kan være grobund for komplikationer og udvikling af post-traumatisk stress. (Craig, Tran & Middleton, 2009) Som det fremgår gennem specialets problemformulering vil fokus for specialet være rygmærspatienter, der oplever smerter som følge af rygmærskaden. Dette betyder, at psykiske komorbide tilstande kun vil blive berørt i det omfang disse kan relateres til tilstedeværelsen smerter.

Smerter kan hos patientgruppen både forekomme som akutte og kroniske (Palmer, Kriegsman & Palmer, 2008). Der vil i pågældende studie ikke blive skelnet mellem disse smertetyper.

På trods af, at det anbefales at indtage et tværfagligt behandlingsperspektiv i forhold til rygmærspatienter med hertil relaterede smerter (Siddall, 2009), vil dette studie fokusere på psykologisk behandling heraf. Der vil i specialet dog blive inddraget forskellige smertebehandlinger, hvilke vil tjene som sammenligningsgrundlag og kun blive omtalt i generelle vendinger.

1.2 Specialets opbygning

Specialet er inddelt i følgende overordnede afsnit: baggrund, videnskabsteori, metode, resultater, diskussion, verificering og konklusion.

Baggrunden vil indeholde en gennemgang af væsentlige begreber i problemformuleringen, som vil blive beskrevet med udgangspunkt i relevant teori og publiceret forskning. Disse centrale elementer er patientgruppen, smerter forekommende i forbindelse med en rygmærskade, coping samt psykologisk behandling af smerter.

Videnskabsteori vil omhandle en præsentation af mixed methods og generelle overvejelser forbundet med anvendelse heraf.

Herefter følger et metodeafsnit, som er opdelt i to dele omhandlende henholdsvis den kvantitative spørgeskemaundersøgelse og den kvalitative interviewundersøgelse.

Metodeafsnittet indeholder beskrivelser af både udvikling af de metodiske redskaber samt metoder til analyse af indsamlet data.

Det efterfølgende resultatafsnit er ligeledes opdelt i en præsentation af henholdsvis kvantitative og kvalitative resultater.

Aalborg Universitet
Speciale

Endelig vil der i diskussionsafsnittet indledningsvist være individuelle diskussioner af henholdsvis kvantitative og kvalitative data, hvorefter en integrerende diskussion er at finde.

Umiddelbart før en overordnet konklusion vil gyldigheden af de opnåede resultater blive diskuteret i forhold til udvalgte videnskabelighedskriterier.

2. Baggrund

Centrale elementer for specialet vil i de følgende afsnit blive præsenteret ud fra teoretiske bidrag og forskning på området, disse værende patientgruppen, smerter, coping og psykologisk behandling af smerter.

2.1 Præsentation af patientgruppe

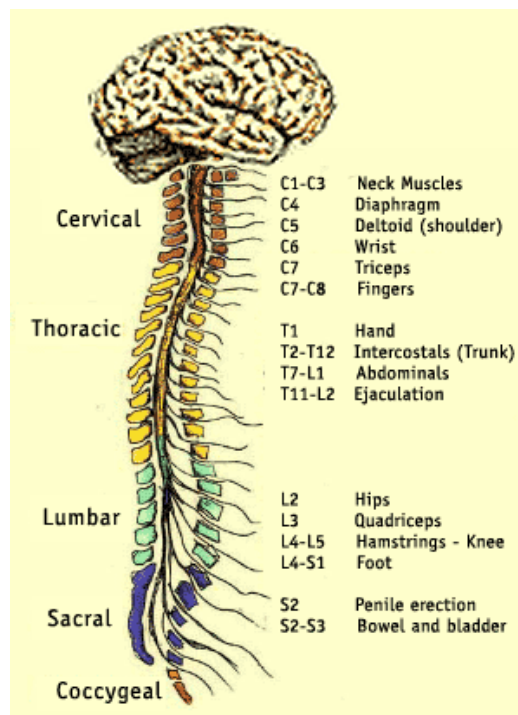
I de følgende underafsnit vil patientgruppen blive præsenteret. Denne præsentation vil tage udgangspunkt i en redegørelse af rygmarvens anatomi og funktioner, da dette kan bidrage til en øget forståelse for potentielle følgevirkninger af en skade på rygmarven. Dernæst vil statistiske oplysninger omkring patientpopulationen blive præsenteret.

2.1.1 Rygmarvens funktioner

Rygmarven og hjernen udgør tilsammen menneskets centralnervesystem, hvorfra både bevidste og ubevidste bevægelser styres og sanseindtryk bearbejdes (Rasmussen og Sørensen, 1991). Centralnervesystemet er således ansvarligt for integration, processering og koordinering af sensorisk data og motoriske ordrer. Rygmarven varetager kommunikationen mellem hjernen og sensoriske receptorer samt motoriske muskler via rygnerver udgående fra rygmarven. (Martini, 2004) En skade på rygmarven vil kompromittere denne kommunikation og medføre varierende grader af nedsat sansemotorisk kontrol. Herigennem kan en rygmarvsskade udløse både motorisk tab, det vil sige lammelser eller svagheder, samt sensorisk tab, det vil sige fraværd af kropslige fornemmelser, herunder berøringer og temperatur. Både motorisk og sensorisk tab påvirker som regel hele eller dele af kroppen under skadens placering. (Palmer et al., 2008)

Rygmarven består af et bundt nervefibre, som forbinder hjernen med den resterende del af kroppen, hvilket beskyttes af de omgivende knogler, brusk og sener i rygsøjleens hvirvelkanal (Rasmussen & Sørensen, 1991; Palmer et al., 2008). Rygmarven inddeles på baggrund af rygnervernes udspring i 31 segmenter, som hver især identificeres af en bogstav- og nummerkombination, for eksempel C4, T8 og L2. Rygmarven inddeles desuden i 4 regioner ud fra kropsregion, værende cervikal, torakal, lum-

bal og sakral, som hver kommunikerer med forskellige dele af kroppen afhængig af regionens højde (se figur 1). (Martini, 2004) Rygnerverne besidder to nerverødder værende en sensorisk (dorsal) og en motorisk (ventral) rod, der samles i en nervestamme, som udgør en blandet rygnerve. Disse transporterer sensorisk information fra og motorisk information til for eksempel arme, ben og krop. (Palmer et al., 2008)



Figur 1: Her ses rygmargens fire regioner, hvorfra rygnerver udgår og kommunikerer med forskellige dele af kroppen.

Skadens placering er afgørende for, hvilke dele af kroppen, der berøres. I denne forbindelse kan man anskue udfald af en rygmargsskade i forhold til de fire hovedregioner på rygsøjlen. Eksempelvis vil skader lokaliseret i sakral-regionen (S1-S4) primært forårsage tab af blære- og tarmkontrol samt seksuel dysfunktion. Derudover kan visse skader i denne region forårsage svagheder eller lammelser i hofter og ben. Ved skader i lumbal-regionen (L1-L5) ses herudover generelt lammelser eller svagheder i de nedre ekstremiteter. Skader lokaliseret i torakal-regionen (T1-T12) kan desuden medføre lammelser eller svagheder i brystniveauet. Endelig kan skader i cervikal-regionen (C1-C8) forårsage lammelser eller svagheder i alle fire ekstremiteter og i tilfælde af skader på de højeste segmenter i denne region kan der opleves problemer med tale og selvstændig vejrtrækning. (Palmer et al., 2008; Wood-Dauphinè, Exner & the SCI Consensus Group, 2002)

Rygmargsskader opdeles i henholdsvis *tetraplegi*, hvilket betegner en skade i halsniveau med deraf følgende lammelser i alle fire ekstremiteter og *paraplegi*, hvilket betegner en skade i bryst- og lændeniveau, hvor lammelser er begrænset til de nedre ekstremiteter (Palmer et al., 2008). Udover denne opdeling med udgangspunkt i skadeslokalisering kan en rygmargsskade yderligere være komplet eller inkomplet. Disse begreber omhandler, hvorvidt alle nervetråde ved skaden er ødelagte, det vil sige

en komplet skade, eller hvorvidt nogle nervetråde stadig er bevarede, det vil sige en inkomplet skade. Sidstnævnte kategori kan betyde, at nogen følesans og motorisk kontrol er bevaret under skadens placering. (Rasmussen & Sørensen, 1991)

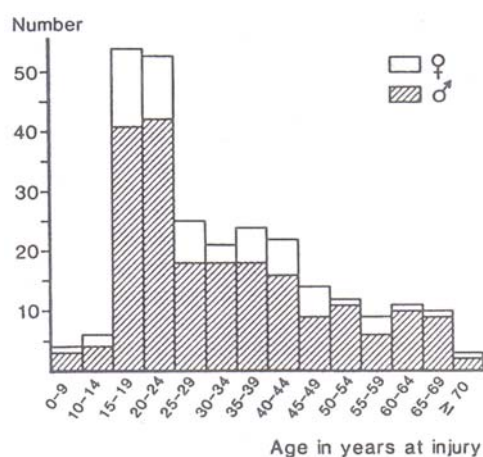
En rygmarskade vil ofte resultere i et skæbnesvangert udfald, da nerveceller efter beskadigelse ikke erstattes med nye celler. Dette faktum betyder med andre ord, at centralnervesystemets, herunder rygmarsens, overordnede styrende funktion kompromitteres (ibid.). Ved inkomplette skader opleves der bedre muligheder for forbedringer sammenlignet med komplette skader, hvor der er minimal chance for at genvinde funktioner under skadesniveauet (Biering-Sørensen & Mosdal, 1991).

2.1.2 Incidens og prævalens

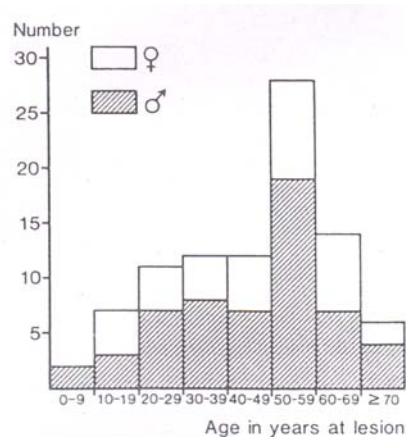
Der foreligger kun få offentliggjorte statistikker over rygmarskadede i Danmark. En opgørelse fra RYK – Rygmarskadede i Danmark² anslår, at omkring 130 personer hvert år får en rygmarskade, mens der findes omtrent 3.000 rygmarskadede i Danmark. Heraf skyldes knap halvdelen traumatiske omstændigheder, herunder trafik-, sports- og faldulykker, hvor de resterende er nontraumatiske skader forårsaget af eksempelvis svulster, betændelse eller virus i eller omkring rygmarsen (www.ryk.dk/viden/rygmarskade). Nedenfor præsenterede søjlediagrammer for henholdsvis traumatiske (figur 2) og nontraumatiske skader (figur 3) i perioden 1975-84 viser, at traumatiske rygmarskader hyppigst forekom hos 15-24-årige, hvilket udgjorde 40 % af alle traumatiske tilfælde med en overrepræsentation af mænd, hvorimod nontraumatiske rygmarskader ifølge disse opgørelser oftest forekom i alderen 50-59 år svarende til 30 % af de nontraumatiske tilfælde ligeledes med en overrepræsentation af mænd (Biering-Sørensen & Drewes, 1991).

Af de her rapporterede traumatiske rygmarskader skyldtes omkring halvdelen trafikulykker (47 %) efterfulgt af fald (26 %), selvmordforsøg (8 %), sportsulykker (6 %), udspring på lavt vand (6 %), ramt af ting i bevægelse (3 %) fastklemningsulykker (2 %), vold (2 %) og anden årsag (1 %) (ibid.).

² RYK er en specialkreds i Dansk Handicap Forbund og en landsdækkende interesseorganisation for rygmarskadede i Danmark (www.ryk.dk).



Figur 2: Alders- og kønsfordelingen for 268 traumatiske rygmarvsskadede i perioden 1975-84 (Biering-Sørensen & Drewes, 1991).



Figur 3: Alders- og kønsfordelingen for 92 non-traumatiske rygmarvsskadede i perioden 1975-1984 (Biering-Sørensen & Drewes, 1991).

2.2 Smerter

En udtømmende beskrivelse af mekanismer centrale for smerters ætiologi er udover dette speciales ramme, dog vil smertetyper hyppigt oplevet af patientgruppen samt prævalensen heraf blive præsenteret for herigennem at give en dybere forståelse for smerternes potentielle indvirkning på rygmarvspatienter. Smerter hos rygmarvspatienter kan opdeles i: nociceptive smerter og neuropatiske smerter (Siddall & Finnerup, 2006).

2.2.1 Nociceptive smerter

Nociceptive smerter defineres som smerter forårsaget af non-neurogene vævsskader og opdeles almindeligvis i yderligere to kategorier værende *musculoskeletale smerter* og *viscerale smerter* (Finnerup & Jensen, 2004).

Traumatiske rygmarvsskader er som regel ledsaget af store skader på rygsøjlen og dens støttende strukturer, hvilket kan resultere i akutte musculoskeletale smerter i blandt andet knogler, ledbånd og muskler. (Siddall & Finnerup, 2006) Denne smerteform kan forekomme i enhver region med nogen bevaret sensation og beskrives oftest som dumpe eller ømme og forbindes med bevægelse samt palpering (Widerström-Noga et al., 2008). Musculoskeletale smerter er almindelige i både den

akutte og kroniske fase af en rygmarskade. I den kroniske fase kan denne smertetype opstå ved overbrug eller abnorm brug af strukturer, såsom arme eller skuldre, hvilket er oftere forekommende hos rygmarspatienter med paraplegi end tetraplegikere. (Sidall & Finnerup, 2006)

En rygmarskade kan resultere i øget risiko for patologi berørende de viscerale strukturer, det vil sige de indre organer. Viscerale smerter refererer til smerter lokaliseret i brystkassen samt bugen og kan karakteriseres som dumpe, ømme eller krampende. Smerterne kan yderligere forbindes med visceral patologi og dysfunktion i form af infektion eller tilstopning, hvilket eksempelvis inkluderer urinvejsinfektion. (Widerström-Noga et al., 2008; Sidall & Finnerup, 2006)

2.2.2 Neuropatiske smerter

Neuropatiske smerter, også kaldet neurogene smerter, karakteriserer smerter opstået som følge af skade på det centrale eller perifere nervesystem (Siddall, Taylor & Cousins, 1997). Denne smertetype kan opdeles i yderligere tre kategorier værende smerter *over niveau*, *i samme niveau* og *under niveau*, hvor niveau refererer til det niveau af rygmarsken, som er beskadiget. Ud af disse tre nævnte underkategorier er de to sidstnævnte specifikke for rygmarspatienter. (Finnerup & Jensen, 2004; Siddall, 2009)

På trods af, at smerter over niveau ikke er specifikke for rygmarspatienter, kan rygmarsskadede være mere modtagelige overfor visse af disse smerter, da en øget byrde er placeret på de øvre lemmer ved eksempelvis kørestolsbrug og forflytning (Siddall & Finnerup, 2006). Smerter i samme niveau er lokaliseret indenfor to til tre segmenter over eller under skadesniveauet og kan ved traumatiske rygmarsskader skyldes både perifere og centrale mekanismer forårsaget af skade på rygmarsstrukturer eller nerverødder. Denne smertekategori kan optræde som spontane eller fremkaldte smerter og forekommer oftest tidligt efter skaden. Smerter under niveau, også kendt som fantomsmerter, anses som centrale smerter forårsaget af rygmarsstraumet og kan ligeledes forekomme spontant og/eller fremkaldt. Denne smertekategori udvikles, modsat smerter i samme niveau, måneder eller år efter den indledende skade. (Baastrup & Finnerup, 2008) Det er dog ikke ualmindeligt, at en kombination af dis-

se smertetyper er tilstedeværende og bidragende til smerteoplevelsen hos den enkelte patient. Smerternes opståen kan, som tidligere påpeget, ses umiddelbart efter skaden eller være forsinket med op til flere måneder. Erfaringer viser dog, at patienter, der oplever neuropatiske smerter tre til seks måneder efter rygmarvsskadens opståen, højst sandsynlig fortsat vil opleve smerter tre til fem år efter skaden. (ibid.)

Neuropatiske smerter karakteriseres ved spontan vedholdende smerte samt en række usædvanlig fremkaldte responser herunder allodynia, hvilket er smerte forårsaget af et stimuli, der ikke normalt giver smerte, og hyperalgesia, hvilket er øget respons på smertefulde stimuli. Herudover forekommer dysæstesi, det vil sige en ubehagelig abnorm sensation, og paræstesi, hvilket vil sige abnorme sensationer, der ikke er smertefulde eller ubehagelige. Neuropatiske smerter vil af patienten oftest opleves som brændende, prikkende, stikkende, jagende og elektriske. (ibid.)

2.2.3 Neural plasticitet

Som indikeret i foregående afsnit kan smerter hos rygmarvsskadede optræde som akutte smerter men ligeledes udvikle sig til kroniske smerter. Kroniske smerter kan defineres som smerter, der varer ved udover ophelingstiden efter en skade. I praksis anvendes dog en pragmatisk definition, idet smerter betragtes som kroniske, hvis de har varet ved i seks måneder eller mere (Jensen, 2003).

Centralnervesystemet er ikke en statisk struktur, men kan forandre sig gennem erfaring med smerter (Sættem & Stiles, 2008). Dette fænomen, kaldet neural plasticitet, skyldes neuroners evne til at forandre struktur, funktion og kemisk profil. Vedvarende smerter kan således gennem strukturelle og funktionelle forandringer medføre en kronificering af smerter. (Wolf & Salter, 2000) Dette sker som følge af en øget sensitivitet hos neuroner i centralnervesystemet, således at milde smertesignaler eller endda ikke-smertefulde afferente signaler kan blive opfattet som smertefulde. Denne oversensitive tilstand kan vare ved og fortsat udløse smerte på trods af, at den oprindelige årsag hertil er helbredt. (Sættem & Stiles, 2008) Disse mekanismer kan udgøre bidragende forklaringer på, at mange rygmarvsskadede oplever allodynia og hyperalgesia (Yeziarski, 2009).

2.2.4 Smerteprævalens hos rygmærskadede

Studier indikerer, at omtrent 70 % af alle rygmærspatierer oplever smerter (Cardenas & Felix, 2009). Centrale resultater herom vil i det følgende blive præsenteret med det formål at ekspliciterer smerteproblematikkens omfang hos patientgruppen.

Resultaterne af et ofte citeret australsk longitudinelt studie med fokus på rygmærspatierer og smerte har vist, at 81 % af deltagerne (n = 73) ved opfølgende målinger fem år efter skadens oprindelse oplevede tilstedeværelse af en form for smerte, hvoraf 53 % karakteriserede deres smerter som værende alvorlige og 5 % karakteriserede deres smerter som værende ulidelige. I dette studie var musculoskeletale smerter den hyppigst forekommende smertetype rapporteret af 59 % af deltagerne, hvilket efterfulgtes af neurapatiske smerter i samme niveau som skaden rapporteret af 41 % af deltagerne. Neuropatiske smerter under skadens niveau rapporteredes af 34 % af deltagerne og endelig var viscerale smerter tilstedeværende i 5 % af tilfældene. (Siddall et al., 2003).

Prævalensen af smerter hos rygmærspatierer er ligeledes blevet undersøgt i danske studier. På baggrund af en brevspørgeundersøgelse (n = 436) hos den danske rygmærspopulation rapporterede 77 % at have smerter eller ubehagelige fornemmelser og 67 % oplevede kroniske smerter eller ubehagelige fornemmelser i samme niveau som skaden eller under skadens niveau. Hos 48 % af patienterne var allodynia eller dysæstesi tilstedeværende, hvilket indikerer, at neurapatiske smerter udgør en betydelig del af den overordnede smerteoplevelse. (Finnerup, Johannesen, Sindrup, Bach & Jensen, 2001) En anden dansk undersøgelse har fokuseret mere specifikt på tilstedeværelsen af viscerale smerter hos langtidsskadede rygmærspatierer. Gennem denne spørgeskemaundersøgelse (n = 193) fandt man, at 34 % rapporterede kroniske smerter (her defineret som smerter varende mere end tre måneder) eller gener i bugregionen, hvortil 9 % rapporterede, at de i den forgangne uge havde været plaget meget af denne smerte. Derudover rapporterede 53 %, at smertens opståen først indtraf fem år efter rygmærsskaden, hvilket bekræfter, at viscerale smerter rammer patienten forholdsvist sent i skadesforløbet. (Finnerup, Faaborg, Krogh & Jensen, 2008)

Resultaterne af disse undersøgelser vidner om, at smerter hos rygmarsvpatienter er et alvorligt og centralt tema, idet mange patienter påvirkes heraf. Smerter afføder desuden yderligere problematikker, som har stor klinisk betydning i arbejdet med rygmarsvpatienter.

2.2.5 Smertes potentielle indvirkning på individet

Smerte kan have en væsentlig negativ indvirkning på rygmarsvpatienters kognitive og emotionelle funktioner³ (Murray, Asghari & Egorov, 2007), dagligdagsaktiviteter (Turner & Cardenas, 1999) og søvnkvalitet (Budh, Hultling & Lundeberg, 2005). Derudover synes rygmarsvpatienter, der lider af smerter, mere tilbøjelige til at opleve psykiske lidelser sammenlignet med smertefrie rygmarsvpatienter (Cairns, Adkins & Scott, 1996).

I dette afsnit vil udvalgte forskningsresultater med fokus på, hvorledes smerte kan påvirke individet, blive præsenteret og uddybet.

I flere smertestudier omhandlende rygmarsvpatienter ses et fokus på livskvalitet, da dette i dag er blevet et centralt omdrejningspunkt for rehabilitering grundet øgede overlevelsesmuligheder ved rygmarsvskader (Budh & Österåker, 2007). Generelt rapporteres der om lavere livskvalitet hos rygmarsvpatienter med smerter sammenlignet med smertefrie rygmarsvpatienter (Budh & Österåker, 2007; Wollaars, Post, van Asbeck & Brand, 2007; Putzke, Richards & Dowler, 2000). I en svensk tværsnitsundersøgelse fandt man, at ambulante rygmarsvpatienter med smerte udviste lavere livstilfredsstillelse⁴ (vurderet ved brug af LiSat-9) sammenlignet med både den generelle svenske befolkning og rygmarsvpatienter uden smerter, hvor vedvarende smerter i højere grad end periodiske smerter påvirkede patienternes livstilfredsstillelse. Regressionsanalyser indikerede dog i denne sammenhæng, at øget angst og depression i højere grad syntes ansvarlige for lavere livstilfredsstillelse end selve smerterne (Budh & Österåker, 2007). Et lignende australsk studie har yderligere ved brug af SF-36 ligeledes fundet, at ambulante rygmarsvpatienter med smer-

³ Kognitive funktioner dækker i denne sammenhæng over opmærksomhed, eksekutive funktioner, indlæring og hukommelse, hvor emotionelle funktioner blandt andet dækker over angst (Murray, Asghari & Egorov, 2007).

⁴ Der argumenteres i undersøgelsen for, at "kvalitet" må ses som et synonym med "tilfredsstillelse" (Budh & Österåker, 2007).

ter rapporterede lavere livskvalitet end rygmarsvpatienter uden smerter. I dette studie blev især smerteintensitet fremhævet som en indflydelsesrig faktor i forhold til livskvalitet, hvor højere smerteintensitet sammenfaldt med lavere livskvalitet (Middleton, Tran & Craig, 2007). Et hollandsk studie konstaterede desuden, at patienter med kroniske rygmarsvrelaterede smerter udviste væsentlig lavere livskvalitet sammenlignet med rygmarsvpatienter uden kroniske smerter (Wollaars, Post et al, 2007).

Studier indikerer, at en væsentlig gruppe rygmarsvskadede oplever depression og angst som følge af skaden sammenlignet med tilsvarende raske kontrolpersoner (Craig et al., 2009; Craig, Hancock & Dickson, 1994). Craig et al. (2009) har i et systematisk litteraturstudie omhandlende overordnet psykologisk sygelighed⁵ som følge af en rygmarsvskade fundet, at omtrent 30 % er i risiko for at udvikle depression i rehabiliteringsfasen, mens 25-30 % oplever depression efter hospitalsudskrivning. I forlængelse heraf rapporteres der i studier omhandlende rygmarsvpatienter med dertil relaterede smerter om associationer mellem angst og depression samt smerte (Perry, Nicholas & Middleton, 2009; Kennedy, Frankel, Gardner & Nuseibeh, 1997). Et australsk studie indikerede ved brug af regressionsanalyser, at tilstedeværelsen af smerte to år efter skaden samt følelsen af manglende kontrol over ens liv var forudsigende for depression (Craig et al., 1994). Endnu et studie har undersøgt forholdet mellem smerte og depression over tid i den akutte fase ved traumatiske rygmarsvskader. Resultaterne viste, at smerte og depression ved indlæggelse var uafhængige, men ved udskrivelse var de statistisk signifikant relaterede, hvilket antyder, at forholdet herimellem udvikles over tid. Desuden havde reduktioner i smerte i højere grad en reducerende effekt på depression end reduktioner i depression havde på smerter. (Cairns et al., 1996)

2.2.6 Et biopsykosocialt syn på smerter

Synet på smerter har de seneste årtier undergået massive ændringer fra udelukkende fysiologiske teorier til teorier, der i højere grad favner smertes kompleksitet (Jones & Zachariae, 2003). Denne kompleksitet anerkendes blandt andet i den biopsykosociale model for smerter, som fremsætter, at biologiske, psykologiske, sociale og kulturelle

⁵ Psykologisk sygelighed er i aktuelle litteraturstudie defineret som en patologisk tilstand involverende abnorm tilstedeværelse af negative psykologiske, emotionelle og adfærdsmæssige elementer (Craig et al., 2009, p.109).

faktorer interagerer og derigennem alle bidrager til oplevelsen af og reaktionen på smerter (Sættem & Stiles, 2008; Elsass, 2002; Wegener & Haythornthwaite, 2001). Dette perspektiv på smerter anerkender hermed, at smerte oftest besidder et underliggende biologisk grundlag, men at psykosociale faktorer, såsom kognitioner, copingstrategier og sociale omgivelser kan have en væsentlig indvirkning på individets oplevelse af smerte og yderligere smertens indflydelse på fysiske, psykiske og sociale funktioner (Ehde & Jensen, 2007). Et centralt begreb i henhold til smerter er herigennem coping, hvilket inkluderer individets kognitive, følelsesmæssige og adfærdsmæssige reaktioner på situationer af belastende karakter. Gennem coping forsøger individet at håndtere og tilpasse sig ændringer i livsforløbet. Idet undersøgelser på smerteområdet antyder, at individuelle forskelle i coping i forhold til smerte har betydning for smerteoplevelsen (Jones & Zachariae, 2003), vil coping i det følgende blive uddybet.

2.3 Coping

Copingbegrebet vil indledningsvist blive præsenteret ud fra teoretiske positioner, hvorefter forskning med fokus på coping og smerter vil blive præsenteret.

2.3.1 Teoretiske positioner

Copingbegrebet kan anskues ud fra flere forskellige teoretiske positioner. En klassisk teoretisering af coping er udviklet af Lazarus og Folkman, hvor coping defineres som: "(...) *constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.*" (Lazarus & Folkman, 1984, p.178) Herigennem betragtes coping ikke som et statisk personlighedstræk men som procesorienteret, idet coping ses som en transaktion mellem individet og omgivelserne i den aktuelle situation. Et centralt element i forhold hertil er individets kognitive vurdering (*appraisal*), hvilket betegner den proces, hvor en situation og dennes betydning for individet kategoriseres. Coping opdeles i denne teori i to kategorier værende problem- og emotionsfokuseret coping. Problemfokuseret coping har til hensigt, at mindske eller løse problematikken, hvorimod emotionsfokuseret coping defineres som regulering og håndtering af negative emotioner associeret med stress. Eksempler på emotionsfokuseret

coping er blandt andet undgåelse, distancering, selektiv opmærksomhed og selvbebrejdelse, hvorimod problemfokuseret coping i høj grad ligner problemløsningsstrategier eksempelvis i form af informationssøgning og vejrring af alternative løsninger, hvilket oftest er rettet mod definition af problemet, udvikling af alternative løsninger og at vælge herimellem. (ibid.)

En anden central coping-teori, som hyppigt anvendes i forhold til kroniske smertepatienter, opdeler coping mere generelt i henholdsvis aktive og passive copingstrategier (Jensen, Turner, Romano & Karoly, 1991; Brown & Nicassio, 1987). Aktive copingstrategier karakteriseres ved, at individet indleder instrumentel handling for herigennem at håndtere smerten ved brug af egne ressourcer. Passive copingstrategier derimod defineres som tilbagetrækning og hjælpeløshed, hvor individet fralægger sig kontrol over situationen og/eller udviser afhængighed af andre. En central distinktion mellem disse copingstrategier er herigennem, om individet forlader sig på indre eller ydre ressourcer. (Snow-Turek, Norris & Tan, 1996; Jensen et al., 1991) Eksempler på aktive copingstrategier er positiv reformulering af smerte, opsøge sociale aktiviteter og dyrke motion. Eksempler på passive coping strategier er katastrofetænkning, brug af medikamenter, hvile og tilbagetrækning fra sociale aktiviteter (Jensen et al., 1991; Brown & Nicassio, 1987). Centralt i henhold hertil er, hvorvidt individet mener selv at have kontrol over udfald, kendetegnet ved indre locus of control (LOC) eller om individet anser udfald som værende afhængige af ydre omstændigheder, herunder held eller andre personer, kendetegnet ved ydre LOC (Ewen, 2003; Jensen et al, 1991). Litteratur omhandlende kroniske smertepatienter viser, at oplevelsen af kontrol er central for individets tilpasning til smertetilstanden, idet indre LOC og aktive copingstrategier er fundet korrelerende med positive udfald såsom bedre smertetilpasning og reduceret risiko for udvikling af depression og angst, hvorimod ydre LOC og passive coping strategier er fundet associeret med negative udfald eksempelvis i form af øget smerte og hyppigere forekomst af depression. (Jones & Zachariae, 2003; Snow-Turek et al., 1996; Brown & Nicassio, 1987). Således kan oplevelsen af kontrol over ubehagelige stimuli reducere disses indvirkning på individet (Sættem & Stiles, 2008).

Med udgangspunkt i forskningsresultater omhandlende rygmarvspatienter med hertil relaterede smerter vurderes det, at det mest fremherskende coping-perspektiv på dette

område er i form af eller relateret til aktive og passive copingstrategier (Molton et al., 2009; Wollaars, Post, van Asbeck & Brand, 2007; Raichle, Hanley, Jensen & Cardenas, 2007).

2.3.2 Coping og smerter relateret til en rygmarvsskade

Resultaterne af et amerikansk studie indikerer, at psykologiske faktorer, især smerte-relaterede copingstrategier, inklusiv passiv coping⁶ og tanker om smerter, herunder katastrofetanker, kan ses som væsentlig forudsigende elementer for smerteudfald, idet disse psykologiske faktorer i pågældende undersøgelse kunne forklare 21-25 % af variansen i en regressionsmodel forudsigende smerteforstyrrelse (Molton et al., 2009). Yderligere forskning bekræfter ligeledes katastrofetankers indvirkning på rygmarvspatienters tilpasning til kroniske smerter, idet anvendelse af katastrofetanker rapporteres væsentlig associeret med psykologisk lidelse, øget smerteindblanding og dårligere mentalt helbred hos rygmarvspatienter med hertil relaterede smerter. En kausal sammenhæng kan dog ikke fastslås, men resultaterne er konsistente med det perspektiv, at katastrofetanker synes bidragende til øget psykisk og funktionel inhabilitet hos rygmarvspatienter med kroniske smerter (Raichle, Hanley, Jensen & Cardenas, 2007; Turner, Jensen, Warm's & Cardenas, 2002). Yderligere er det rapporteret, at ændringer i katastrofetanker og smerterelaterede overbevisninger, herunder individets tro på egen evne til at kontrollere smerte, er væsentlig associeret med ændringer i udfaldsvariablerne øget smerteindblanding og dårligere psykiske funktioner (Hanley, Raichle, Jensen & Cardenas, 2008). Endelig har et studie med fokus på associationer mellem smerteintensitet, psykologisk lidelse, katastrofetænkning og funktionel inhabilitet fundet, at katastrofetanker synes at være medierende for associationerne mellem smerteintensitet, psykologisk lidelse og funktionel inhabilitet. Resultaterne af studiet antyder, at kombinationen af psykologisk lidelse og smerteintensitet på grund af katastrofetankernes indvirkning kan være særlig skadelig for individets psykosociale funktioner (Ullrich, Jensen, Loeser & Cardenas, 2007).

Self-efficacy, defineret som individets tro eller tillid til succesfuldt ved egne evner at håndtere en given opgave, er vist statistisk signifikant negativt associeret med de-

⁶ Passiv coping var i pågældende studie defineret ved hvile, at spørge om assistance og søge social støtte (Molton et al., 2009).

pression, angst og livskvalitet hos patientgruppen. Eksempelvis er det rapporteret, at lavt self-efficacy og smerteintensitet medførte reduceret livskvalitet vurderet ved brug af SF-36, hvor der sås reduktioner indenfor samtlige domæner, mens der ingen statistisk signifikante forskelle forekom i forhold til læsionens kompletthed, køn, alder ved skadestidspunkt og tid siden skadens opståen (Middleton et al., 2007). Den negative indvirkning på livskvalitet synes desuden at have en synergistisk effekt, idet en kombination af lavt self-efficacy og smerteintensitet var associeret med større reduktion i livskvalitet, end når disse faktorer optrådte uafhængigt (ibid.; Perry et al, 2009).

En vigtig implikation af disse forskningsresultater er, at behandling, med det formål at reducere lidelse som følge af smerte, ikke udelukkende bør have et biologisk behandlingsfokus, men at der desuden bør være fokus på psykosociale faktorer (Molton et al., 2009).

2.4 Behandling af smerter

Behandling af smerter hos rygmarspatienter inkluderer en række forskellige former for behandling, herunder farmakologisk, kirurgisk og non-farmakologisk behandling (Cardenas & Felix, 2009). Mens visse smertebehandlinger kan reducere smerteintensitet hos nogle patienter, har ingen på nuværende tidspunkt tilgængelige behandlinger medført konstant smertelindring hos rygmarspatienter med hertil relaterede smerter (Widerström-Noga et al., 2009). Eksempelvis rapporteres det, at farmakologisk behandling er det hyppigst anvendte behandlingstiltag mod smerter hos rygmarspatienter (Warms et al., 2002), men på trods af hyppig anvendelse og en lang række eksisterende medikamenter, bevirker denne behandlingsform ikke tilstrækkelig smertekontrol. Litteraturen indikerer, at den bedst tilgængelige medicin på området kun udløser 50 % smertereduktion for omkring en tredjedel af patienterne (Siddall, 2009). Idet ingen nuværende behandlingsformer på sigt har kunnet afhjælpe smerte må rygmarspatienter, der oplever smerter, lære at *cope* med deres smerter livet igennem (Widerström-Noga et al., 2009).

I takt med et fremherskende biopsykosocialt perspektiv på smerter aktualiseres psykologisk intervention som en supplerende behandlingsform, hvor fokus er på psyko-

sociale faktorer bidragende til oplevelsen af og reaktionen på smerte (Cardenas & Felix, 2009). Som det er fremhævet i ovenstående afsnit (afsnit 2.3.2) har studier kunnet påpege sammenhænge mellem copingstrategier og smerteudfald, blandt andet at ændringer i copingstrategier kan associeres med ændringer i smerteudfald, hvorfor fokus på psykosociale faktorer vurderes centralt. (Hanley et al., 2008; Turner et al., 2002; Raichle et al., 2007; Wollaars et al., 2007).

Idet smerteoplevelsen i høj grad er under indflydelse af den mening individet tillægger smerten samt smerterelaterede holdninger, forventninger og opfattelser, anvendes ofte kognitiv terapi som psykologisk smerteintervention, hvor fokus er patientens smertetolkning, følelse af kontrol og copingstrategier (Sættem & Stiles, 2008).

2.4.1 Psykologisk behandling af smerter

Psykologisk smertebehandling kan opfattes som: ”(...) *behandling af smerter med specifikke psykologiske metoder rettet mod at reducere selve smerteoplevelsen og dens skadelige indflydelse på livsomstændighederne.*” (Frølich, 2003. p.336) Psykologisk behandling af smerter har ikke til formål at eliminere smerterne, men er derimod et initiativ, der søger at øge funktion og livskvalitet på trods af tilstedeværelsen af smerter. Psykologisk behandling af kroniske smerter forekommer som sagt ofte i form af kognitiv adfærdsterapi⁷. (Sættem & Stiles, 2008) Kognitiv adfærdsterapi har sit primære udgangspunkt i teoretiske modeller af Aaron T. Beck. Ifølge Beck er omdrejningspunktet for en række psykiske lidelser forstyrrelser i individets tænkning. Disse tankeforstyrrelser involverer et individuelt svigt af systematisk karakter i indhentning af information, hukommelse samt tolkning af hændelser og erfaringer. Fokus for kognitiv adfærdsterapi er herigennem en modificering af dysfunktionelle tanker og adfærd. (Beck, 1995; Rosenberg & Mørch, 2005; Sættem & Stiles, 2008) Kognitiv adfærdsterapi anvendt på kroniske smertepatienter fokuserer på patienternes copingstrategier i forhold til smertetilstanden, hvor maladaptive og dysfunktionelle tankemønstre, følelser og adfærd, der er vedligeholdende og/eller forstærkende på patientens smertetilstand søges ændret. Derudover søger man at fremme adaptive og mere hensigtsmæssig coping, både i forhold til det kognitive og adfærdsmæssige. (Sættem & Stiles, 2008; Frølich, 2003)

⁷ I dette speciale vil kognitiv adfærdsterapi udgøre den primære ramme for psykologisk behandling af smerter, da denne terapiform har vist positive resultater i forhold til kroniske smerter, dette værende enten alene eller kombineret med andre terapeutiske teknikker (Sættem & Stiles, 2008).

Et centralt aspekt ved kognitiv terapi er brugen af psykoedukation, hvilket vil sige formidling til patienten om dennes lidelse og hertil relaterede aspekter (Rosenberg & Mørch, 2005). I forhold til smertetilstande kan dette indebære, at terapeuten og klienten diskuterer, hvorledes psykologiske faktorer kan være medvirkende til opretholdelse af smerter og potentielle psykiske og sociale følger af vedvarende smerter, dette i forhold til både familie, arbejde, angst og depression. Psykoedukation kan bidrage til, at patienten i øget grad forstår sin egen situation og ligeledes indtager en aktiv rolle i identificering af egne problemer. (Sættem & Stiles, 2008)

Som led i udviklingen af mere adaptive copingstrategier arbejdes der blandt andet med kognitive tankefælder og kognitiv omstrukturering (ibid.).

Kognitive tankefælder indbefatter blandt andet katastrofetænkning og overgeneralisering⁸ (Beck, 1995). Fælles for disse er, at de kan være medvirkende til at opretholde smerter og negative følgevirkninger heraf. Et centralt aspekt i henhold hertil er, at patienten opnår indblik i, hvordan tanker, følelser, adfærd og symptomer påvirker hinanden. For at opnå tankeændringer er erkendelse af, at tanker er konstruktioner, og herigennem ikke nøjagtige gengivelser af virkeligheden, centralt. Til ændring heraf kan kognitiv omstrukturering og adfærdsteknikker benyttes. (Sættem & Stiles, 2008)

Kognitiv omstrukturering dækker over flere konkrete teknikker. Hensigten er, at identificere og realitetsteste dysfunktionelle kognitioner relateret til smerten, hvilket opnås ved kontinuerlig reorientering bort fra etablerede opfattelser omkring smerterne som værende overvældende og ukontrollerbare. Herigennem søges det, at symptomer og funktionstab kommer under individets kontrol og indflydelse. For at opnå dette trænes patienten i identificering og udforskning af tanker knyttet til smerter og afgørelser om, hvorvidt disse er adaptive, neutrale eller maladaptive. Idet tankerne er identificeret, lærer patienten at udfordre, stoppe og erstatte maladaptive tanker med mere adaptive alternativer. (ibid.; Ehde & Jensen, 2007)

Gennem eksponering og adfærdseksperimenter er det muligt at udfordre og eventuelt afkræfte uhensigtsmæssige anskuelser og skadelige forventninger, idet patienten får mulighed for korrigerende erfaringer. Endelig anvendes også hjemmearbejde, som

⁸ Indebærer, at individet overdriver egne svagheder og generaliser på baggrund af en enkelt hændelse (Beck, 1995; Sættem & Stiles, 2008).

fastlægges i samarbejde mellem terapeut og klient med udgangspunkt i klientens psykiske og fysiske rammer for herigennem at øge mulighederne for en succesoplevelse. Hjemmearbejde er bidragende til patientens egenaktivitet og kan være medvirkende til at styrke copingstrategier, kommunikationsfærdigheder, psykoedukation og øvelser. Herigennem er det desuden muligt at illustrere og dokumentere fremgang, hvorved patientens adaptive copingstrategier styrkes. (Sættem & Stiles, 2008; Beck, 1995)

Som et supplerende terapeutisk element kan afspændingsteknikker, vejrtrækningsøvelser, visualiseringsteknikker og lignende anvendes med det formål at reducere visse af de fysiologiske mekanismer, som ledsager smerter (Elsass, 2002). Fokus for anvendelse af disse teknikker er at øge coping og tilpasning med skaden samt reducere smerterne⁹ (Hough & Kleinginna, 2002; Budh et al., 2006).

Udover kognitive komponenter synes det yderligere vigtigt, at psykologisk behandling af kroniske smerter inddrager et eksistentielt perspektiv, hvor omdrejningspunktet er bearbejdelse af tab og hertil relaterede følelser af sorg med det formål at opnå en form for accept. I forhold til rygmarsvpatienter vil dette perspektiv ligeledes være centralt i forhold til tab af funktioner og lammelser relateret til rygmarsvskaden. (Frølich, 2003)

2.4.2 Rapporteret effekt af psykologisk behandling

Mit projekt på 9.semester dokumenterede, at der på nuværende tidspunkt kun er udgivet et meget begrænset antal studier¹⁰ med fokus på effektvurdering af psykologiske interventionsforløb med rygmarsvpatienter. Ud af dette begrænsede antal effektstudier ses kun et enkelt studie med specifikt fokus på smertehåndtering hos rygmarsvpatienter, dette i forhold til effekten af et omfattende smertebehandlingsprogram. En underkomponent i dette smertebehandlingsprogram var kognitiv adfærdsterapi, hvor omdrejningspunktet var coping med vedvarende smerter og træning af kognitive og adfærdsmæssige teknikker (Budh et al., 2006). Udover dette ene studie

⁹ Teknikkerne bør selvfølgelig tilpasses den enkeltes fysiske evner, herunder overvejelser knyttet til skadesniveau (Hough & Kleinginna, 2002).

¹⁰ På baggrund af omfattende systematiske søgestrategier blev 10 artikler identificeret, hvoraf flere dog er baseret på samme datasæt.

med specifikt fokus på smerte, berørtes smerte desuden implicit i visse af de resterende effektstudier, men smertehåndtering blev her kun tildelt en mindre rolle (Craig, Hancock, Dickson, Chang, 1997; Craig, Hancock, Chang & Dickson, 1998; Craig, Hancock & Dickson, 1999). Resultaterne af det omfattende smertebehandlingsprogram viste væsentlige reduktioner i variableerne angst og depression samt en tendens til forbedret søvnkvalitet hos interventionsgruppen 12 måneder efter interventionsafslutning. Derudover rapporterede 33 % af interventionsdeltagerne, at smerteprogrammet havde påvirket deres smerteopfattelse, 37 % rapporterede, at deres opfattede sundhed og livskvalitet var influeret og endelig rapporterede 48 %, at deres coping med smerte var blevet forbedret. (Budh et al., 2006)

Ud over dette smertestudie har et pilotstudie haft fokus på kognitiv terapi anvendt på patienter med kronisk smerte som følge af handicap, herunder blandt andet rygmærskader. Der rapporteres i denne undersøgelse om reduktioner i gennemsnitlig smerteintensitet hos interventionsgruppen og 71 % af deltagerne i interventionsgruppen vurderede, at deres smerteproblematik var forbedret. (Ehde & Jensen, 2004) Med udgangspunkt i disse resultater synes det sandsynliggjort, at kognitiv terapi kan forestre positive resultater hos rygmærspatienter med smerter (Ehde & Jensen, 2007). Dette synes relevant, idet litteraturstudier har vist, at psykologisk intervention benyttes på kroniske smertepatienter, blandt andet ved kroniske nedre rygmerter, hovedpine, fibromyalgi og musculoskeletale smerter har vist favorable behandlingsudfald (Kröner-Herwig, 2009).

Psykologisk intervention har affødt positive resultater hos rygmærspatienter, der oplever smerte som følge af skaden. Der er dog stadig et markant behov for yderligere studier med fokus på psykologisk interventions effektivitet i forhold til forbedring af smertehåndtering hos patientgruppen, herunder et behov for viden omkring, hvilke elementer ved terapien, der medvirker til positive forandringer (Cardenas & Felix, 2009).

2.4.3 Rapporteret anvendelse af psykologisk behandling

Til trods for, at psykologisk intervention viser lovende resultater i forhold til reduktion af smerter og disses indvirkning på dagligdagen, antyder undersøgelser dog, at majoriteten af rygmærspatienter ikke modtager eller deltager i psykologisk behandling, hvor kun en beskedent procentdel af patientpopulationen har forsøgt sig med

denne behandlingsform (Cardenas & Felix, 2009). Eksempelvis ses det på baggrund af to forskellige spørgeskemaundersøgelser med fokus på rygmarsvpatienters anvendelse af forskellige smertebehandlinger, at mindre end 25% af de, som oplevede smerter, rapporterede at have anvendt psykoterapi (Cardenas & Jensen, 2006; Warmes et al., 2002). Yderligere rapporterer en tredje brevspørgeskemaundersøgelse, at mindre end 10 % af deltagerne havde anvendt psykoterapi mod smerter indenfor de seneste 18 måneder (Widerström-Noga & Turk, 2003). Disse studier havde desuden fokus på den oplevede nyttighed af de anvendte behandlinger, hvor *rådgivning/psykoterapi* generelt blev rapporteret som værende en af de mindst nyttige behandlingstyper. Dog opgives ikke nogen nærmere definition af henholdsvis rådgivning og psykoterapi, ligesom statistiske evalueringer af deltagernes oplevede nyttighed ikke er rapporteret (Cardenas & Jensen, 2006; Widerström-Noga & Turk, 2003; Warmes et al., 2002). Således er flere studier omhandlende rygmarsvpatienters oplevede gavnlighed af smertebehandlinger nødvendigt.

2.5 Delkonklusion

Smerte er en central problematik hos patienter med skade på rygmarsven, som opleves af en betydelig del af patientgruppen. Idet tilstedeværelse af smerter kan have væsentlig negativ indvirkning på kognitive og emotionelle funktioner, dagligdagsaktiviteter, søvnkvalitet og desuden er fundet associeret med depression, angst og reduceret livskvalitet er effektiv behandling af smerter et yderst centralt fokusområde. Med udgangspunkt i et biopsykosocialt perspektiv bør et behandlingsfokus af smerter ikke blot favne et biologisk perspektiv, men ligeledes inkorporere et fokus på psykosociale faktorer, da disse kan have en væsentlig indvirkning på individets oplevelse af smerter og smerters effekt på fysiske, psykiske og sociale funktioner. Som led heri kan individets coping tildeles en central rolle, da forskningsresultater understreger dettes potentielle betydning for smerteudfald. Med henblik på at optimere rygmarsvpatienters coping med smerter synes kognitiv adfærdsterapi relevant at implementere i smertebehandlingsøjemed, da denne terapiform har bidraget til positive behandlingsudfald hos kroniske smertepatienter. Desuden har resultaterne af et stærkt begrænset antal udførte studier af rygmarsvpatienter med smerter bidraget til en forventning om, at kognitiv terapi kan bidrage positivt i forhold til smertehåndtering hos denne patientgruppe, idet resultaterne heraf har vist reduktioner i angst, depression,

smerteintensitet samt forbedringer i søvnkvalitet. Det vurderes, at flere teknikker anvendt i kognitiv adfærdsterapi, blandt andet fokus på omstrukturering af maladaptive tanker og adfærd, kan øge brug af aktive copingstrategier. Idet effektvurderinger af psykologiske interventionsforløb med den pågældende patientgruppe er yderst begrænsede, synes mere forskning på området nødvendig for herigennem at kunne optimere smertebehandling yderligere. Der ønskes således gennem dette studie fokus på rygmarspatienters oplevede effekt af deltagelse i psykologisk smerteintervention gennem udførelse af kvalitative interviews. Samtidig ønskes det via en spørgeskemaundersøgelse belyst i hvilken grad psykologisk terapi mod smerter anvendes af danske rygmarspatienter, idet udenlandske studie rapporterer om meget lave anvendelsesrater for psykologisk intervention.

3. Videnskabsteori

Grundet problemformuleringens komplekse karakter og ønsket om en generaliserbar men samtidig deskriptiv undersøgelse af emnet, inddrages såvel kvantitative som kvalitative metoder. De valgte forskningsmæssige indsamlingsmetoder, værende interviews og spørgeskema, repræsenterer hver deres forskningsmæssige tradition, hvor interviewdelen placerer sig under det kvalitative paradigme og spørgeskemaet tilhører det kvantitative paradigme (Langdridge, 2004). Omdrejningspunktet for kvantitativ forskning er målinger og kvantificeringer af et aktuelt fænomen med det formål at opstille lovmæssigheder og forudsigelser omkring sammenhænge ud fra en empirisk tilgang til viden. Kvantitativ forskning tager som oftest udgangspunkt i en hypotetisk deduktiv tilgang til videnserhvervelse, hvor undersøgelserne som oftest udføres i kontrollerede omgivelser for herigennem at opnå objektive resultater, som i mindst mulig grad er influeret af udefrakommende faktorer. Kvantitative forskningsmetoder kan blandt andet ses i form af strukturerede spørgeskemaer eller observationer udført med et højt antal deltagere (ibid.) Kvalitativ forskning derimod er optaget af et fænomens kvaliteter. I modsætning til kvantitativ forskning er kvalitativ forskning interesseret i tekster og mening, hvor en dominerende holdning afviser, at der er et simpelt forhold mellem vores opfattelse af verdenen og selve verdenen. Der tages oftest udgangspunkt i en induktiv tilgang, hvor der sigtes mod et empirisk fundament på trods af, at dataindsamlingen ofte beror på et forholdsvist lille antal deltagere. Kvalitative forskningsmetoder involverer ofte indsamling af tekst-baseret data eksempelvis via semistrukturerede eller ustrukturerede interviews, hvor den indsamlede tekst udgør basis for den videre analyse. (ibid.)

Idet dette speciale indeholder brug af både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder vurderes det, at dette forskningsdesign kan kategoriseres som værende et *mixed methods*¹¹ design, idet der hersker bred enighed om, at mixed methods indbefatter både kvantitativ og kvalitativ forskning (Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007). Denne nyere form for forskningsdesign vil i det efterfølgende blive uddybet.

¹¹ Der forlægger flere betegnelser for denne type forskning. I dette speciale er betegnelserne *mixed methods forskning* og *mixed methods design* valgt. (Johnson et al., 2007)

3.1 Mixed methods forskning

Mixed methods forskning har de seneste årtier vundet indpas i forskningsøjemed og kan i dag betragtes som et legitimt alene-stående forskningsdesign, som tilmed omtales som det tredje store forskningsparadigme sammen med kvantitativ og kvalitativ forskning (Hanson, Creswell, Clark, Petska & Creswell, 2005; Johnson et al., 2007). Mixed methods kan defineres som: “(...) *the collection or analysis of both quantitative and qualitative data in a single study in which the data are collected concurrently or sequentially, are given a priority, and involve the integration of the data at one or more stages in the process of research.*” (Hanson et al., 2005, p.224). Gennem dette citat påpeges centrale metodiske overvejelser, som er aktuelle, idet det ønskes at udføre et mixed methods studie. Indledningsvist knytter en central overvejelse sig til, hvorvidt indsamling af kvantitativ og kvalitativ data skal forekomme samtidigt (*concurrently*) eller på hinanden følgende (*sequentially*), hvilket ligeledes indbefatter en beslutning om, hvorvidt den ene eller den anden indsamlingsmetode skal udføres først. Derudover skal der træffes beslutning om, hvorvidt begge metoder skal gives lige eller ulige prioritering og endelige skal det bestemmes, hvor i processen den kvantitative og kvalitative del skal kombineres. (Doyle, Brady & Byrne, 2009)

Der kan fremhæves en række fordele ved og bevæggrunde for at anvende et forskningsdesign, hvor både kvantitative og kvalitative metoder inddrages. Et centralt formål knytter sig til forventningen om, at mixed methods kan føre til en bedre og dybere forståelse af det undersøgte emne ved at inddrage flere perspektiver opnået gennem forskellige traditioner (Johnson et al., 2007). “*This gives us the possibility of triangulation where multiple perspectives enable us to truly understand the phenomena of interest.*” (Langdridge, 2004, p.256). Yderligere synes en validering af resultater mulig ved brug af forskellige metoder, hvorved mere sammenhængende og valide resultater kan opnås. Herigennem synes mere anvendelige og meningsfyldte besvarelser af det pågældende forskningsspørgsmål mulig (Johnson et al., 2007). Således er formålet med metodeintegration ofte flersidet, idet det kan tjene til gensidig validering af data og resultater, ligesom metodeintegrationen kan give et mere sammenhængende og komplet billede af det undersøgte område, end muligt ved et monometode design (Kelle, 2006).

3.2 Paradigme-debatten

På trods af fordelagtige aspekter ved anvendelse af et mixed methods design, fokuserer flere kritikere på uforeneligheden ved at sammenfatte kvantitative og kvalitative forskningsmetoder i et enkelt studie grundet disses forskellige ontologiske og epistemologiske oprindelser. Kvantitativ forskning repræsenterer et positivistisk paradigme, hvorimod kvalitativ forskning kan ses som repræsentant for en konstruktivistisk tradition. Et positivistisk udgangspunkt hævder, at der er en virkelighed, hvor formålet er at identificere kausale forhold gennem objektive målinger og kvantitative analyser. Konstruktivismen opstod til gengæld ud fra ønsket om at undersøge konteksten af den menneskelige oplevelse, hvor det hævdes, at der er flere virkeligheder. (Doyle et al., 2009) Ud fra et synspunkt om uforeneligheden ved disse traditioner kan mixed methods anses som værende en uholdbar forskningsmæssig tilgang (Hanson et al., 2005). Som et modsvar til dette kritikpunkt foreslås det af flere fortalere for mixed methods, at der adopteres en pragmatisk tilgang, idet pragmatismen fremlægger, at konsekvenserne er vigtigere end processen, hvilket betyder, at: "(...) *the end justifies the means.*" (Doyle et al., 2009, p.178). Pragmatisme fremhæves af flere som værende den bedste filosofiske base for mixed methods forskning, idet det her accepteres at bruge forskellige metoder og både objektiv samt subjektiv viden værdsættes (Hanson et al., 2005). I henhold hertil hævder visse skeptikere dog, at det er utilstrækkelig at basere metodologiske valg på pragmatisme og "at bruge hvad der virker" alene, da dette ikke vurderes at besvare spørgsmål som, hvornår denne forskningstype er fordelagtig. Det vurderes, at et iboende aspekt ved pragmatisme er at finde den mest passende metode til besvarelse af det/de aktuelle forskningsspørgsmål, hvorigennem forskningsspørgsmålet vurderes mere betydningsfuldt end både metode og det underliggende paradigme. (Doyle et al., 2009; Kelle, 2006) Herigenem tildeles forskningsspørgsmålet den afgørende rolle i valg af metoder. Denne tilgang til anvendelse af mixed methods er bevæggrund for anvendelse heraf i dette speciale, idet der ønskes et overordnet indblik i anvendelsesfrekvens og oplevede effekt af psykologisk smerteintervention hos den danske rygmærvspopulation, hvortil et kvantitativt perspektiv synes relevant. Dog ønskes der ligeledes et mere detaljeret indblik i den oplevede effekt af psykologisk intervention i hverdagen, herunder hvilke aspekter ved psykologisk intervention, der opleves gavnlige. Til dette formål synes kvalitative metoder hensigtsmæssige. Derfor synes brug af både kvantitative og

kvalitative metoder relevant for herigennem at opnå et mere beriget perspektiv på problemstillingen, hvilket et kvalitativt eller kvantitativt perspektiv alene ikke ville kunne afføde (Hanson et al., 2005; Kelle, 2006).

3.3 Anvendelse af mixed methods

Der redegøres i litteraturen for seks konkrete mixed methods design, der adskiller sig fra hinanden i forhold til valg relateret til kombinationen af kvantitative og kvalitative elementer. Valgene foretaget i dette studie er inspireret af et *concurrent nested design*. Dette dækker over et design, hvor data samles og analyseres sideløbende. Designet er yderligere kendetegnet ved en ulige vægtning af de to typer data, hvorved den ene metode ses som værende indlejret i den tilbageværende. Således kan den mindst vægtede datatype hjælpe til at besvare relaterede uddybende spørgsmål. Integration er data forekommer oftest i analysestadiet. Dette design er ofte anvendt ud fra ønsket om et bredere perspektiv på et givent emne. (Hanson et al, 2005) I dette speciale er følgende valg blevet truffet i forhold til anvendelse af mixed methods. Kvantitative og kvalitative data vil blive indsamlet samtidigt, da den begrænsede tidsramme ikke har tilladt et *sequential design*. Idet der ønskes fokus på aspekter oplevet gavnlige af patientgruppen i forhold til forbedring af coping med smerter, er den kvalitative del tillagt en let øget prioritering i forhold til den kvantitative del. Den kvantitative del vil således primært bidrage til et bredere perspektiv på problemstillingen. Data indsamlet via de to forskningsmetoder vil blive kombineret på et diskussionsniveau efter individuelle analyser og diskussioner af henholdsvis kvantitativ og kvalitativ data.

4. Metode

Idet dette speciale ønskes besvaret ved et mixed methods design inddrages både kvantitative og kvalitative metoder. Følgende afsnit har til formål at beskrive disse metoder, herunder udvikling af spørgeskema og interviewguide.

4.1 Spørgeskemaundersøgelse

En spørgeskemaundersøgelse vurderes særlig velegnet, idet ønsket er at indsamle data fra et stort udsnit personer, hvorigennem der kan opnås høj generaliserbarhed. Desuden anses et spørgeskema som værende et værdifuldt redskab, idet der ønskes indsigt i forekomsten af en bestemt adfærd eller meninger og overbevisninger hos en aktuel population. (Langdridge, 2004)

4.1.1 Formål med spørgeskemaundersøgelsen

Idet smerte kan afføde en række omfangsrige problematikker hos patientgruppen (se afsnit 2.2.5) er det yderst vigtigt at få identificeret effektive smertebehandlinger (Warms et al., 2002). Et formål med spørgeskemaundersøgelsen er derfor at undersøge deltageres oplevede gavnlighed af en række udvalgte initiativer til behandling og håndtering af smerter, således at patienternes oplevede nytteværdi af psykologisk smerteintervention kan vurderes i forhold til øvrige inddragede behandlingsmuligheder.

Amerikanske studier rapporterer, at psykologisk intervention mod smerter kun opsøges af en lille procentdel rygmarspatienter med smerter (Cardenas & Felix, 2009; Cardenas & Jensen, 2006; Warm's et al., 2002; Widerström-Noga & Turk, 2003) (se afsnit 2.4.3). Hvorvidt denne tendens også er gældende for danske smerteplagede rygmarspatienter vil derfor være et yderligere formål med spørgeskemaundersøgelsen, ligesom der ønskes indblik i, hvorvidt der blandt deltagerne kan ses undergrupper, der i højere eller mindre grad opsøger psykologisk behandling. Disse undergrupper vil være i forhold til alder, uddannelse samt køn.

Som tidligere påpeget (se afsnit 1) kan den lave rapporterede anvendelsesfrekvens bevirke en mistanke om, at dele af patientgruppen finder psykologisk intervention mod smerter uvæsentlig. Derfor har spørgeskemaet endelig til formål at afdække patientgruppens holdninger til en række udvalgte smertebehandlinger, herunder psy-

kologisk intervention mod smerter. På baggrund af søgninger i følgende databaser: *PsycNET*, *Elsevier Scopus* og *Medline*, er der ikke opnået kendskab til studier på rygmarvsområdet med fokus på holdninger til smertebehandlinger. Det vurderes derfor, at denne del af spørgeskemaet kan bidrage med relevant indsigt på et hidtil uudforsket område. Idet spørgeskemaet indbefatter spørgsmål omkring både holdninger og handlinger, i forhold til samme gruppe udvalgte smertebehandlinger, er det herigennem muligt at belyse, hvorvidt patienternes holdninger afspejler faktiske erfaringer omkring pågældende behandling.

I henhold til specialets problemformulering har spørgeskemaundersøgelsen således følgende formål:

- At undersøge den oplevede gavnlighed af psykologisk intervention mod smerter.
- At undersøge i hvilket omfang psykologisk intervention mod smerter anvendes af rygmarvspatienter.
- At undersøge patientgruppens holdninger til psykologisk intervention mod smerter.

4.1.2 Udvikling og opbygning af spørgeskema

Spørgeskemaet, anvendt i dette speciale, er selvudviklet til dette specifikke formål, dog har et begrænset antal studier med lignende formål indenfor patientpopulationen fungeret som inspirationskilder (Cardenas & Jensen, 2006; Widerström-Noga & Turk, 2003; Warms et al., 2002).

Spørgeskemaet er et selv-administreret spørgeskema, som er holdt forholdsvist kort og struktureret med henblik på at optimere responsraten (Bryman, 2008; Langdridge 2004). Spørgeskemaet er bygget op omkring følgende fire punkter:

- Demografiske og baggrundsmæssige oplysninger
- Holdningsspørgsmål omkring udvalgte smertebehandlinger og smerteinitiativer
- Tilstedeværelse af smerter og smerteindvirkning
- Handlingsspørgsmål omkring anvendelse og vurderede gavnlighed af udvalgte smertebehandlinger og smerteinitiativer

En komprimeret skitsering af det udviklede spørgeskema kan ses i figur 4, mens det komplette spørgeskema, inklusiv svarmuligheder kan findes i bilag C.

Demografiske og baggrundsmæssige oplysninger

1. Køn?
2. Hvilket år er du født?
3. Hvad er din civilstand?
4. Hvad er den højeste uddannelse, du har gennemført eller er i gang med?
5. Hvilket år fik du din skade?
6. Hvordan fik du din skade?
7. Hvor er din skade?
8. Er din skade komplet eller inkomplet?

Holdningspørgsmål

Marker hvor "enig" eller "uenig" du er i følgende udsagn om forskellige smertebehandlinger:

9-12. En læge / psykolog / fysioterapeut / alternativ behandler er relevant at opsøge, hvis man har smerter relateret til en rygmarvsskade.

13-18. Smertestillende medicin / psykologisk samtaleforløb / afslapningsteknikker / regelmæssig fysisk træning / massage / snakke med pårørende kan være med til at reducere smerter relateret til en rygmarvsskade.

Tilstedeværelse af smerter og smerteindvirkning

19. Oplever du smerter som følge af din rygmarvsskade?
20. Angiv den gennemsnitlige intensitet af dine smerter for de sidste 14 dage.
21. Hvor hyppigt oplever du smerte?
22. I hvilken grad påvirker smerterne dig i din hverdag?

Handlingsspørgsmål

23-26. Har du opsøgt en læge / psykolog / fysioterapeut / alternativ behandler med dine smerter? Hvis Ja, hvor gavnligt fandt du det?

27-32. Har du taget smertestillende medicin / indgået i et psykologisk samtaleforløb / anvendt afslapningsteknikker / dyrket regelmæssig fysisk træning / modtaget massage / snakket med dine pårørende / andet for at lindre dine smerter?

Hvis Ja, hvor gavnligt fandt du det?

Figur 4: Skitse af det udviklede spørgeskema. For det komplette spørgeskema inklusiv svarmuligheder se bilag C.

4.1.2.1 Demografiske og baggrundsmæssige spørgsmål

Spørgeskemaet indledes med spørgsmål af demografisk karakter, herunder køn, alder, ægteskabelig status og uddannelse samt baggrundsmæssige spørgsmål knyttet til deltagerens rygmarvsskade, dette værende: *hvornår skaden er opstået, årsag til skade, skadeslokalitet og omfang af skade* i form af, hvorvidt skaden er komplet eller inkomplet. Disse parametre er inspireret af litteratur på området (Budh et al., 2006;

Warms et al., 2002), mens de opstillede svarmuligheder til skadesårsag desuden er inspireret af danske statistikker (Biering-Sørensen & Drewes, 1991).

4.1.2.2 Holdningsspørgsmål

Herefter følger en række holdningsspørgsmål omkring relevansen i ti udvalgte behandlings- og håndteringsmuligheder i forhold til rygmarvsrelaterede smerter. Først spørges til fire faggrupperepræsentanter værende *læge, psykolog, fysioterapeut* og *alternativ behandler*, herunder *zoneterapeut* og *akupunktør*. Ved disse fire faggrupper er der valgt følgende ordlyd: ”*En læge/psykolog/fysioterapeut/alternativ behandler er relevant at opsøge, hvis man har smerter relateret til en rygmarvsskade?*”.

Bortset fra en alternativ behandler er de resterende faggrupper tilknyttet de to specialiserede rehabiliteringscentre for rygmarvspatienter i Danmark værende Paraplegifunktionen i Viborg og Rigshospitalets Klinik for Rygmarvsskader i Hornbæk. Disse tre faggrupper anses som værende konventionelle behandlinger, mens alternativ behandling er inkluderet, idet litteraturen indikerer, at et betydeligt udsnit rygmarvspatienter med smerter opsøger denne form behandling (Cardenas & Jensen, 2005; Widerström-Noga & Turk, 2003; Warmes et al., 2002). Udover disse faggrupper spørges der til relevansen i anvendelse af følgende smerteinitiativer: *smertestillende medicin, et psykologisk samtaleforløb, afslapningsteknikker, regelmæssig fysisk træning, massage og at snakke med sine pårørende om sine smerter*. Her anvendes følgende ordlyd: ”*(...) kan være med til at reducere smerter relateret til en rygmarvsskade*”. Denne ordlyd er valgt velvidende, at ikke alle smerteinitiativerne nødvendigvis medvirker til fysisk reduktion af smerter. Eksempelvis vil et psykologisk samtaleforløb ikke eliminere patientens smerter, men forbedre patientens håndtering hermed (Sættem & Stiles, 2008). Ordlyden er valgt ud fra ønsket om at holde spørgsmålene i et lettilgængeligt sprog uden brug af fagtermer (Langdridge, 2004). Inddragelse af disse faggrupper og smerteinitiativer er inspireret af tidligere studier med fokus på anvendelsesfrekvensen af forskellige smertebehandlinger blandt rygmarvspatienter. I disse studier ses væsentlig flere smertebehandlinger repræsenteret end der er valgt inddraget i dette spørgeskema, dog er et stort udsnit af disse smertebehandlinger forskellige typer smertestillende medicin (Cardenas & Jensen, 2006; Widerström-Noga & Turk, 2003; Warmes et al., 2002). Der skelnes i dette studie ikke mellem forskellige typer smertestillende medicin på grund af specialets psykologiske ramme. Udover disse

undersøgelser med fokus på anvendelsesfrekvens af en række behandlinger, er der ligeledes hentet inspiration fra undersøgelser med fokus på specifikke behandlingstiltag mod smerter hos rygmarspatienter, værende fysisk træning (Ginis et al., 2003) og pårørendes potentielle indvirkning på smerter (Stroud, Turner, Jensen, Cardenas, 2006).

4.1.2.3 Tilstedeværelse af smerter og smerteindvirkning

Den indledende del omhandlende baggrundsmæssige spørgsmål og de efterfølgende holdningsspørgsmål kan besvares på trods af, at deltageren ikke personligt oplever smerter, hvilket ligeledes er gjort rede for i en rekrutteringsannonce (se bilag B), idet det heri understreges, at deltagelse blot forudsætter en skade på rygmarven. Det efterfølgende spørgsmål i spørgeskemaet er: ”*oplever du smerter som følge af din rygmarsvskade?*”. I tilfælde af, at deltageren svarer nej til dette spørgsmål, afsluttes spørgeskemaet, hvorimod et bekræftende svar udløser yderligere spørgsmål omkring den personlige oplevelse af smerter, herunder smerteintensitet og smerternes indflydelse på hverdagen. I gennem svar på disse spørgsmål vurderes det muligt at tegne en overordnet smertekarakteristik for deltagerne.

4.1.2.4 Handlingsspørgsmål

Den afsluttende del af spørgeskemaet er en handlingsdel, hvor fokus er, hvilke behandlingsformer deltagerne har afprøvet med henblik på smertelindring. Der spørges i denne del af spørgeskemaet til de samme faggrupper og smerteinitiativer, som i holdningsspørgsmålene. Således vil der indledningsvist blive stillet følgende spørgsmål: ”*Har du opsøgt en læge/ psykolog/fysioterapeut/ alternativ behandler med dine smerter?*”. Spørgsmål omkring disse udvalgte faggrupper efterfølges af spørgsmål omhandlende de udvalgte smerteinitiativer værende *smertestillende medicin, psykologisk samtaleforløb, afslapningsteknikker, regelmæssig fysisk træning, massage og at snakke med sine pårørende om sine smerter*. I denne sammenhæng er der anvendt følgende ordlyd: ”*Har du (...) for at lindre dine smerter?*”. For at kunne rumme eventuelle øvrige smertebehandlinger anvendt af deltagerne, indeholder spørgeskemaet et afsluttende spørgsmål om hvorvidt deltageren har anvendt andre former

for smertebehandling og hvis ja, hvilke. Denne oplysning vurderes gavnlig, såfremt lignende studier skal udføres.

Udover spørgsmål om, hvorvidt deltageren har afprøvet de nævnte behandlinger, er der til hvert spørgsmål et opfølgende spørgsmål, som deltageren bedes besvare, hvis denne har anvendt den aktuelle smertebehandling. Dette opfølgende spørgsmål omhandler deltagerens oplevede gavnlighed af behandlingen, hvortil følgende ordlyd er valgt: ”Hvis ja, hvor gavnligt fandt du det?” Denne del af spørgeskemaet er inspireret af et lignende studie med fokus på anvendeshyppighed samt opfattet gavnlighed ved en række smertebehandlinger (Warms et al., 2002).

4.1.3 Spørgsmålstyper og svarmuligheder

I udviklingen af et spørgeskema knytter centrale overvejelser sig til, hvorledes selve spørgsmålene skal stilles. En af de væsentligste overvejelser knytter sig i denne sammenhæng til, hvorvidt spørgsmålene skal være af åben eller lukket format (Bryman, 2008). I dette spørgeskema indgår primært lukkede spørgsmål. Udslagsgivende herfor har været, at denne spørgsmålstype giver øget mulighed for sammenligning af svar respondenter imellem, hvorimod åbne spørgsmål kan udløse centrale problematikker i forhold til kodning og analyse af svar. Der kan omvendt påpeges svagheder ved lukkede spørgsmål i form af kunstigt påtvungne valg og manglende plads til uforudsigelige svar, hvor fordele forbundet med kodning og analyse dog har vejret højere til fordel for lukkede spørgsmål. (Fife-Schaw, 2006) Således er antallet af åbne spørgsmål begrænset til et minimum værende to spørgsmål, hvor respondenter henholdsvis skal opgive i hvilket år de er født samt hvilket år de fik deres skade. Endnu en årsag til overvejende brug af lukkede spørgsmål er at optimere responsraten, da litteratur på området antyder, at for mange åbne spørgsmål kan have en afskrækkende effekt (Bryman, 2008; Langdridge, 2004).

De kategoriske svarmuligheder til enkelte af de lukkede spørgsmål kan forekomme utilstrækkelige for nogle deltagere. Der er derfor få steder suppleret med svarmulighederne: ”ved ikke” eller ”andet”. Eksempelvis ved spørgsmål omkring uddannelse, skadeslokalitet og skadesomfang. I forhold til to sidstnævnte skadesrelaterede spørgsmål er det ved henvendelse til Paraplegifunktionen i Viborg blevet bekræftet, at patienter ved indlæggelse bliver oplyst omkring deres skadeslokalitet og hvorvidt,

der er tale om en komplet eller inkomplet skade. Der er dog som beskrevet ovenfor taget hensyn til manglende viden herom.

Til en række af spørgsmålene er der inddraget Likert-skalaer, hvilket er en specifik besvarelsesform særlig velegnede til spørgsmål omhandlende holdninger og overbevisninger (Bryman, 2008; Langdridge, 2004). Likert-skalaer er anvendt i forhold til spørgeskemaets holdningsdel. Her gives udtryk for fem mulige holdninger rangerende fra ”meget enig” til ”meget uenig”, hvor der forekommer to positive, to negative samt en neutral mulighed værende ”hverken enig eller uenig” (Langdridge, 2004). Likert-skalaer er desuden anvendt i den afsluttende del af spørgeskemaet, hvor der spørges til deltagernes oplevede gavnlighed af afprøvede smertebehandlinger. Her er valgt følgende svarmuligheder: ”slet ikke gavnligt, lidt gavnligt, meget gavnligt, ekstremt gavnligt og ved ikke”. Denne Likert-skala kan i praksis betragtes som en firepunkts Likert-skala, idet kun fire af de fem svarmuligheder kan rangeres i forhold til hinanden, mens den sidste svarmulighed, værende ”ved ikke”, giver deltagerne en legitim mulighed for ikke at svare (Fife-Schaw, 2006).

Til angivelse af smerteintensitet anvendes en *Numerical Rating Scale* (NRS). NRS er vurderet valid og derfor det oftest anvendte måleredskab for smertemålinger hos patientgruppen. Her skal deltagerne angive deres gennemsnitlige smerteintensitet for de sidste 14 dage med et tal mellem 0-10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er værst tænkelige smerte. (Sawatzky, Bishop, Miller & the SCIRE Research Team, 2008; Bryce et al., 2007)

Det er overvejet, hvorvidt der ved de forskellige smertebehandlinger skulle angives et minimumsforløb førend interventionen kunne anses som decideret behandling, eksempelvis i form af et bestemt antal gennemførte sessioner. Dette blev fravalgt ved alle spørgsmål omhandlende smertebehandlinger for at undgå forvirring og grundet utilstrækkelig kendskab til, hvornår en effekt af de forskellige smertebehandlingstilbud kan forventes, hvilket komplicerer fastsættelse af en rimelig grænse herfor. Det er i forlængelse her yderligere overvejet at stille et opfølgende spørgsmål omkring, hvor mange gange en behandler har været opsøgt, hvilket dog er fravalgt ud fra ønsket om at holde spørgeskemaet forholdsvis kort.

Spørgsmålene med fokus på de forskellige smertebehandlinger er udformet så ensformigt som muligt, således deltageren i mindst mulig grad tillægger spørgsmålene omhandlende psykologisk intervention særlig betydning. Det vurderes dog, at der hersker en risiko for *social desirability effects* (Langdridge, 2004), da undertegnede i rekrutteringsannoncen (se bilag B) er blevet præsenteret som psykologistuderende, hvilket kan udløse særlig opmærksomhed omkring spørgsmål omhandlende psykologisk intervention. Der er ikke gjort videre foranstaltninger for at minimere dette potentielle problem.

4.1.4 Pilotering af spørgeskema

Inden distribuering blev spørgeskemaet piloteret med henblik på at eliminere mangler samt sikre korrekt forståelse af spørgsmålene og velegnede svarmuligheder (Langdridge, 2004). Grundet manglende tidsressourcer sammenholdt med den meget snævre patientgruppe blev det vurderet problematisk at rekruttere rygmarvsskadede til piloteringen grundet en potentiel risiko for at mangle deltagere til den egentlige undersøgelse. Piloteringen har derfor måttet involvere personer uden skade på rygmarven i form af to uvildige personer, hvortil der under udvikling af spørgeskemaet ligeledes har været samtaler herom med vejleder. Idet flere spørgsmål i spørgeskemaet er specifikt henvendt til rygmarvsskadede med smerter har omdrejningspunktet for denne pilotering været gennemgående samtaler omkring forståelse af ordlyden af spørgsmålene og svarmulighederne. Et centralt omdrejningspunkt blev ordlyden i holdningsspørgsmålene. I udformningen heraf var en central overvejelse at undgå brug af fagtermer og i stedet holde ordlyden i et lettilgængeligt sprog. De uvildige personers opfattelse af spørgsmålenes ordlyd blev efterspurgt, hvor det fordelagtige i spørgsmålenes lettilgængelige ordlyd blev bekræftet. Yderligere blev en konkret kommentar rettet mod de opstillede valgmuligheder i forhold til den oplevede gavnlighed af afprøvede smertebehandlinger. Den oprindelige udgave indeholdte følgende valgmuligheder: ”*slet ikke gavnligt; lidt gavnligt; gavnligt; meget gavnligt og ekstrem gavnligt*”. Grundet udtalelser omkring ensformigheden af mulighederne ”*lidt gavnligt*” og ”*gavnligt*” blev sidstnævnte ekskluderet, mens svarmuligheden ”*ved ikke*” blev indført.

4.1.5 Deltagere til spørgeskemaundersøgelse

Inklusionskriterium for deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen er, at deltagerne har en rygmarvsskade uanset tidspunkt for pådragelse, skadesniveau (tetraplegi eller paraplegi) eller skades omfang (komplette eller inkomplette skader). Herigennem er tilstedeværelse af smerter ikke et inklusionskriterium, idet spørgeskemaet ligeledes indeholder holdningsspørgsmål omkring udvalgte behandlinger, som kan besvares på trods af fraværd af smerter.

Eneste eksklusionskriterium er mangelfuld besvarelse af spørgeskemaet.

4.1.6 Distribuering af spørgeskema

Spørgeskemaet er distribueret via programmet SurveyXact¹², hvilket muliggør offentliggørelse via et link på en hjemmeside og lagring af svar. Ved opsætning af spørgeskemaet i SurveyXact er der, for at minimere antallet af ufyldstgørende besvarelser, inkorporeret fejlmeddelelser, såfremt et eller flere spørgsmål ikke bliver besvaret af respondenterne. (Rambøll, 2010) Dette med undtagelse af de uddybende spørgsmål i handlingsdelen, som kun skal besvares, hvis respondenterne har svaret ja til det indledende spørgsmål.

Spørgeskemaet var i første omgang tiltænkt udsendelse per brev, men grundet manglende adgang til adressedatabaser, blev det i stedet valgt at offentliggøre spørgeskemaet via www.ryk.dk, hvilket, som tidligere nævnt, er en landsdækkende interesseorganisation for para- og tetraplegikere. Efter godkendelse fra hjemmesidens webmaster blev en rekrutteringsannonce (se bilag B) indrykket under et debatforum omhandlende *smerte*. Efter et par ugers offentliggørelse blev en opfølgende påmindelse indrykket på hjemmesiden for herigennem at tiltrække flere respondenter, hvilket blev gentaget igen efter endnu en uge (Bryman, 2008). I det første opfølgende indryk opfordredes læseren yderligere til at fortælle andre aktuelle bekendte om undersøgelsen, en metode kaldet *snowball sampling* (Langdridge, 2004). Da spørgeskemaet havde været offentliggjort i seks uger blev der lukket for besvarelser.

¹² SurveyXact er en service udbudt af Rambøll.

4.1.7 Ethiske overvejelser og tiltag

I den indledende fase af specialet blev der ansøgt om etisk godkendelse fra HREB – *Humanistisk Fakultets Etikudvalg* ved Aalborg Universitet for både spørgeskemaundersøgelsen og interviewdelen. (Se bilag A for endelig godkendelse fra HREB). Først da den etiske godkendelse var givet, indledtes undersøgelsen.

Deltagerne i undersøgelsen er garanteret fuld anonymitet, hvilket er understreget i den indledende rekrutteringsannonce (se bilag B). Idet spørgeskemaet er gjort offentligt tilgængeligt via en hjemmeside (se afsnit 4.1.6), hvor deltagere selv har skullet opøge deltagelse, har der ikke på noget tidspunkt været direkte kontakt med deltagerne eller kendskab til adresser og lignende personfølsomme oplysninger. Desuden indeholder spørgeskemaet ikke spørgsmål af identificerbar karakter, ligesom en anonym aflevering af svar er mulig, idet deltageres svar lagres på en tredjepartsserver. Deltagerne er oplyst om, at udfyldelse af spørgeskemaet vil blive betragtet som samtykke for deltagelse.

4.1.8 Statistisk dataanalyse

Indsamlede data vil blive præsenteret ved hjælp af deskriptiv statistik med det formål at give en struktureret karakteristik af det indsamlede data.

Yderligere benyttes inferential statistik med henblik på at belyse en række indbyrdes forhold præciseret i nedenfor skitserede tests. I samtlige tests vurderes $p < 0,05$ statistisk signifikant (Brace, Kemp & Snelgar, 2006).

Test 1) Det ønskes belyst, hvorvidt henholdsvis de fire faggrupper samt de seks smerteinitiativer i forskellig grad vurderes relevante af deltagerne. Denne statistiske test baseres på følgende nul-hypotese:

h_0 : Deltagerne finder det lige relevant at opøge alle de udvalgte faggrupper/smerteinitiativer.

Deltagerne angiver i spørgeskemaet, i hvilket omfang de er enige i relevansen i at opøge de udvalgte faggrupper og anvende de udvalgte smerteinitiativer. Svarerne angivet på en fem punkts Likert-skala rangerende fra *meget uenig* til *meget enig* om-

dannes i forhold til den statistiske dataanalyse til en række af fem diskrete værdier værende: 1: meget uenig, 2: uenig, 3: hverken enig eller uenig, 4: enig og 5: meget enig.

Svarerne angivet på en Likert-skala anses som ordinale variabler (rangerbare, men ikke regelmæssige diskrete værdier). Derfor anvendes ikke ANOVA, men en non-parametrisk pendant. I dette tilfælde til sammenligning af flere grupper (faggrupper og smerteinitiativer) anvendes Kruskal-Wallis test. Denne muliggør en vurdering af, om gruppernes median-værdier er signifikant forskellige. Student Newman Keuls (SNK) anvendes til eventuel post-hoc analyse. (Brace, Kemp & Snelgar, 2006)

Test 2) Det ønskes yderligere undersøgt, hvorvidt henholdsvis køn, alder og uddannelse i nogen grad påvirker, hvorvidt deltagerne finder det relevant at opsøge en psykolog eller indgå i et psykologisk samtaleforløb omkring smerter. Denne statistiske test baseres på følgende nul-hypoteser:

h_0 : mænd og kvinder finder det i samme grad relevant at opsøge en psykolog/indgå i et psykologisk samtaleforløb i forhold til smerte relateret til en rygmarvsskade.

h_0 : deltagere med forskellig uddannelsesniveau finder det i samme grad relevant at opsøge en psykolog/indgå i et psykologisk samtaleforløb i forhold til smerte relateret til en rygmarvsskade.

h_0 : grupper af deltagere opdelt i alderstrin á ti år finder det i samme grad relevant at opsøge en psykolog/indgå i et psykologisk samtaleforløb i forhold til smerte relateret til en rygmarvsskade.

Samme statistiske metoder, som anvendt i test 1, vil blive anvendt til dette formål. På grund, at der i forhold til køn kun forekommer to grupper vil spørgsmålet omkring køn dog blive undersøgt ved hjælp af en Mann-Whitney U-test. (ibid.)

Test 3) Det ønskes belyst, hvorvidt henholdsvis de fire faggrupper og de seks smerteinitiativer i forskellig grad vurderes gavnlige af de deltagere, som har opsøgt/anvendt disse. Denne statistiske test baseres på følgende nul-hypotese:

h_0 : Deltagerne finder det lige gavnligt at opsøge alle de udvalgte faggrupper/smerteinitiativer.

Deltagernes oplevede gavnlighed af opsøgte faggrupper og anvendte smerteinitiativer angives ved de fem opstillede valgmuligheder, hvoraf den ene svarmulighed (*ved ikke*) i forhold til dataanalyse vil blive betragtes som manglende stillingstagen og vil derfor blive ekskluderet fra dataanalysen. De fire øvrige svarmuligheder vil blive betragtes som fire-punkts Likert-skala rangerende fra *slet ikke gavnligt* til *ekstrem gavnligt*, som i forhold til den statistiske dataanalyse omdannes til en række af fire diskrete værdier værende: 0: slet ikke gavnligt, 1: lidt gavnligt, 2: meget gavnligt og 3: ekstrem gavnligt.

Herudover vil samme statistiske metoder, som anvendt i test 1, vil blive anvendt.

Test 4) Endelig ønskes det undersøgt, hvorvidt deltagernes holdninger til psykologisk intervention afspejler praktiske erfaringer, det vil sige, om der forekommer en sammenhæng mellem deltagernes holdninger og handlinger. Således har denne test til formål at undersøge følgende nul-hypotese:

h_0 : Der er ingen sammenhæng mellem deltagernes holdninger og handlinger i forhold til at opsøge en psykolog/indgå i et psykologisk samtaleforløb.

Denne hypotese søges afvist ved brug af en Chi-Square test. Deltagernes rapporterede holdninger vil til dette formål blive inddelt i tre kategorier værende *enig*, *uenig* og *hverken enig eller uenig* i at det er relevant at opsøge en psykolog og indgå i et psykologisk samtaleforløb. Således dækker kategorierne *enig* og *uenig* hver over to rapporterede svarmuligheder. På grund af det lave deltagerantal (der fører til adskillige forventede frekvenser under fem) anvendes eksakte tests (Brace, Kemp & Snelgar, 2006).

Inden præsentation af spørgeskemaundersøgelsens resultater følger en beskrivelse af udvikling af interviewundersøgelsen.

4.2 Interviewundersøgelse

I denne interviewundersøgelse vil der blive gjort brug af kvalitative forskningsinterviews, hvor fokus er: ”*indhentning af kvalitative beskrivelser af interviewpersonens livsverden med henblik på fortolkning af deres betydning.*” (Kvale, 1997, p.129).

På baggrund af søgninger i følgende databaser: *PsycNET*, *Elsevier Scopus* og *Medline*, er der ikke opnået kendskab til lignende kvalitative studier udført på denne patientgruppe, hvorfor interviewguiden, som vil danne den overordnede ramme for de udførte interviews, er selvudviklet til dette specifikke formål.

4.2.1 Formål med interviewundersøgelsen

Formålet med denne interviewundersøgelse er, i overensstemmelse med specialets opstillede problemformulering, at opnå viden omkring rygmarvspatienters oplevede effekt af psykologisk intervention mod smerter for herigennem at belyse, hvorledes psykologisk intervention kan forbedre coping med tilstedeværelsen af smerter. Herunder søges både deltagernes positive og negative oplevelser udforsket. Som tidligere påpeget (se afsnit 2.4.2) er kun et meget begrænset antal effektstudier blevet foretaget med fokus på psykologisk smertebehandling hos rygmarvsskadede, hvori kvalitative udforskninger af virksomme elementer kun sporadisk er rapporteret. Således er mere viden omkring effektive og noneffektive mekanismer ved psykologisk intervention mod smerter nødvendig med henblik på optimering af denne behandlingsform i forhold til smerteplagede rygmarvspatienter (Budh et al., 2006; Ehde & Jensen, 2007). Med udgangspunkt heri vurderes det yderst relevant at opnå indblik i rygmarvspatienters oplevede effekt af psykologisk intervention ud fra personlige beskrivelser af deltagernes oplevelser fokuseret på smertehåndtering. En øget indsigt vurderes potentielt medvirkende til at kunne optimere psykologisk behandling af smerter hos patientgruppen og kan herigennem have klinisk værdi. Ved udførsel af interviews kan der opnås beskrivelser af den interviewedes personlige oplevelser med psykologisk smertebehandling på en måde, som ikke er mulig ved brug af kvantitative metoder, herunder spørgeskemaer.

4.2.2 Udvikling af interviewguide

Interviews, udført i dette speciale, vil være af semistruktureret karakter med udgangspunkt i en standardiseret interviewguide. Gennem en række udviklede spørgsmål i en opstillet rækkefølge sikres det, at samtlige ønskede emner berøres, samtidig med at en semistruktureret ramme tillader interviewereren at forfølge vigtige tråde i interviewsituationen. Desuden undgås, i modsætning til strukturerede interviews, en begrænsende effekt på deltageren, hvor rige beskrivelser potentielt kan gå tabt. (Langdridge, 2004) I det følgende vil den udviklede interviewguide blive præsenteret.

Indledningsvist i interviewet vil følgende spørgsmål blive stillet, hvor omdrejningspunktet er en generel karakteristik af informanten og indhentning af skadesrelaterede oplysninger:

- Hvor gammel er du?
- Hvad laver du til hverdag?
- Hvordan kom du til skade?
- Hvor mange år har du haft din skade?
- Hvor er skaden placeret?
- Er skaden komplet eller inkomplet?

Disse indledende spørgsmål har blandt andet til formål at give interviewet en blid start og herigennem opbygge fortrolighed mellem interviewer og interviewdeltager (Kvale, 1997). Efterfølgende vil interviewguiden, præsenteret nedenfor i tabel 1, udgøre skitsen for de emner, der søges afdækket i interviewet. Denne præsenterede interviewguide indeholder de udviklede interviewspørgsmål samt forskningsspørgsmål, der ligger til grund herfor. Yderligere er den tematiske dimension angivet i interviewguiden i form af en kort skitsering af bevæggrunde for forskningsspørgsmålene. Den tematiske dimension og de fremsatte forskningsspørgsmål tager udgangspunkt i specialets baggrundsafsnit og medvirker herigennem til besvarelse af den opstillede problemformulering.

Aalborg Universitet
Speciale

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<p>Opklarende spørgsmål omkring smerteproblematikken og psykologforløbet.</p>	<p>Hvornår begyndte du at opleve smerter som følge af din skade?</p> <p>Hvordan påvirkede smerterne dig?</p> <p>Da du opsøgte en psykolog, var det med konkret fokus på smerter?</p> <p>Hvor længe havde du haft problemer med smerter, inden du talte med en psykolog om det?</p> <p>Kan du overordnet fortælle om dine erfaringer med psykologisk behandling af smerter?</p>
<p>Hvilke bevæggrunde har ligget til grund for valget om at opsøge/snakke med en psykolog omkring smertelindring?</p>	<p>Hvad fik dig i sin tid til at snakke med en psykolog om smerter?</p> <p>Kan du huske hvilke forventninger du havde til det at snakke med psykolog om smerter?</p>
<p><u>Bagvedliggende tematisk dimension:</u> (se evt. afsnit 2.4.3)</p> <p>Undersøgelser viser, at kun få rygmarspatienter opsøger psykologhjælp i forhold til smertehåndtering på trods af, at psykologisk intervention har vist positive resultater i forhold til kroniske smertepatienter. Det vurderes derfor relevant at opnå viden omkring hvilke bevæggrunde rygmarspatienter, der har opsøgt psykologisk intervention, har haft og om psykologisk intervention af patienterne anses som en sidste mulighed for smertelindring.</p>	
<p>Har psykologisk intervention fremmet mere adaptive og aktive coping strategier hos informanten i forhold til smertehåndtering?</p>	<p>Føler du, at du fik noget ud af samtalerne i forhold til dine smerter?</p> <p>Føler du, at du håndtere dine smerter anderledes som følge af et psykologisk forløb?</p> <p>Har du oplevet en forskel i dine tanker omkring smerter som følge af samtalerne?</p>
<p><u>Bagvedliggende tematisk dimension:</u> (se evt. afsnit 2.3.2 & 2.4.1)</p> <p>Forskning viser, at uhensigtsmæssige copingstrategier kan medføre reduceret livskvalitet, øget smerteindblanding og psykisk lidelse. Formålet med psykologisk smerteintervention er således at fremme adaptive og hensigtsmæssige copingstrategier frem for passive og maladaptive copingstrategier, som kan virke vedligeholdende og/eller forstærkende på individets smertetilstand.</p>	
<p>Hvilke adfærdsteknikker opleves som hjælpsomme i en hverdag med smerte (såfremt der er tale om kognitiv adfærdsterapi)?</p>	<p>Lærte du nu nogle konkrete teknikker til håndtering af smerter?</p> <p>Bruger du dem i din hverdag?</p> <p>Føler du, at de hjælper dig i din hverdag?</p> <p>Kan du sætte ord på, hvordan du føler, at de hjælper dig?</p> <p>Er der nogen af de teknikker, du har lært, som ikke har hjulpet dig?</p>

<p><u>Bagvedliggende tematisk dimension:</u> (se evt. afsnit 2.4.2)</p> <p>Kun meget få studier har haft fokus på effekten af psykologisk intervention hos rygmarvspatienter med smerter relateret til skaden. Der er derfor et markant behov for viden omkring, hvilke aspekter ved psykologisk intervention der er medvirkende til positive resultater hos pågældende patientgruppe.</p>	
<p>Har psykologisk intervention overordnet forbedret informantens opfattede psykiske tilstand (herunder livskvalitet, depression og angst)?</p>	<p>Hvordan påvirker dine smerter dig i dag?</p> <p>Føler du, at det psykologiske forløb overordnet har hjulpet dig i forhold til dine smerter?</p> <p>Hvilken værdi har det for dig?</p>
<p><u>Bagvedliggende tematisk dimension:</u> (se evt. afsnit 2.2.5 & 2.4.1)</p> <p>Tilstedeværelse af smerter er vist sammenfaldende med en række psykiske lidelser, herunder reduceret livskvalitet, depression og angst. Målet med psykologisk intervention er at udvikle mere hensigtsmæssige copingstrategier og herigennem afhjælpe disse negative følgevirkninger.</p>	
<p>Bliver psykologisk behandling opfattet som uvæsentlig af rygmarvspatienter?</p>	<p>Hvordan ser du overordnet på psykologisk behandling af smerter?</p> <p>Mener du, at psykologisk smertebehandling er relevant?</p> <p>Har du opsøgt andre former for smertebehandling?</p> <p>Hvad tænker du om psykologisk smertebehandling sammenlignet med dem?</p>
<p><u>Bagvedliggende tematisk dimension:</u> (se evt. afsnit 1 & 2.4.3)</p> <p>En lav rapporteret anvendelsesrate for psykologisk intervention mod smerter blandt rygmarvspatienter kan være medvirkende til en mistanke om, at denne behandlingsform af patientgruppen anses som værende uvæsentlig.</p>	

Tabel 1: Den udviklede interviewguide.

Interviewguiden tager udgangspunkt i opklarende spørgsmål omkring interviewdeltagerens smerteoplevelse forud for deltagelse i et psykologisk forløb og opklarende spørgsmål omkring deltagerens erfaringer med psykologisk smerteintervention. Det vurderes relevant at opnå indsigt i den overordnede ramme for psykologisk intervention, idet denne kan have forskellige udgangspunkter eksempelvis kognitivt, psykodynamisk, individuel og gruppeterapi. Efter disse konkrete spørgsmål spørges der mere indgående til deltagerens personlige oplevelse med forløbet med fokus på smertehåndtering i dagligdagen, hvor netop den personlige oplevelse er i centrum for spørgsmålene.

I udformning af interviewguiden er det søgt at skabe en naturlig rytme kendetegnet ved en intuitiv opbygning af spørgsmål, således at interviewets temaer er fornuftig relaterede uden oplevelsen af abrupte spring (Breakwell, 2006).

Der er i udformningen af interviewspørgsmålene så vidt muligt anvendt åbne spørgsmål i et lettilgængeligt hverdagsprog uden brug af fagtermer, dominerende formel toneart eller tvetydige elementer (ibid.; Langdridge, 2004). Dette vurderes fremmende for en positiv interviewinteraktion og således bidragende til spørgsmålenes dynamiske dimension. Herigennem kan en behagelig interviewsituation øge deltagerens lyst til at besvare personlige spørgsmål (Kvale, 1997; Langdridge, 2004).

4.2.3 Pilotering af interviewguide

Med henblik på forbedring samt minimering af misforståelser og uklare spørgsmål har interviewguiden ligesom spørgeskemaet været genstand for pilotering. En optimal pilotering bør tage udgangspunkt i en repræsentativ gruppe for den pågældende patientgruppe. (Breakwell, 2006) Dette har dog ikke været muligt, grundet et yderst begrænset antal informanter og herigennem en potentiel risiko for at mangle interviewdeltagere til den egentlige undersøgelse. På trods heraf er det stadig vurderet relevant at få spørgsmålenes ordlyd og forståelsen heraf vurderet, forud for udførelse af interviews. En uvildig rask person er således valgt inddraget med henblik på pilotering af interviewguiden. Idet flere af interviewspørgsmålene omhandler smerter og oplevelser af psykologisk intervention har en decideret udførelse af interviewet ikke været muligt. Derimod er spørgsmålene blevet stillet, som i en interviewsituation, hvilket yderligere har medvirket til indøvning af spørgsmålene, hvor pilotdeltageren er blevet bedt om at gøre rede for hans forståelse af spørgsmålene. Herigennem har ønsket været at undersøge, hvorvidt spørgsmålene forstås efter hensigten (ibid.). Som led i udviklingen af interviewguiden har der desuden været løbende samtaler med vejleder.

4.2.4 Deltagere til interviewundersøgelse

Inklusionskriterier for interviewdeltagelse er, at deltagerne er over 18 år og har haft en rygmærskade i mere end seks måneder (dette værende komplette eller inkomplette skader og tetraplegi eller paraplegi), deltagerne skal kunne forstå og tale dansk og have modtaget psykologisk terapi, hvor smertehåndtering på et tidspunkt har været berørt.

Eksklusionskriterier er psykiatiske diagnoser og hjerneskader.

Det har syntes problematisk at konkretisere inklusionskriteriet omkring psykologisk deltagelse yderligere, idet bevæggrunde for at opsøge en psykolog kan være andre end smerter og øvrige emner end smertehåndtering ofte kan blive berørt.

Det er overvejet, om et inklusionskriterium skulle indeholde en nærmere specificering af psykologisk intervention i form af kognitiv terapi, da dette er den mest almindelige terapiform i forhold til smerter (Sættem & Stiles, 2008) og desuden udgør rammen for psykologisk intervention i dette speciale (se afsnit 2.4.1). Det blev dog besluttet, at dette potentielt ville skabe forvirring, hvorfor der i rekrutteringsannoncen (se bilag D) blot efterspørges deltagelse i et psykologisk samtaleforløb.

4.2.5 Rekruttering

Der er, efter godkendelse fra hjemmesidens webmaster, blevet indrykket en rekrutteringsannonce (se bilag D) på www.ryk.dk – den danske landsdækkende interesseorganisation for para- og tetraplegikere. Annoncen blev indrykket på hjemmesidens debatforum for forskning. Interesserede blev i annoncen bedt om, at rette henvendelse til undertegnede og her aftale tid og sted for et eventuelt interview.

Yderligere er Paraplegifunktionen i Viborg blevet kontaktet med henblik på hjælp til rekruttering af interviewdeltagere, dette i form af formidling af kontakt mellem undertegnede og relevante deltagere.

Idet rekrutteringsannoncen er indrykket på en landsdækkende interesseorganisation er der mulighed for at tiltrække informanter fra hele landet, hvilket kan udløse en række praktiske problematikker omkring lokalitet for udførsel af interviews. Det er i rekrutteringsannoncen foreslået, at interviewet kan blive udført telefonisk for at overkomme logistiske problematikker og såfremt interviewdeltagere fortrækker denne interviewform (Langdridge, 2004). Der er dog visse negative aspekter ved telefoninterviews, eksempelvis kortere svar, flere misforståelser ved komplekse spørgsmål og manglende mulighed for at indfange non-verbale informationer (Breakwell, 2006), hvorfor dette kun vil blive valgt, såfremt der ikke er andre muligheder eller i tilfælde af, at dette er informantens ønske.

4.2.6 Etiske overvejelser og tiltag

I den indledende fase af specialet blev der ansøgt om etisk godkendelse fra HREB – *Humanistisk Fakultets Etikudvalg* ved Aalborg Universitet for både spørgeskemaundersøgelsen og interviewdelen. (Se bilag A for endelig godkendelse fra HREB). Først da den etiske godkendelse var givet, indledtes rekrutteringen.

I forbindelse med interviewdeltagelse bedes deltagerne om at underskrive en informeret samtykkeerklæring, hvori deltageren informeres om undersøgelsens overordnede formål og procedure (se bilag E). I tilfælde af telefoninterviews tilsendes deltagerne en kopi af den informerede samtykkeerklæring, men afgiver mundtligt samtykke indledningsvist på interviewoptagelserne. Herigennem oplyses deltagerne om potentielle risici og fordele ved deltagelse. I henhold hertil bliver deltagerne oplyst om, at medvirken og afgivne svar ikke vil have nogen betydning for deltagerens eventuelle nuværende eller fremtidige behandling, men at deltagelse derimod vil bidrage til øget indsigt i psykologisk intervention mod smerter. Endelig indebærer informeret samtykke, at man opnår deltagerens frivillige deltagelse, hvilket blandt andet betyder, at deltagerne til enhver en tid kan trække sig fra undersøgelsen uden konsekvenser samt undlade at besvare spørgsmål uden forklaring herfor. Deltagerne er ved rekruttering og via den informerede samtykkeerklæring blevet oplyst om, at de ved deltagelse i undersøgelsen er garanteret fuld anonymitet, idet identificerbare oplysninger vil blive slørede. (Kvale, 1997)

En yderligere central etisk overvejelse knytter sig til det faktum, at inklusionskriteriet for deltagelse i interviewundersøgelsen er at have indgået i et psykologisk interventionsforløb. Omdrejningspunktet for interviewet er deltagerens oplevede effekt af psykologisk smertebehandling i hverdagen og dermed ikke selve indholdet af terapisesessionerne. Dette synes centralt at understrege overfor deltagerne, da indholdet af sessionerne meget vel kan være følelsesbetonet og desuden er fortroligt mellem deltager og den behandlende psykolog. Det synes vigtigt at have dette in mente, idet risikoen for at skade deltagerne skal være minimal ved udførsel af en interviewundersøgelse (ibid.). Dette punkt har været for øje i udviklingen af interviewguiden og det er desuden understreget i rekrutteringsannoncen. Endelige er det, grundet temaet for interviewet, vigtigt at have for øje, at interviewet forbliver af forskningsmæssig karakter

og ikke udvikler sig til en terapeutisk samtale med fokus på behandling (Langdridge, 2004).

4.2.7 Fænomenologisk hermeneutisk analyse

Interviewet vil blive optaget på diktafon og vil sidenhen blive transskriberet efter opsatte transskriberingsregler (se bilag F). Transskriberingerne vil være udgangspunkt for den videre analyse (Langdridge, 2004).

Til analyse vil *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) blive anvendt. Fænomenologi og hermeneutik udgør tilsammen det epistemologiske udgangspunkt for denne analysemetode (Smith & Eatough, 2006). IPA er valgt, idet denne er en psykologisk forskningsmetode, designet med det formål at opnå indsigt i individuelle deltagers livsverden og oplevelser (Willig, 2001). Undertegnede har desuden tidligere anvendt IPA i forskningssammenhænge. Forud for en beskrivelse af de konkrete analysestadier vil en kort teoretisk præsentation af IPA forekomme.

4.2.7.1 Teoretisk grundlag for IPA

Fænomenologien er optaget af: "(...) *the phenomena that appear in our consciousness as we engage in the world around us.*" (ibid., p.51). Et mål for fænomenologien er herigennem, hvordan fænomenet fremstår for os som iagttagere i vores bevidsthed, hvor den viden, som vi formoder, at vi har om det pågældende fænomen, tilsidesættes. Med andre ord er fænomenologien interesseret i verdenen, som den opleves af individet inden for bestemte kontekster og tidspunkter (ibid.). Processen at afstå fra forudfattede antagelser og forestillinger om det udforskede emne kaldes *epoché*, hvilket er et centralt fænomenologisk element (Langdridge, 2004). Ifølge et fænomenologisk fokus gør *intentionaliteten* det muligt, at objekter fremstår for os som et fænomen, hvilket betyder at: "(...) *self and world are inseparable components of meaning.*" (Willig, 2001, p.51). Forekomsten af et objekt som et perceptuelt fænomen varierer afhængig af iagttagerens kontekst, iagttagelsesvinkel og mentale orientering herunder emotioner, mål og mening (ibid.). Herigennem er fokus for fænomenologien: "(...) *den forsøger at give en detaljeret beskrivelse af indholdet og strukturen i menneskers bevidsthed, gribe deres oplevelsers kvalitative forskellighed og udlægge deres essentielle betydninger.*" (Kvale, 1997, p.62).

Hermeneutikken derimod har fokus på individet som fortolkende og meningsskabende (Smith & Eatough, 2006). ”*Formålet med hermeneutisk fortolkning er at nå frem til en gyldig og almen forståelse af en teksts betydning.*” (Kvale, 1997, p.56). Teksten skal dog ikke tages ud af sin egen referenceramme, idet forskeren kun udlægger, hvad teksten selv siger om et emne. Et centralt element i henhold til hermeneutikken er den *hermeneutiske cirkel*, hvilket er en kontinuerlig proces frem og tilbage mellem delene og helheden. Her fortolkes forskellige dele af teksten, hvorefter disse fortolkninger på ny sættes i relation til helheden. Processen er i teorien uendelig, men standes idet en fornuftig mening er opnået uden indre modsigelser (ibid.).

IPA udgør en fænomenologisk metode, hvor umuligheden i at opnå direkte adgang til deltagerens livsverden accepteres, hvorfor IPA er en sammenfatning af ideer fra både fænomenologi og hermeneutik. På trods af, at IPA søger at udforske deltagerens oplevelser fra deres perspektiv, anerkendes det, at denne udforskning vil være under indflydelse af forskerens syn på verdenen og yderligere interaktionen mellem forsker og deltager. Dette medfører, at analysen vil være en fortolkning af deltagerens oplevelser. IPA har samme mål, som andre fænomenologiske tilgange til data, idet kvaliteten af den individuelle oplevelse ønskes indfanget. Oplevelsen anses dog som umulig at opnå direkte adgang til, hvorfor et fortolkende element yderligere inddrages i form af hermeneutikken. (Willig, 2001)

4.2.7.2 Analysestadier

IPA er en ideografisk metode, idet data fra hver enkelt deltager analyseres individuelt førend meningsindholdet i samtlige interviews integreres. Den analytiske proces indeholder fem analysestadier.

Indledningsvist er fokus i det første stadie at *læse og genlæse med henblik på det overordnede meningsindhold*, hvor tanker, refleksioner og observationer noteres. Det andet stadie omhandler *identificering af temaer*, hvor der opstilles temaer, som søger at indfange, hvad der er repræsenteret i teksten. Der kan i dette stadie gøres brug af psykologiske termer med henblik på at beskrive tekstens konceptuelle mening, dog uden at pålægge teksten mening, da man fortsat skal have et åbent sind.

Det næste stadie er en *strukturering af temaer*, hvor forskeren ud fra relationer temaerne imellem søger at samle beslægtede temaer i navngivne grupperinger og, hvis muligt, opstille disse i meningshierarkier. Visse temaer vil i denne analysedel forsvinde.

På det fjerde stadie *produceres en opsummeringstabel* med temaer og temagrupperinger illustreret ved brug af citater. Temaer vil på dette stadie blive ekskluderet, hvis de ikke anses relevante eller er for marginale.

Endelig indbefatter det femte stadie en *integrering af de individuelle interviews*. Idet de fire foregående stadier er færdiggjorte for hver enkelt interview, skal disse nu integreres til en samlet tabel for hele datasættet, hvor den overordnede mening fanges for alle deltagerne. (Langdridge, 2004; Willig, 2001; Smith & Eatough, 2006)

5. Resultater

I de følgende afsnit præsenteres centrale kvantitative og kvalitative resultater fra henholdsvis spørgeskemaundersøgelsen og interviewundersøgelsen.

5.1 Kvantitative resultater

I løbet af de seks uger spørgeskemaet har været offentligt tilgængeligt, er der modtaget 30 besvarelser. Heraf er fire ekskluderet grundet mangelfulde besvarelser, hvorfor følgende kvantitative analyse er baseret på 26 gennemførte besvarelser.

Præsentationen af de kvantitative resultater vil være opdelt i henholdsvis deskriptiv og inferential statistik.

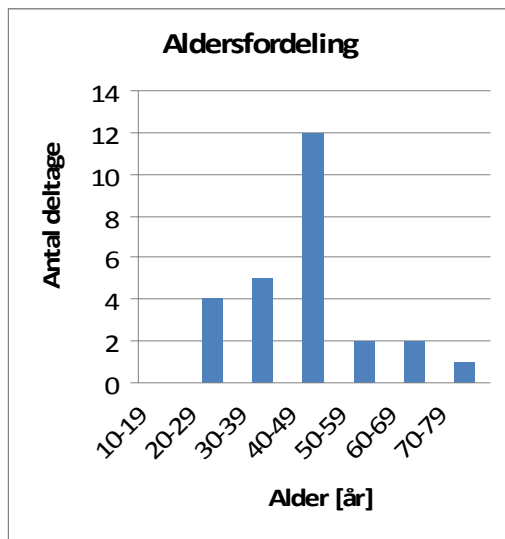
5.1.1 Deskriptiv statistik

I tabel 2 præsenteres en karakteristik af respondenterne samt deres oplevede smerter. Som det kan ses i tabellen er kønsfordelingen næsten ligeligt fordelt i dette studie, dog med en lille overrepræsentation af mænd. Deltagernes gennemsnitlige alder er 42,2 år (se figur 5 for aldersfordeling). Samtlige deltagere rapporterer at opleve smerter som følge af deres rygmærskade, hvor den gennemsnitlige smerteintensitet for deltagerne er 6 på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er værste tænkelige smerte (se figur 6 for fordeling). 20 af deltagerne (77 %) rapporterer at opleve smerter *konstant* eller *hver dag*, mens samtlige deltagere giver udtryk for, at smerterne påvirker dem i deres dagligdag i højere eller mindre grad. Herigennem bekræftes smerteproblematikkens betydelige omfang. Den hyppigst angivne årsag til skade er *som følge af sygdom*, mens kategorier dækkende over traumatiske skader (*trafikulykke*, *sportsulykke* og *fald*) indbefatter halvdelen af deltagerne. Andre rapporterede årsager til skade har blandt andet været medfødte omstændigheder og arbejdsskader. I forhold til skadeslokalitet ses en meget lille repræsentation af deltagere med ekstrem høj skade (C1-C4).

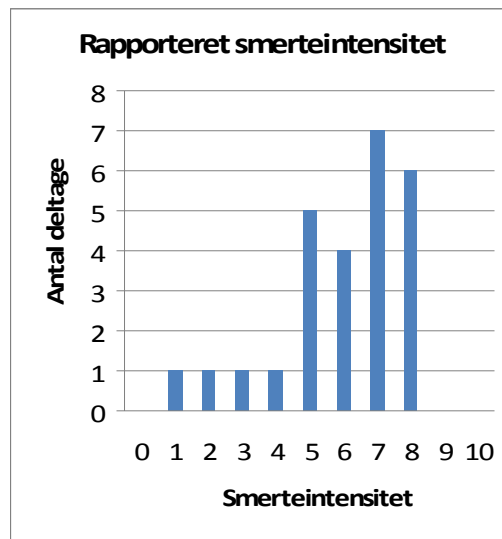
Aalborg Universitet
Speciale

	N=26	
	n	%
Køn:		
Mand	15	58
Kvinde	11	42
Civiltilstand:		
Single	11	42
I et forhold men bor ikke sammen	3	12
Gift eller bor sammen med en partner	9	35
Fraskilt	3	12
Uddannelse:		
Folkeskole eller tilsvarende	1	4
Erhvervsfaglig uddannelse	5	19
Gymnasial uddannelse	3	12
Kortere videregående uddannelse	5	19
Mellemlang videregående uddannelse	8	31
Lang videregående uddannelse	4	15
Skadens årsag:		
Trafikulykke	6	23
Sportsulykke	3	12
Fald	5	19
Som følge af sygdom	8	31
Andet	4	15
Skadens placering:		
C1-C4	1	4
C5-C8	9	35
T1-T5	2	8
T6-T12	7	27
L1-S5	6	23
Ved ikke	1	4
Skadens omfang:		
Komplet	8	31
Inkomplet	13	50
Ved ikke	5	19
Hyppighed af smerte:		
Konstant	7	27
Hver dag	13	50
3 eller flere dage om ugen	2	8
Mindre end 3 dage om ugen	1	4
Ikke hver uge	3	12
Smerters påvirkning i dagligdagen		
I meget høj grad	6	23
I høj grad	7	27
I nogen grad	10	39
I mindre grad	3	12
Slet ikke	0	0

Tabel 2: Respondent- og smertekarakteristik.



Figur 5: Histogram for deltagernes alder.

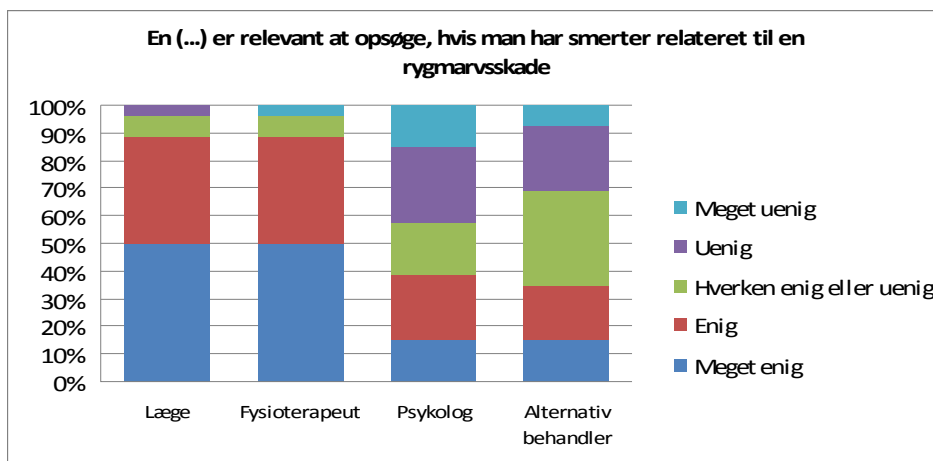


Figur 6: Histogram for deltagernes rapporterede smerteintensitet.

5.1.1.1 Holdningsspørgsmål

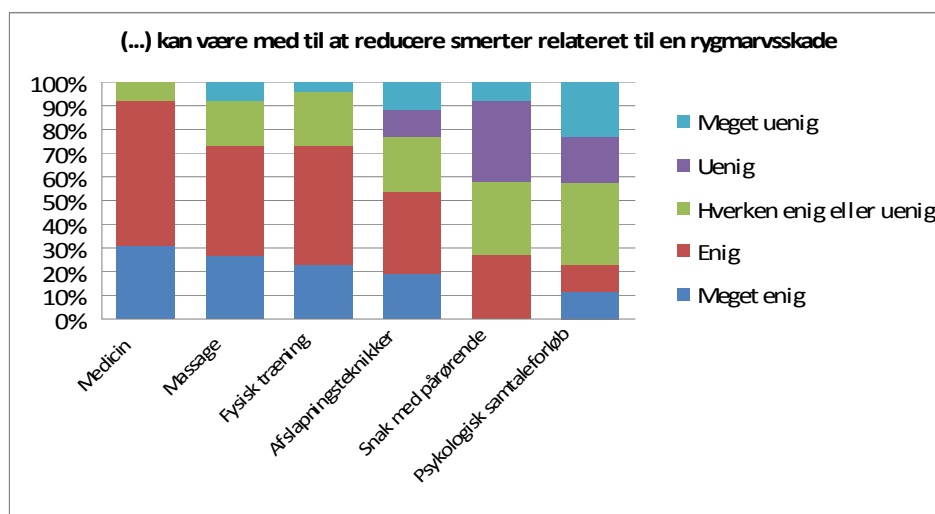
Deltagernes holdning til, hvorvidt de fire udvalgte faggrupper samt de seks smerteinitiativer er relevante at opsøge i forbindelse med smerter, kan ses i henholdsvis figur 7 og 8.

Som det kan ses i figur 7 vurderes både læge og fysioterapeut som værende relevante at opsøge, idet kategorierne *enig* og *meget enig* udgør omkring 90 % af de samlede svar. Mindre relevant vurderes det at opsøge en psykolog, hvor under 40 % er henholdsvis *enige* eller *meget enige* heri. En lignende svarfordeling ses i forhold til at opsøge en alternativ behandler, hvor en større andel (35 %) dog er *hverken enig eller enig*.



Figur 7: Deltagernes holdning til relevansen i at opsøge de fire udvalgte faggrupper.

Ud fra figur 8 ses det, at størstedelen af deltagerne (92 %) finder smertestillende medicin relevant. Ved fysisk træning og massage ses det, at over 70 % er *enige* eller *meget enige* i relevansen heri. Ligeledes er over 50 % af deltagerne *enige* eller *meget enige* i relevansen i at anvende afslapningsteknikker. Dog er kun en relativ beskedent gruppe (23 %) enige eller meget enige i, at et psykologisk samtaleforløb er relevant i forhold til smerter. Det ses dog, at psykologisk samtaleforløb har affødt flest besvarelser i *hverken enig eller uenig* sammenlignet med de resterende smerteinitiativer.



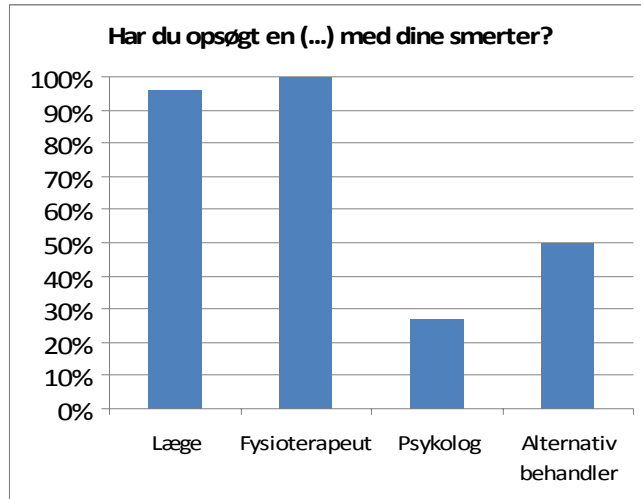
Figur 8: Deltagernes holdning til relevansen i at anvende de seks udvalgte smerteinitiativer.

5.1.1.2 Handlingsspørgsmål

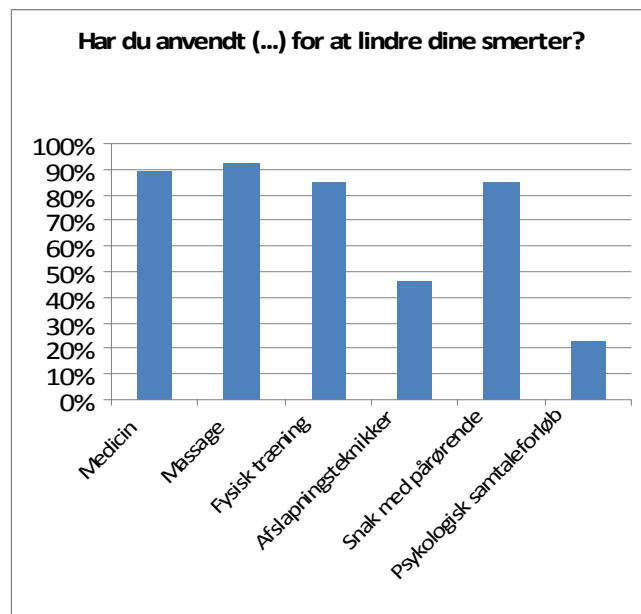
Andelen af deltagere, der har opsøgt de fire faggrupper og anvendt de seks smerteinitiativer kan ses i henholdsvis figur 9 og 10.

I figur 9 ses det, at læge (96 %) og fysioterapeut (100 %) er opsøgt af stort set samtlige deltagere. Psykolog udgør den mindst opsøgte faggruppe, da kun 27 % af deltagerne har opsøgt en psykolog, mens næsten dobbelt så mange af deltagerne har opsøgt en alternativ behandler (50 %).

Figur 10 viser, at et stort udsnit af deltagerne (>85 %) har anvendt smertestillende medicin, fysisk træning, massage og at snakke med pårørende. Derimod har kun 23 % indgået i et psykologisk samtaleforløb, hvorfor dette smerteinitiativ er den mindst anvendte, efterfulgt af afslapningsteknikker, der er anvendt af omkring 50 % af deltagerne.



Figur 9: Procentdel af deltagere, der har opsøgt hver af de fire faggrupper på grund af smerter.

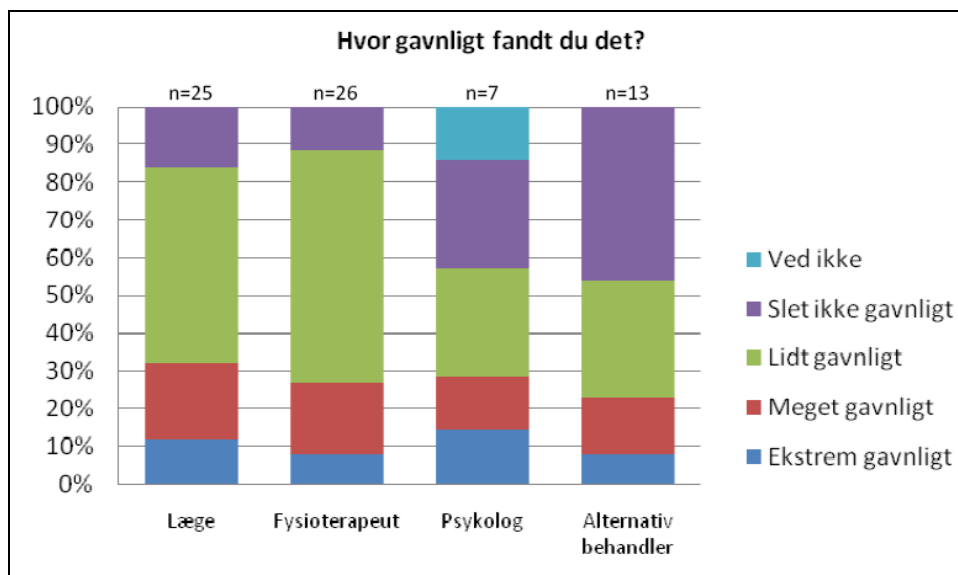


Figur 10: Procentdel af deltagere, der har anvendt de seks udvalgte smerteinitiativer på grund af smerter.

Figur 11 og 12 viser den oplevede gavnlighed af at have opsøgt de fire faggrupper samt anvendt de seks smerteinitiativer for de deltagere, der har opsøgt eller anvendt disse.

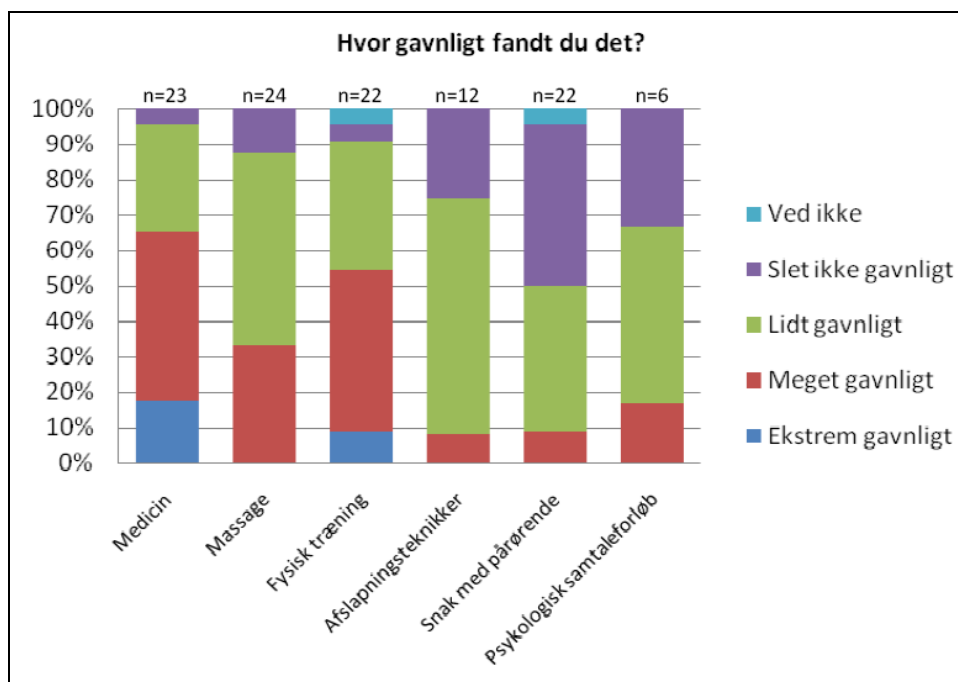
Det er i forhold til figur 11 relevant at understrege, at svarmuligheden *ekstrem gavnligt* er angivet cirka lige ofte for henholdsvis læge og psykolog (man skal dog have i mente, at gruppen, der har opsøgt en psykolog repræsenterer en mindre gruppe end dem, som har opsøgt en læge – se evt. figur 9). Ved alle fire faggrupperepræsentanter

ses mange rapporterede svar i kategorierne *slet ikke gavnligt* eller *lidt gavnligt*, hvilket understreger, at smerter er vanskelige at behandle hos pågældende patientgruppe. Dog finder kun en lille gruppe læge og fysioterapeut *slet ikke gavnligt* (omkring 10-15 %). Desuden ses det, at kun ved psykologen er svarmuligheden *ved ikke* anvendt.



Figur 11: Deltagernes oplevede gavnlighed af de fire udvalgte faggrupper.

I forhold til figur 12 ses det, at kun ved smertestillende medicin og fysisk træning har deltagerne anvendt svarmuligheden *ekstrem gavnligt*. Ved disse to smerteinitiativer ses det yderligere, at flere har vurderet disse meget gavnligt end det er tilfældet ved de resterende smertebehandlinger. Kun en beskedne gruppe (<20 %) fandt et psykologisk samtaleforløb, afslapningsteknikker og snak med pårørende mere end bare *lidt gavnligt*.



Figur 12: Deltagernes oplevede gavnlighed af de seks smerteinitiativer.

5.1.2 Inferential statistik

Præsentation af resultater opnået ved brug af inferential statistik vil tage udgangspunkt i de tidligere opstillede statistiske tests (se afsnit 4.1.4).

5.1.2.1 Holdningsspørgsmål

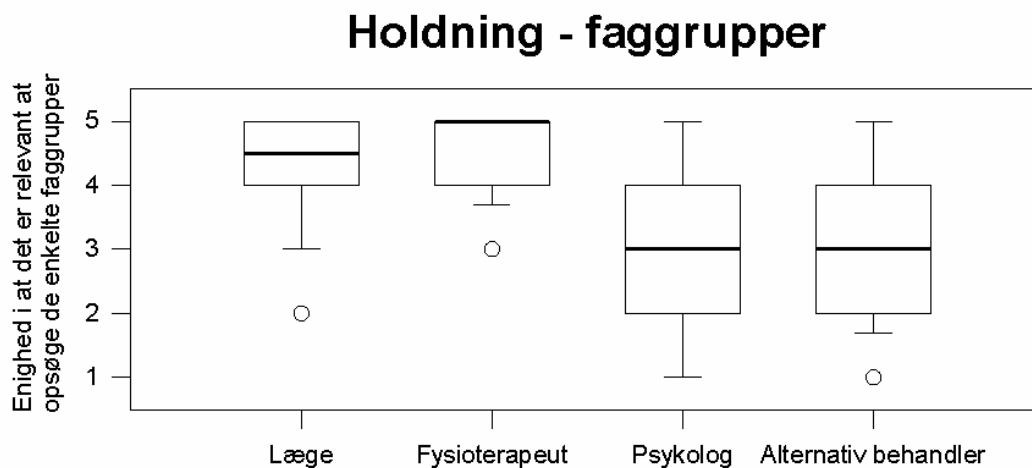
Test 1) Denne test har til formål at undersøge følgende nul-hypotese:

h_0 : Deltagerne finder det lige relevant at opsøge alle de udvalgte faggrupper/smerteinitiativer.

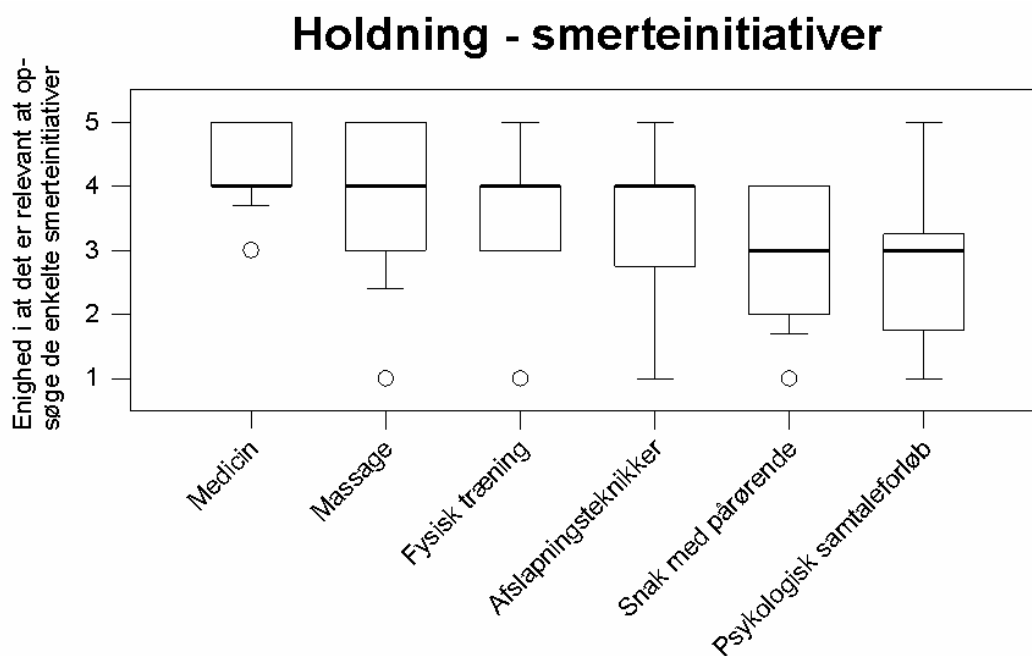
Som følge af de udførte statistiske analyser kan ovenstående nul-hypotese afvises i forhold til både faggrupper og smerteinitiativer.

Som angivet i figur 13 finder deltagerne det statistisk signifikant mere relevant at opsøge en læge og fysioterapeut sammenlignet med en psykolog og en alternativ behandler (SNK: $p < 0,05$). Som angivet i figur 14 finder deltagerne smertestillende medicin statistisk signifikant mere relevant end samtlige øvrige initiativer (SNK: $p < 0,05$). Massage og fysisk træning vurderes statistisk signifikant mere relevant end afslapningsteknikker, snak med pårørende og et psykologisk samtaleforløb (SNK:

$p < 0,05$). Endelig vurderes afslapningsteknikker af deltagerne statistisk signifikant mere relevant end snak med pårørende og et psykologisk samtaleforløb (SNK: $p < 0,05$), mens deltagerne vurdering af relevansen af de to sidstnævnte ikke er signifikant forskellig.



Figur 13: Deltagerne holdning til relevansen i at opsøge de udvalgte faggrupper. Relevansen er kvantificeret som grader af enighed i at det er relevant at opsøge den enkelte faggruppe med følgende angivelser: 1: meget uenig, 2: uenig, 3: hverken enig eller uenig, 4: enig og 5: meget enig.



Figur 14: Deltagerne holdning til relevansen i at anvende de udvalgte smerteinitiativer. Relevansen er kvantificeret som grader af enighed i at det er relevant at anvende det enkelte smerteinitiativ med følgende angivelser: 1: meget uenig, 2: uenig, 3: hverken enig eller uenig, 4: enig og 5: meget enig.

Test 2) Denne test har til formål at undersøge følgende nul-hypoteser:

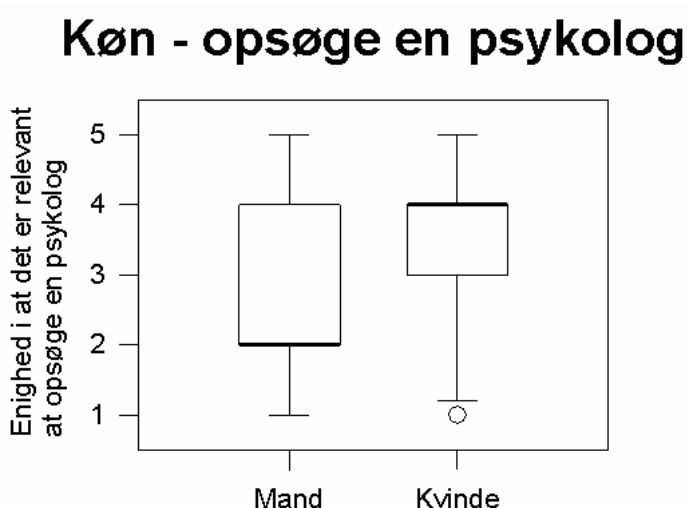
h_0 : mænd og kvinder finder det i samme grad relevant at opsøge en psykolog/indgå i et psykologisk samtaleforløb i forhold til smerte relateret til en rygmarvsskade.

h_0 : deltagere med forskellig uddannelsesniveau finder det i samme grad relevant at opsøge en psykolog/indgå i et psykologisk samtaleforløb i forhold til smerte relateret til en rygmarvsskade.

h_0 : grupper af deltagere opdelt i alderstrin á ti år finder det i samme grad relevant at opsøge en psykolog/indgå i et psykologisk samtaleforløb i forhold til smerte relateret til en rygmarvsskade.

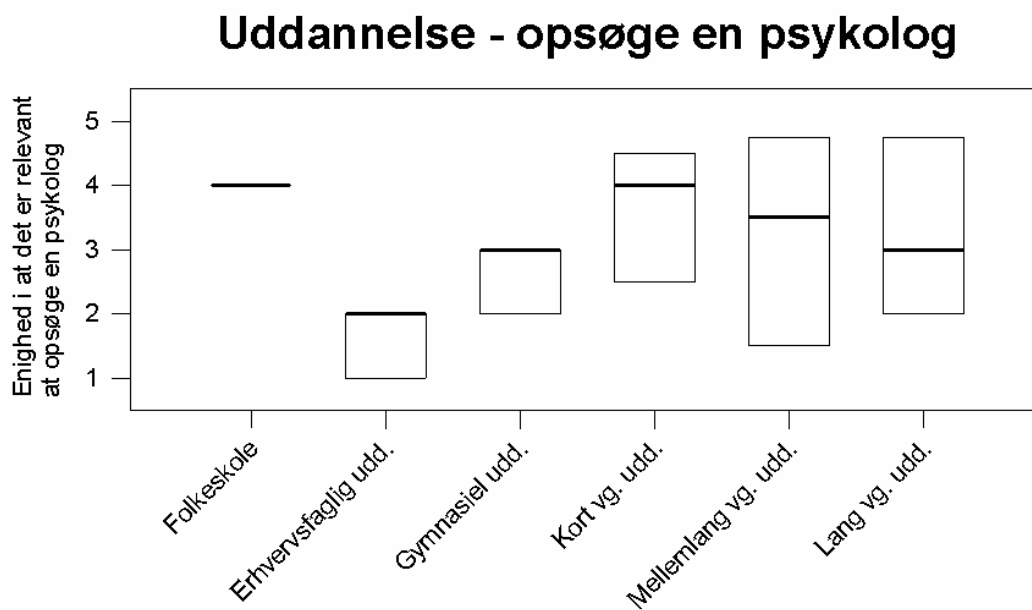
Ingen af disse nul-hypoteser kan afvises baseret på det indsamlede datasæt, hverken i forhold til at opsøge en psykolog eller indgå i et psykologisk samtaleforløb. Dog ses en række trends, som her vil blive præsenteret i forhold til deltagernes holdninger til at opsøge en psykolog.

Som illustreret i figur 15 forekommer der ingen statistisk signifikant forskel mellem mænd og kvinder i forhold til den rapporterede enighed i, at det er relevant at opsøge en psykolog. Dog ses en trend imod, at kvinder finder det mere relevant at opsøge en psykolog i forhold til smerter end mænd ($p = 0,105$). Det synes herigennem ikke utænkeligt, at et større sample vil muliggøre påvisning af en statistisk signifikant forskel.



Figur 15: Deltagernes holdning til relevansen i at opsøge en psykolog fordelt på køn. Relevansen er kvantificeret som grader af enighed i at det er relevant at opsøge en psykolog med følgende angivelser: 1: meget uenig, 2: uenig, 3: hverken enig eller uenig, 4: enig og 5: meget enig.

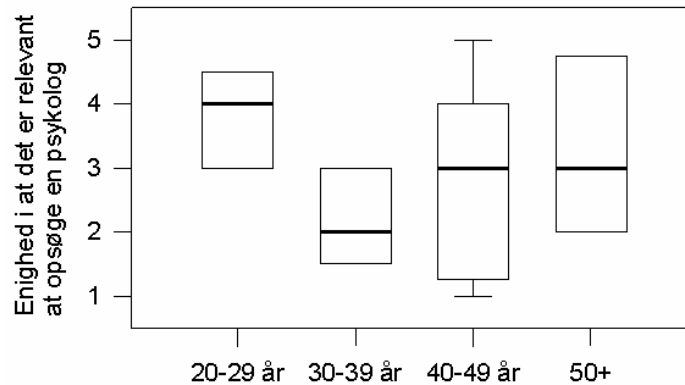
Ligeledes forekommer heller ingen signifikante forskelle i forhold til uddannelsesniveau, se figur 16. Dog ses også her en trend, i dette tilfælde, at deltagere med kortere uddannelser i mindre grad er enige i, at det er relevant at opsøge en psykolog end deltagere med længere uddannelser ($p = 0,169$). Bemærk at folkeskole-gruppen udgøres af én person og i denne forbindelse ikke bør tillægges nogen statistisk betydning. Også her synes et større sample at kunne udløse mere entydige svar.



Figur 16: Deltagernes holdning til relevansen i at opsøge en psykolog fordelt på uddannelsesniveau. Relevansen er kvantificeret som grader af enighed i at det er relevant at opsøge en psykolog med følgende angivelser: 1: meget uenig, 2: uenig, 3: hverken enig eller uenig, 4: enig og 5: meget enig. Vg. udd. er en forkortelse for *videregående uddannelse*.

Endelig ses heller ingen statistisk signifikante forskelle i forhold til alder. Figur 17 synes dog at give en vag indikation af, at den yngste aldersgruppe (20-29 år) finder det mere relevant at opsøge en psykolog end de resterende aldersgrupper ($p = 0,263$).

Alder - opsøge en psykolog



Figur 17: Deltagernes holdning til relevansen i at opsøge en psykolog fordelt på aldersgrupper. Relevansen er kvantificeret som grader af enighed i at det er relevant at opsøge en psykolog med følgende angivelser: 1: meget uenig, 2: uenig, 3: hverken enig eller uenig, 4: enig og 5: meget enig.

Lignende men vagere trends er observeret for deltagernes holdninger til at indgå i et psykologisk samtaleforløb i forhold smerter. Dog ses her ingen trend i forhold til køn.

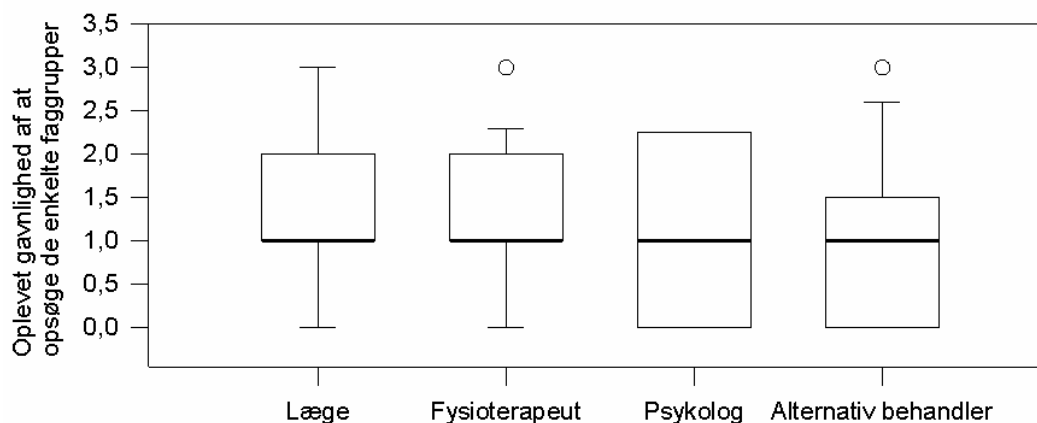
5.1.2.2 Handlingsspørgsmål

Test 3) Denne test har til formål at undersøge følgende nul-hypotese:

H_0 : Deltagerne finder det lige gavnligt at opsøge alle de udvalgte faggrupper/smerteinitiativer.

Som illustreret i figur 18 forekommer der ingen statistisk signifikante forskelle i forhold til deltagerne vurderede gavnlighed i forhold til de enkelte faggrupper. Medianværdien for alle fire faggrupper er identiske, værende 1 svarende til *lidt gavnligt*.

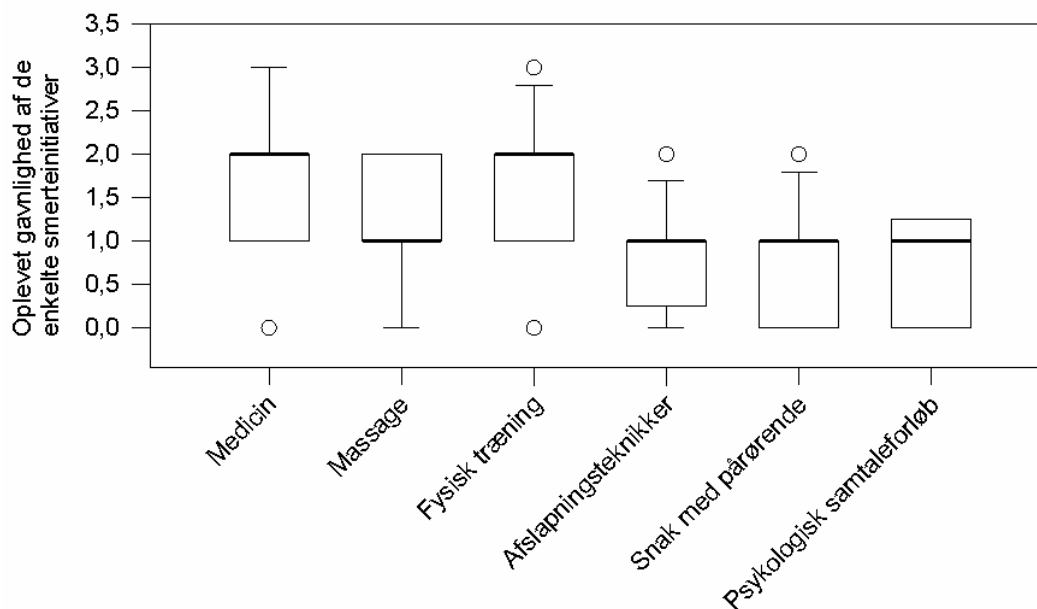
Oplevet gavnlighed - faggrupper



Figur 18: Deltagernes vurderede gavnlighed af at opsøge de enkelte faggrupper, kvantificeret ved følgende angivelser: 0: slet ikke gavnligt, 1: lidt gavnligt, 2: meget gavnligt og 3: ekstrem gavnligt.

I figur 19 ses det, at den vurderede gavnlighed af smertestillende medicin er statistisk signifikant større end afslapningsteknikker og snak med pårørende (SNK: $p < 0,05$). Ligeledes vurderes fysisk træning statistisk signifikant mere gavnligt end snak med pårørende (SNK: $p < 0,05$).

Oplevet gavnlighed - smerteinitiativer



Figur 19: Deltagernes vurderede gavnlighed af at anvende de enkelte smerteinitiativer, kvantificeret ved følgende angivelser: 0: slet ikke gavnligt, 1: lidt gavnligt, 2: meget gavnligt og 3: ekstrem gavnligt.

5.1.2.3 Forhold mellem holdning og handling

Forholdet mellem deltageres rapporterede holdninger og handlinger for henholdsvis en psykolog og det at indgå i et psykologisk samtaleforløb er afbilledet i figur 20.

Psykolog		Handling		
		1: Ja	2: Nej	Ialt
Holdning	A: Meget enig eller enig	5 (1-3)	5	10
	B: Meget uenig eller uenig	1 (0)	10	11
	C: Hverken enig eller uenig	1 (0)	4	5

Psykologisk samtaleforløb		Handling		
		1: Ja	2: Nej	Ialt
Holdning	D: Meget enig eller enig	4 (1-2)	2	6
	E: Meget uenig eller uenig	2 (0)	9	11
	F: Hverken enig eller uenig	0	9	9

Figur 20: Forhold mellem deltageres holdninger og handlinger i forhold til henholdsvis at opsøge en psykolog og indgå i et psykologisk samtaleforløb. Holdning angiver i hvilken grad deltagerne er enige i, at interventionen er relevant, mens handling angiver, hvorvidt interventionen er anvendt. Tallene i parentes angiver variationsbredden af deltageres vurderede gavnlighed, hvor 0 er slet ikke gavnligt, 1 er lidt gavnligt, 2 er meget gavnligt og 3 er ekstremt gavnligt.

Som det kan ses i figur 20 giver en forholdsvis stor gruppe udtryk for, at de er uenige eller meget uenige i relevansen i både at opsøge en psykolog (B) eller indgå i et psykologisk samtaleforløb (E). Idet man kigger på handlingsdelen for denne undergruppe opgiver størstedelen desuden, at de heller ikke har opsøgt en psykolog (B2) eller indgået i et psykologisk samtaleforløb (E2). Det er for denne gruppe interessant, at den ene person, som har opsøgt en psykolog (B1) og de to personer, som har indgået i et psykologisk samtaleforløb (E1) alle angiver, at de slet ikke fandt det gavnligt. Det er ikke muligt ud fra de opgivne informationer at vide, hvorvidt disse deltagere forud herfor havde en negativ holdning til psykologisk behandling eller om den negative holdning er et resultat af manglende oplevet gavnlighed af psykologisk behandling.

Omvendt ses et lignende forhold ved undergruppen, som både finder det at opsøge en psykolog (A1) eller det at indgå i et psykologisk samtaleforløb (D1) relevant og yderligere har opsøgt og anvendt disse. Den rapporterede gavnlighed ved denne undergruppe fordeler sig på følgende svarmuligheder: *ekstrem gavnligt*, *meget gavnligt* og *lidt gavnligt*. Heller ikke her er det muligt at vide om holdningen afspejler en positiv oplevet gavnlighed eller om disse deltagere besad en positiv holdning forud for de faktiske erfaringer.

Herigennem synes en sammenhæng mellem holdning og handling plausibel.

Test 4) Denne test har til formål at undersøge følgende nul-hypotese:

h_0 : Der er ingen sammenhæng mellem deltagernes holdninger og handlinger i forhold til at opsøge en psykolog/indgå i et psykologisk samtaleforløb.

Der forekommer en statistisk signifikant sammenhæng mellem deltagernes holdninger og handlinger i forhold til at indgå i et psykologisk samtaleforløb ($p = 0,01$), hvilket ikke har været muligt at påvise i forhold til at opsøge en psykolog ($p = 0,11$).

Yderligere er det interessant, at se, at en lille gruppe erklærer sig enige eller meget enige i relevansen i at opsøge en psykolog (A2) eller at indgå i et psykologisk samtaleforløb (D2), hvor det dog kan ses, at de ikke selv har opsøgt en psykolog eller psykologisk behandling. Det vurderes vigtigt, at personer, som tilhører denne gruppe, det vil sige personer, som i forvejen er positiv stemt omkring psykologisk intervention, får tilbud herom. Det fremgår dog ikke ud fra besvarelserne, hvorvidt disse personer har fået tilbud omkring at mødes med en psykolog.

Som det kan ses giver en relativ stor gruppe udtryk for at være hverken enige eller uenige i relevansen i at opsøge en psykolog (C) eller indgå i et psykologisk samtaleforløb (F), hvor det yderligere kan ses, at alle i denne gruppe, på nær én person, ikke har opsøgt hverken en psykolog (C1) eller et psykologisk samtaleforløb (F1). Hvad der ligger til grund herfor er ikke muligt at aflæse ud fra spørgeskemabesvarelserne.

5.2 Kvalitative resultater

Interviewrekruttering via www.ryk.dk resulterede ikke nogen brugbare henvendelser. Forholdsvis sent i forløbet er der gennem Paraplegifunktionen i Viborg rekrutteret to interviewdeltagere.

Indledningsvist vil de to informanter kort blive beskrevet i forhold til skadesforløb og erfaringer med psykologisk smertebehandling (se bilag G og bilag H for de komplette interviewtransskriberinger). Informanterne vil blive henvist til som informant 1 og informant 2.

5.2.1 Kort præsentation af informanter

Informant 1 er en kvinde på 48 år, som i dag arbejder i et flex-job ved kommunen. Inden rygmarvsskaden arbejdede informant 1 som skolelærer, hvilket ikke var muligt for hende at varetage efter skaden. Årsagen til informant 1's rygmarvsskade menes at være en blodprop for omkring tre år siden, dog har det ikke været muligt at påvise dette med sikkerhed. Hun nævner selv, at hun i en periode førend skadens opståen led af voldsom stress og at hun har scleroselignende symptomer (linje 24-29). Skaden er placeret omkring sjette og syvende ryghvirvel i brystniveau (T6-T7). Som følge af skaden har informanten mistet sin følesans og temperaturfølelse, hun har dog gennem træning genvundet sin førlighed, hvor hun dog i dag oplever nogle balanceproblemer.

I forhold til psykologisk intervention mod smerter har informant 1 selv opsøgt en lokal kognitiv terapeut, hvilket dog hurtigt blev afbrudt grundet manglende oplevet udbytte. Derudover har informanten taget del i omkring fem til seks individuelle sessioner med en psykolog ved Paraplegifunktionen i Viborg, hvilket ikke kunne forlænges. På nuværende tidspunkt tager informant 1 del i et længere forløb på en smerteklinik, som ligeledes inkluderer et smertehåndteringskursus på gruppeniveau ved en tilknyttet psykolog.

Informant 2 er en 48-årig mand, som er uddannet kemiingeniør. Hans rygmarvsskade er lokaliseret i ryghvirvlen C7 i nakken og er opstået som følge af en skiulykke for omkring to et halvt år siden, hvor han øjeblikkeligt blev lam fra brystet og ned. Informant 2 har dog genvundet meget af sin førlighed. Han beskriver, at hans højre side har taget mest skade, hvor musklerne er meget reducerede og han har problemer

med at styre højre ben. Han har i dag støtter om benet og bruger stok, dog kun til kortere distancer, idet han går med besvær. Informant 2 varetager i dag en fuldtidsstilling.

Informant 2's erfaringer med psykologisk smertebehandling dækker over individuelle samtaler med en psykolog under sit rehabiliteringsforløb på Paraplegifunktionen i Viborg. Dette på opfordring af en af afdelingens sygeplejersker. Forløbet blev af praktiske årsager afbrudt og senere genoptaget med en ny psykolog, hvorfor informanten beskriver forløbet som lidt "kaotisk" (inf.2, linje 447).

5.2.2 Præsentation af identificerede temaer

På baggrund af IPA' analysestadier (se afsnit 4.2.7.2) er følgende temaer identificeret: *oplevelsen af smerter, erfaringer med smertebehandlinger, accept, kontrol, smertehåndteringsværktøjer* og endelig *søgen efter svar*. Disse vil i det følgende blive præsenteret ved inddragelse af relevante citater.

5.2.2.1 Oplevelsen af smerter

Fælles for de to informanter er, at de begge, som følge af deres skader, lider af neurogene smerter, hvortil informant 2 desuden oplever smerter i lænden som følge af gang med stok (inf.2, linje 41). Det er tydeligt ud fra informanternes beskrivelser af deres smerter, at disse udgør et meget forstyrrende og belastende element: "*Men altså de her forbandede neurogene smerter som, det er lige meget om man sidder ned eller om man ligger ned, altså hvor man ikke har behov for at gå, men at man får de her smerter hele tiden, der er ikke et lille øjeblik hvor man får lov til at glemme dem faktisk, det er sådan set det værste ved det hele.*" (inf.2, linje 25-28). Gennem informantens yderligere beskrivelser af smerternes påvirkning, synes smerterne nærmest at være af mere belastende karakter end de motoriske følgevirkninger af rygmarskaden: "*(...) det at man har motoriske problemer det betyder jo ikke noget når man ellers sidder ved et skrivebord og passer sit arbejde eller sidder ved et bord og spiser ik. Så er det jo lige meget at man ikke kan gå men det her det er her bare hele tiden.*" (inf.2, linje 119-122). Smerterne opstod hos begge informanter måneder efter rygmarskaden, hvor smerternes opståen fremstår tydeligt for begge informanter. "*Jeg husker det meget tydeligt hen over en weekend. Lige pludselig havde jeg bare sådan*

ondt.” (inf.1, linje 135-136) (Se evt. inf.2, linje 73-80). Det er klart illustreret, at den pludselige tilstedeværelse af smerter udløste stærke bekymringer for informanterne, herunder hvorvidt smerterne vil vare ved resten af livet (inf.2, linje 115-118). Informant 1 giver desuden udtryk for desperation og angst knyttet hertil: ”*Jamen jeg blev helt desperat fordi jeg tænkte det her kan jeg simpelthen ikke holde ud (...) så det der påvirkede mig meget. Jeg blev rigtig bange.*” (inf.1, linje 144-149).

5.2.2.2 Erfaringer med smertebehandlinger

Som følge af smerternes belastende karakter beskriver informanterne, hvorledes de begge har afprøvet forskellige smertestillende medikamenter og afprøvet forskellige medicindoseringer for at opnå smertelindring (inf.1, linje 1335-1336 + 1568-1577, inf.2 linje 432-433). Derudover har informant 2 forsøgt sig med akupunktur uden positive resultater (inf.2, linje 366) og dyrker regelmæssig træning, hvilket medvirker til en form for kropsligt velbehag (inf.2, linje 536-537), mens informant 1 dyrker pilates og har et individuelt forløb med en fysioterapeut indeholdende blandt andet udstræknings- og vejrtrækningsøvelser (inf.1, 552 + 555-558). Fælles for informanterne er derudover, at de begge har erfaringer med psykologisk intervention mod smerter, dog i form af forskellige forløb og med forskellige oplevede udfald. Informant 2 oplever ikke, at han har opnået positive resultater som følge af psykologisk intervention (inf.2, linje 227). Han pointerer dog, at dette manglende oplevede udbytte kan skyldes forløbets lidt kaotiske karakter (inf.2, linje 235-241). Med undtagelse af det korte forløb, hos en lokal kognitiv terapeut, har informant 1 haft positive erfaringer med psykologisk smertebehandling, herunder både tilegnelsen af konkrete teknikker til smertehåndtering og en mulighed for i en professionel sammenhæng at få afløb for bekymringer knyttet til smerterne og rygmarvsskaden (inf.1, linje 484-487 + 668-669).

5.2.2.3 Accept

Et element, som fremhæves af begge informanter som værende yderst centralt i forhold til deres smertehåndtering, er en accept af, at smerterne nu er en del af dem: ”*(...) jeg har lært at acceptere at det her skal så være en del af mig (...)*” (inf.2, linje 305-306). Informant 1 fremlægger, at det psykologiske gruppeforløb har udgjort en

central rolle i hendes erkendelsesproces, hvor hun tidligere jagtede helbredelse og smertelindring (inf.1, linje 655-657), er hun nu ved hjælp fra en psykolog kommet nærmere en accept af tingenes tilstand: ”(...) altså igen gennem psykologens meget direkte måde at, jamen de er der og du skal leve med dem, du kan ikke løbe fra dem, du skal leve med dem og du kan lige så godt indse at jo før du indser det jo bedre er det.” (inf.1, linje 731-734). (Se evt. inf.1, linje 760-762 + 801-802 + 972-976). Som det fremlægges af informanten har denne accept været nødvendig førend det var muligt at fokusere på mere konkrete smertehåndteringsværktøjer: ”(...) jo før du selv erkender at sådan er det bare, de er i din taske altid i din rygsæk, jo nemmere kan det blive at leve med dem fordi så er det vi kan gå i gang med de der mestringsstrategier og metoder (...)” (inf.1, linje 735-738).

Informant 2 fremhæver ligeledes accept som havende en central betydning for, at smerterne nu fylder mindre i hverdagen – en accept informanten ikke ser som et resultat af samtaler med en psykolog (inf.2, linje 304-306). På trods af, at informant 2 ikke personligt har haft et udbytterigt psykologisk forløb, fremsætter han dog en formodning om, at en accept af smerterne potentielt vil kunne opnås hurtigere via et psykologisk forløb: ”(...) jeg tror nok at man ved at arbejde med sin psyke kan komme hurtigere frem til det punkt der, hvor man, smerten måske fylder mindre om man måske hurtigere kan komme frem til det der med også at acceptere at smerterne er en del af en ik.” (inf.2, linje 488-491) (Se evt. linje 656-658). Udover en potentiel hurtigere erkendelsesproces har informanten desuden en formodning om, at man gennem psykologisk behandling kan blive bedre til at acceptere smerterne (inf..2, linje 493-4934).

Begge informanter understreger yderligere tiden som en vigtig faktor i denne erkendelsesproces: ”(...) det har også været tiden jo ik altså jeg tror simpelthen at sådan en voldsom ændring i ens liv det tager tid før man øh før man lærer og accepterer det.” (inf.2, linje 326-328). Tidens nødvendighed kan ligeledes anskues ud fra informant 1, som på baggrund af rygmarvsskaden og de dertilhørende smerter føler sig som et nyt menneske: ”(...) være et helt andet menneske. Ny selvforståelse. En ny, jeg synes næsten at få en ny identitet.” (inf.1, linje 229-230).

5.2.2.4 Kontrol

Idet informant 1 udspørges omkring smertehåndteringsteknikker, fremhæver informanten det at have kontrol – at være styrende, hvilket har været et tema i både det individuelle forløb og gruppeforløbet: ”(...) *det er mig, der skal styre det, det må ikke være smerterne eller sygdommen eller eller mismodet, der styrer mig.*” (inf.1, linje 881-882) (Se evt. inf.1, linje 1379-1380 + 1427-1429). Som en måde at håndhæve denne kontrol beskriver informanten, hvordan hun søger at skemalægge og styre sin dag med nødvendige indlagte pauser (inf.1, linje 884-887 + 906-907). Gennem informantens beskrivelser ses den vigtighed kontrollen tillægges, da denne for informanten er medvirkende til at: ”(...) *leve et nogenlunde normalt ordentligt liv (...)*” (inf.1, linje 1437). Herunder fremhæves arbejde, velfungerende sociale relationer og først og fremmest en velfungerende familie, hvilket er elementer informanten tillægger høj værdi (inf.1, linje 1438-1445). Yderligere mener informanten, at kontrollen er med til at gøre et liv med smerter udholdelig, hvor hun før ikke kunne være i sin egen krop (inf.1., linje 1422-1429). Informanten giver dog udtryk for, at hendes kontrol over smerterne til tider opleves skrøbelig, hvor hun fortsat fremsætter et ønske om hjælp til styring i form af eksempelvis en psykolog: ”*Jeg bilder mig selv ind at det er mig der styrer men jeg kan godt mærke nogle gange at det gør jeg ikke. Men sådan som værktøj er jeg nødt til at sige at det er mig der styrer.*” (inf.1, linje 1635-1637)

5.2.2.5 Smertehåndteringsværktøjer

Et, af informant 2, efterspurgt element i forhold til det psykologiske forløb synes at være konkrete værktøjer til smertehåndtering: ”(...) *jeg savnede at jeg fik nogle værktøjer jeg kunne bruge noget af, det blev mere til en masse spørgsmål og jeg kunne bare ikke mærke hvor det skulle...*” (inf.2, linje 441-443) (Se evt. linje 285-288). Det pointeres dog af informanten, at følelsen af de manglende værktøjer kan skyldes det lidt kaotiske forløb (inf.2, linje 447-448). Informant 1 giver ligeledes udtryk for en forventning om tilegnelsen af smertehåndteringsværktøjer som følge af et psykologforløb (inf.1, linje 620-628). Til forskel fra informant 2 giver informant 1 udtryk for, at hun gennem psykologisk intervention har opnået kendskab til flere konkrete teknikker: ”*Vi har snakket sådan noget som energi-regnskaber, hvad er det der tapper energien, hvad er det der fylder på ik. Og vi har snakket om smertegrænsen og*

loft for hvornår man må gå over. Vi havde på et tidspunkt noget der hed et guldkort, hvornår bruger man et guldkort (...)" (inf.1, linje 338-341). Informanten beskriver yderligere, at de i gruppeøjemed blandt andet har fokuseret på, hvorledes man kan arbejde med bekymringstanker, hvilket synes at have stor værdi for informanten, idet hun giver udtryk for stadig mange bekymringer for fremtiden: *"(...) jeg bliver tit meget bekymret (...) det har jeg også fået besked på, at det skal jeg ik altså spekulere på, man skal styre sine bekymringstanker."* (inf.1, linje 979-985). Centrale komponenter ved det gruppeforløb, informant 1 har taget del i, synes desuden at være parøvelser og hjemmearbejde, hvilket informanten føler er med til at gøre hende klogere på sin egen situation (inf.1, linje 323-331).

Endelig giver informanten udtryk for, at et element ved gruppeforløbet, som hun har taget til sig, er kommunikation, herunder assertiv kommunikation (inf.1, linje 319-323 + 1071-1085). Hvorledes man som smertepatient i fyldestgørende grad kommunikerer sin tilstand videre til pårørende synes have stor betydning for informant 1, hvor hun efterspørger, at pårørende i højere grad involveres i et smertehåndteringsforløb: *"Men jeg tror det er vigtigt at have omgivelserne måske de allernærmeste pårørende med, i hvert fald i noget af det. Især der hvor man afdækker hvad er det og være en kronisk smertepatient."* (inf.1, linje 1207-1209). Informant 1 giver desuden udtryk for en oplevet gavnlighed ved vejrtræknings- og afspændingsøvelser, hvilket dog er tilegnet gennem fysioterapeutisk træning (inf.1, linje 1113-1122).

5.2.2.6 Søgen efter svar

Begge informanter giver udtryk for, at de som følge af smerternes tilstedeværelse, har været søgende efter svar. I forhold til informant 1 har denne søgen blandt andet været centreret omkring professionel hjælp til håndtering af smerterne samt en normalisering af egne reaktioner: *"(...) jeg havde brug for igen det der struktur og mønster for handlinger mønster for reaktioner for og vide at de reaktioner jeg havde ikke var helt unormale."* (inf.1, linje 392-394). Nogle af disse svar har informanten fundet som følge af psykologisk intervention, hvor hun finder glæde i fremlæggelse af relevant teori: *"(...) men der har været stof på hver gang, både teoretisk udredning af hvordan er det man har det som sådan nogen som os, men også de der værktøjer, vi sådan får, ja. Det har været rigtig, og der er rigtig godt."* (inf.1, linje 1148-1150). Informant 2 giver ligeledes udtryk for en søgen centret omkring at finde løsningsmo-

deller og værktøjer i forhold til smerterne, hvilket efter eget udsagn kan skyldes hans naturvidenskabelige tankegang (inf.2, linje 201-207). Gennem psykologiske samtaler oplever informant 2 ikke at have fået de efterlyste svar. Han giver således udtryk for, at han især i overgangsfasen efter rehabiliteringsforløbet følte sig alene, hvor der yderligere lægges vægt på den manglende ekspertisehjælp i lokalområdet: ”*Så man føler lidt at man er overladt til sig selv og man har en eller anden ja ide eller hvordan skal jeg udtrykke mig er der et eller andet derude som jeg misser (...)*” (inf.2, linje 400-402). (Se evt. linje 384-389). Følelsen af at være alene oplevedes ligeledes af informant 1 efter afslutningen af psykologforløbet ved Paraplegifunktionen – informanten var ikke indlagt, mens hun modtog psykologhjælp (inf.1, linje 377-382). Foranlediget af følelsen af at være alene har informant 2 været aktiv søgende på danske og amerikanske hjemmesider og forums med henblik på at opnå viden omkring andre rygmærsskadedes erfaringer i forhold til smertehåndtering (inf.2, linje 400-403). Som følge af denne søgen er informanten dog nået til følgende konklusion: ”*(...) de sidder alle sammen med de samme problemer vil jeg sige (...)*” (inf.2, linje 362). I forlængelse heraf har informant 1 gennem det psykologiske gruppeforløb haft berøring med andre kroniske smertepatienter, som dog i dette tilfælde ikke inkluderer rygmærsskadede. Hun giver i denne forbindelse udtryk for en oplevet nytteværdi i forhold til muligheden for sammenligning og erfaringsudveksling med andre smertepatienter, hvilket ikke er muligt i hverdagen: ”*(...) men altså der er andre der har der lige sådan, for det er der jo ikke i min hverdag.*” (inf.1, linje 446-447).

6. Diskussion

I følgende afsnit vil resultater af henholdsvis spørgeskema- og interviewundersøgelsen blive diskuteret. Dette vil indledende være individuelle diskussioner af henholdsvis kvantitative og kvalitative resultater, hvorefter der vil være en integreret diskussion.

6.1 Diskussion af kvantitative data

I de følgende underafsnit diskuteres centrale aspekter relateret til resultater fra spørgeskemaundersøgelsen.

6.1.1 Overordnet anvendelsesfrekvens

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at mange deltagere har prøvet flere forskellige behandlingsformer med henblik på smertelindring. Dette er i overensstemmelse med resultater fra tidligere studier, hvor det ligeledes ses, at rygmarsvpatienter forsøger sig med talrige former for smertebehandlinger (Cardenas & Jensen, 2006; Widerström-Noga & Turk, 2003 & Warms et al., 2002). De mest op søgte faggrupper i dette studie er fysioterapeut og læge, hvor de mest anvendte smerteinitiativer er smertestillende medicin og massage. Lignende studier foretaget på samme patientgruppe rapporterer de hyppigst anvendte behandlinger som værende: medicin og fysioterapi (Warms et al., 2002), medicin og massage (Widerström-Noga & Turk, 2003) samt medicin og fysisk træning (Cardenas & Jensen, 2006). Der synes at være en overordnet konsensus om, at smertestillende medicin er det hyppigst anvendte smerteinitiativ i forhold til patientgruppen, mens både fysioterapi, massage og fysisk træning synes ofte anvendt, idet der også i aktuelle studie forekommer en høj anvendelsesrate af fysisk træning.

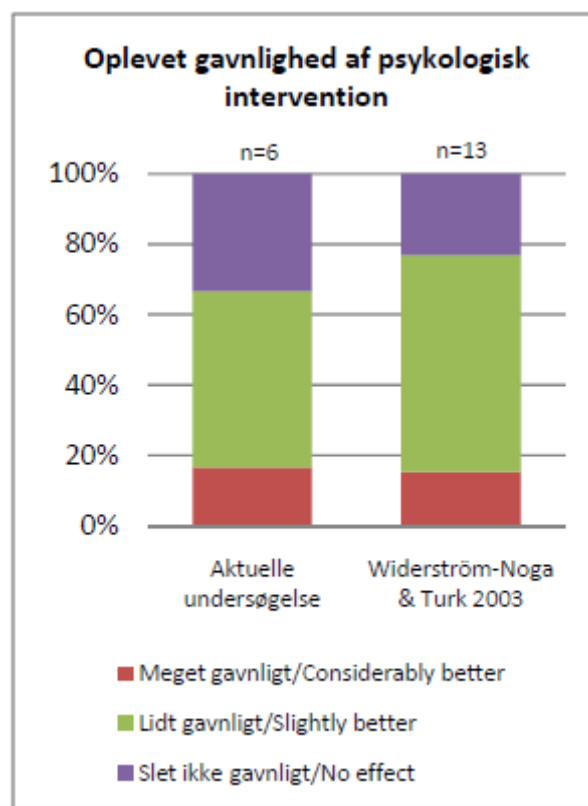
6.1.2 Oplevet gavnlighed

På trods af anvendelse af et vidt spektrum af smertebehandlinger indikerer resultaterne af denne spørgeskemaundersøgelse, at smerte er et vedvarende og centralt problem, hvor de fleste deltagere rapporterer at opleve smerter enten hver dag eller konstant. Deltagernes smerter synes herigennem ikke eliminerede gennem de anvendte

smertebehandlinger. Eksempelvis kan det i forhold til deltagernes oplevede gavnlighed ses, at de fire faggrupper vurderes til samme medianværdi værende kun *lidt gavnligt*. I forhold til de udvalgte smerteinitiativer må smertestillende medicin og fysisk træning ses som de meste gavnlige initiativer, idet disse begge vurderes statistisk signifikant mere gavnlige end snak med pårørende, hvor smertestillende medicin yderligere vurderes statistisk signifikant mere gavnligt end afslapningsteknikker. Desuden har både smertestillende medicin og fysisk træning opnået en medianværdi svarende til *meget gavnligt*, hvor de resterende smerteinitiativers medianværdi kun svarer til *lidt gavnligt*. Herigennem ses det, at disse to smerteinitiativer overordnet har affødt de mest positive resultater i forhold til smertelindring i dette studie. Dette resultat er i overensstemmelse med litteraturen, hvor studier har vist, at medicin, fysioterapi og fysisk træning af patientgruppen er vurderet mest gavnlige, mens psykologisk intervention er rapporteret som værende et af de mindst gavnlige initiativer (Cardenas & Jensen, 2006; Warms et al., 2002). Widerström-Noga & Turk (2003) har desuden angivet en mere nuanceret rapportering af rygmarspatienters oplevede gavnlighed af udvalgte smertebehandlinger inklusiv psykologisk intervention. Deltagernes vurderede gavnlighed blev i denne nævnte

spørgeskemaundersøgelse inddelt i fem kategorier værende: *værre*, *ingen effekt*, *lille forbedring*, *betydelig forbedring* samt *smertefri*. Denne opdeling afspejler i væsentlig grad den Likert-skala, der er anvendt i aktuelle studie. Fordelingen af deltagerens vurderede gavnlighed i forhold til psykologisk intervention (at indgå i et psykologisk samtaleforløb), er da også stort set identisk de to studier imellem (se figur 21)

(Widerström-Noga & Turk, 2002).



Figur 21: Sammenligning af oplevet gavnlighed af psykologisk intervention rapporteret i dette studie og af Widerström-Noga & Turk (2003).

Baseret på aktuelle studie synes smerteinitiativerne medicin og fysisk træning umiddelbart at kunne afføde lindring i forhold til patienternes smerter, men ikke en fjernelse heraf, hvilket er en iagttagelse allerede rapporteret i litteraturen (Siddall, 2009; Cardenas & Jensen, 2006; Ginis et al., 2003). Det synes derfor relevant i behandlingen af smerter hos rygmarsvpatienter at inddrage adskillige interventionsformer, således at disse kan supplere hinanden i forhold til at opnå optimal smertelindring.

6.1.3 Anvendelse af og holdninger til psykologisk intervention

I overensstemmelse med tidligere udførte studier ses anvendelsesraten for psykologisk behandling i dette studie som værende forholdsvis lav. I dette studie har under 30 % opsøgt en psykolog og omkring 25 % har indgået i et psykologisk samtaleforløb. Faktisk udgør psykologen i dette studie den faggruppe, som er opsøgt af færrest deltager og ligeledes udgør et psykologisk samtaleforløb det smerteinitiativ, der er anvendt af færrest deltagere. Lignende studier med fokus på rygmarsvpatienters anvendelse af smertebehandlinger har vist, at mindre end 25 % (Cardenas & Jensen, 2006; Warmes et al., 2002) og mindre end 10 % (Widerström-Noga & Turk, 2003) af deltagerne, der oplevede smerter, havde modtaget psykologisk intervention.

I aktuelle studie vurderes en læge og fysioterapeut af deltagerne statistisk signifikant mere relevant end at opsøge en psykolog. Ligeledes ses det, at det at indgå i et psykologisk samtaleforløb af deltagerne vurderes statistisk signifikant mindre relevant end samtlige øvrige smerteinitiativer med undtagelse af snak med pårørende. En mistanke om, at et udsnit af patientgruppen finder psykologisk smerteintervention uvæsentlig, synes herigennem underbygget, idet en statistisk signifikant sammenhæng mellem deltagerne holdninger og handlinger desuden kunne påvises i forhold til at indgå i et psykologisk samtaleforløb. I forlængelse heraf ses det, at omkring en tredjedel af deltagerne erklærer sig *hverken enig eller uenig* i, at det er relevant at indgå i et psykologisk samtaleforløb, hvilket kan tyde på en generel manglende stillingtagen i forhold til psykologisk intervention mod smerter. Det er ikke muligt ud fra spørgeskemabesvarelserne at udlede årsagerne til deltagerne forholdsvis lave tilslutning til psykologisk smertebehandling, dog synes det at være relevant at opnå indsigt i, hvilke faktorer der influerer rygmarsvpatienters holdninger til psykologisk smertebehandling og den lave anvendelsesrate. Paraplegifunktionen i Viborg tilbyder indlagte patienter samtaler med en psykolog som del af afdelingens rehabiliterings-

forløb. Efter udskrivelse synes miljømæssige barrierer, eksempelvis i form af transportproblemer og manglende specialister i lokalområdet, dog at være potentielle årsager til lav anvendelsesrate for psykologisk terapi eller rådgivning i forhold til smerter (Ehde & Jensen, 2007). I henhold hertil er det relevant at have in mente, at blandt andet neuropatiske smerter kan være forsinket med op til flere måneder efter skadens opståen (Baastrup & Finnerup, 2008), hvorfor behovet for behandling af smerter, herunder ligeledes psykologisk behandling, ofte først kan blive aktuelt for patienten forholdsvis sent i rehabiliteringsforløbet eller efter udskrivelse. Dog synes problematikken vedrørende deltagernes rapporterede holdninger til relevansen af henholdsvis at opsøge en psykolog og at indgå i et psykologisk samtaleforløb central. I denne forbindelse ses det yderligere, at ud af de deltagere, som har erklæret sig *uenige* eller *meget uenige* i relevansen i at opsøge henholdsvis en psykolog og et psykologisk samtaleforløb, har kun et meget lille udsnit (værende tre i alt) gjort brug af disse tiltag. En plausibel årsag til manglende rapporteret relevans af psykologisk smertebehandling kan være et dominerende biomedicinsk perspektiv på smerter hos deltagerne, hvor det psykiske anses som uvæsentlig eller ikke agtes, hvormed det at opsøge en psykolog kan udgøre en opfattet stigmatisering i patienternes øjne (Ehde & Jensen, 2007). Et tiltag kunne derfor være i højere grad at undervise rygmarvsskadede i smerters kompleksitet, herunder den biopsykosociale model. Anerkendelse af en sådan model synes at være et centralt element med henblik på at skabe et miljø, der indbefatter en langsigtet selv-håndtering af smerter fra patientens side. Et sådant tiltag kunne overfor patienterne understrege, at inddragelse af psykologisk intervention ikke betyder, at den fysiske smerte underkendes, men at fokus i stedet er optimering af coping hermed (ibid.; Umlauf, 1992). I forlængelse heraf bør det understreges, at psykologisk smerteintervention ikke må betragtes som en sidste behandlingsmulighed i forhold til rygmarvsskadedes smerteproblematik, når farmakologiske tiltag er udtømt, idet det vurderes, at både den akutte og subakutte fase er vigtige i forhold til præventiv intervention, som ligeledes synes at inkludere psykologisk intervention (Cardenas & Felix, 2009; Ehde & Jensen, 2007).

Det har ikke været muligt at bekræfte, hvorvidt visse undergrupper af rygmarvsskadede i særlig høj grad opsøger en psykolog, hvor der i dette studie er blevet testet for forskelle i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. En sådan viden synes relevant, idet oplysning omkring psykologisk behandling i højere grad kan tilpasses

modtageren med henblik at øge anvendelsesfrekvensen heraf. De vage statistiske resultater kan dog skyldes studiets lave deltagerantal, hvilket må anses som værende en overordnet central begrænsning ved aktuelle studie. Et højere deltagerantal vil potentielt kunne muliggøre påvisning af statistisk signifikante forskelle og yderligere muliggøre anvendelse af mere avancerede statistiske analyser, eksempelvis i form af en regressionsanalyse af deltagernes tendens til at opsøge en psykolog ud fra køn, alder og uddannelse.

6.1.4 Tværfagligt perspektiv på smertebehandling

På trods af, at holdninger til de udvalgte faggrupper og smerteinitiativer samt deltagernes vurderede gavnlighed heraf er blevet sammenlignet i dette studie, er hensigten ikke at argumentere for, at visse af behandlingsformerne er irrelevante og derfor ikke bør tilbydes patientgruppen. Derimod vurderes det yderst centralt i forhold til rygmarsvpatienter, som oplever smerter, at der arbejdes tværfagligt for herigennem at komme omkring så mange aspekter ved smerteproblematikken som muligt. Således kan psykologisk behandling af smerter ikke stå alene, da smerter i udgangspunktet har et fysisk grundlag. Dog synes psykologisk intervention mod smerter at være et yderst relevant supplement, idet denne interventionsform kan bidrage til en bearbejdning af potentielle psykiske reaktioner som følge af smerternes tilstedeværelse i professionelle rammer. Ligesom et fokus på forbedring af copingstrategier synes relevant, da en kronisk smertetilstand er ensbetydende med, at patienten skal lære at cope med smerterne livet igennem. (Jensen, 2003; Frølich, 2003 Widerström-Noga et al., 2009)

6.1.5 Psykolog eller et psykologisk samtaleforløb

Flere forskelle kan observeres i svarerne angivet i forhold til relevansen i henholdsvis at opsøge en psykolog og at indgå i et psykologisk samtaleforløb. Eksempelvis erklærer flere sig enige i relevansen i at opsøge en psykolog sammenlignet med et psykologisk samtaleforløb. Yderligere har spørgsmålet omkring relevansen i at indgå i et psykologisk samtaleforløb affødt flere besvarelser i *hverken enig eller uenig*-kategorien end det tilsvarende spørgsmål omkring det at opsøge en psykolog. Denne forskellighed i de rapporterede besvarelser kan skyldes spørgsmålenes forskellige

ordlyd, som har været henholdsvis: ”*En psykolog er relevant at opsøge, hvis man har smerter relateret til en rygmærskade.*” og ”*Et psykologisk samtaleforløb kan være med til at reducere smerter relateret til en rygmærskade.*”, hvor der i sidstnævnte spørgsmål er fokus på, hvorvidt en smertereduktion kan opnås gennem psykologisk intervention. Det er plausibelt, at forskelle i deltagerne svar i forhold til disse to spørgsmål skyldes, at deltagerne forbinder samtaler med en psykolog med andre nyttige udfald end decideret smertereduktion. Eksempelvis i form af at få afløb for tanker, sorger og bekymringer knyttet til udsigterne om en kronisk smertetilstand (Frølich, 2003, Ehde & Jensen, 2007). Behovet for at snakke med andre omkring tilstedeværelsen af smerter synes bekræftet, idet >80 % af deltagerne angiver at have snakket med deres pårørende om smerter, på trods af, at gavnligheden heraf kun vurderes til en medianværdi svarende til *lidt gavnligt*.

6.2 Diskussion af kvalitative data

På trods af forskellige erfaringer med psykologisk intervention giver begge informanter udtryk for, at de finder psykologisk intervention mod smerter relevant (inf.1, linje 1505-1509, inf.2, linje 488-494 + 517-520). Med udgangspunkt heri vil det primære omdrejningspunkt for diskussionen være, hvorledes rygmærspatienter med hertil relaterede smerter potentielt kan drage nytte af psykologisk intervention. Idet informant 2 dog giver udtryk for manglende oplevede positive resultater, vil diskussionen ligeledes berøre ønsker og efterspørgsler fremstillet af informanterne til psykologisk smerteintervention.

6.2.1 Udvikling af adaptive copingstrategier

Tilegnelse af konkrete værktøjer synes at være et efterspurgt element i forhold til psykologisk intervention, idet begge informanter har haft en forventning om at tilegne sig værktøjer til smertehåndtering (se afsnit 5.2.2.5). I denne forbindelse ses det, at informant 2 ikke har oplevet at få konkrete værktøjer som følge af psykologisk terapi, hvilket adskiller sig fra informant 1, som gennem interviewet giver udtryk for at have arbejdet med og draget nytte af flere forskellige teknikker. I forhold til informant 2 kan det ikke udelukkes, at et fokus for de psykologiske samtaler har været

emner såsom ændringer af maladaptive tanker knyttet til smerterne, hvilket informanten dog ikke har oplevet som konkrete værktøjer.

Med udgangspunkt i beskrivelser af informant 1 synes en række teknikker, tillært ved psykologisk intervention mod smerter, at have en oplevet nytteværdi. Idet informanten på interviewtidspunktet dog stadig var aktiv deltagende i et gruppeforløb er det problematisk at vurdere, i hvilket omfang teknikker tillært på dette kursus, succesfuldt vil blive inkorporeret i informantens dagligdag. Informanten beretter dog om hjemmearbejde som værende en fast bestanddel af forløbet (inf.1, linje 323), hvilket blandt andet har til hensigt at styrke copingstrategier, kommunikationsfærdigheder og psykoedukation (Sættem & Stiles, 2008). Hjemmearbejde vurderes herigennem at øge sandsynligheden for informantens videre anvendelse af aktuelle teknikker efter endt kursus. Et centralt mål for psykologisk intervention mod smerter er, at patienten selv lærer at håndtere sine smerter efter endt rehabilitering og professionelle forløb, hvilket placerer et centralt ansvar på individet i forhold til udvikling af adaptive strategier (Umlauf, 1992).

Ud af de konkrete teknikker, som informant 1 fremhæver, ses visse kognitiv adfærdstherapeutiske teknikker, herunder assertiv kommunikation og styring af bekymringstanker (inf.1, linje 977-989 + 1070-1085). I forhold til informantens bekymringstanker vurderes det, at informanten trænes i identificering og udforskning af tanker knyttet til smerterne. Dette umiddelbart i form af afgørelse om, hvorvidt disse er adaptive, neutrale eller maladaptive (Sættem & Stiles, 2008; Ehde & Jensen, 2007) illustreret ved følgende citat: ”(...) man skal styre sine bekymringstanker, lave nogle kasser til dem (...) Og nogle bekymringer er ganske øh hvad skal man sige nyttige og nogle unyttige og andre bliver aldrig til noget.” (inf.1, linje 985-989). Negative og uhensigtsmæssige tanker kan ses medvirkende til opretholdelse af smerter og invaliditet, hvor fokus på kognitiv omstrukturering kan medvirke til udvikling af mere hensigtsmæssige alternativer. Et mål er herigennem en opfattelse af, at funktionstab og symptomer, herunder smerter, kan påvirkes, differentieres og kontrolleres. (Sættem og Stiles, 2008) Oplevelsen af at have kontrol over smerterne er en central forandring informant 1 har oplevet som følge af psykologisk intervention, hvilket af informanten tillægges stor personlig værdi (inf.1, linje 1419-1433). Det vurderes, at den oplevede kontrol for informanten er medvirkende til en forbedret psykisk tilstand, herunder øget livskvalitet, idet informanten oplever, at kontrollen giver mulig-

hed for en normal dagligdag, hvilket for informanten er meget vigtig: ”(...) *jeg ville jo gerne at det skulle ligne lidt et normalt liv og det giver den kontrol jeg har nu.*” (inf.1, linje 1444-1445). Et australsk studie, der har undersøgt effekten af kognitiv adfærdsterapi anvendt på rygmarspatienter, rapporterer, at interventionsdeltagere, som inden interventionsstart udviste høj ydre LOC, ved opfølgende målinger, to år efter endt intervention, var statistisk signifikant mere i kontrol sammenlignet med tilsvarende kontroldeltagere (Craig et al., 1998). På trods af, at dette inddragede studie ikke har eksplicit fokus på smerter, synes studiets resultater dog at indikere, at kognitiv adfærdsterapi kan have en positiv indvirkning på rygmarspatienters udvikling af kontrol, herunder fremme indre LOC. Som præsenteret i afsnit 2.3.1 er oplevelsen af kontrol central for individets tilpasning til tilstedeværelsen af smerter. I det psykologisk intervention kan medvirke til øget kontrol, synes mere positiv smertetilpasning plausibelt, da indre LOC og højt self-efficacy kan ses forbundet med blandt andet bedre mentalt helbred, mindre smerteindblanding og anvendelse af mere aktive copingstrategier (Molton et al., 2009; Middleton et al., 2007; Hanley et al., 2008; Jones & Zachariae, 2003). Derved synes en central effekt af psykologisk smerteintervention potentielt at være en reduceret risiko for negative smerteudfald som ses korrelerende med ydre LOC og lavt self-efficacy.

6.2.2 En erkendelsesproces

Som det ses illustreret i afsnit 5.2.2.3 fremhæves accept af begge informanter som værende et centralt element i forhold til smertehåndtering. At komme nærmere en accept synes, ligesom udvikling af copingstrategier og indre LOC, at være et potentielt gavnligt udfald af psykologisk intervention, hvor informant 1 føler sig nærmere en accept som følge af især det psykologiske gruppeforløb. På trods af, at informant 2' accept af smerter ikke opleves som et udfald af samtaler med en psykolog, giver informanten dog udtryk for, at accept hurtigere og måske i højere grad kan opnås gennem psykologisk behandling. Accept fremlægges således også som en central komponent i psykologisk intervention mod smerter, blandt andet indeholdende en bearbejdelse af tab og sorg knyttet til tilstedeværelsen af smerter (Turk & Winter, 2008; Frølich, 2003). Accept må dog anses som værende en længerevarende og fortløbende proces bestående af flere faser (McCracken, Carson, Eccleston & Keefe, 2004), hvortil det kan pointeres, at begge informanter understreger tiden som en cen-

tral faktor i forhold til deres egne erkendelsesprocesser (inf.1, linje 766 + inf.2, linje 227). Turk & Winter (2008) fremlægger eksempelvis følgende faser i forhold til accept: *Benægtelse af begrænsninger; Oprør mod og vrede over begrænsninger og smerter; Afhængighed, depression og passivitet; Åbenhed over for at tilpasse sig til de nye betingelser og at lære noget nyt*; samt *Accept*, imellem hvilke smertepatienter vil bevæge sig frem og tilbage. Ved at betragte skildringer af informant 1's erkendelsesforløb vurderes det, at informanten blandt andet giver udtryk for benægtelse, idet hun har jagtet helbredelse og lindring (inf.1, linje 655-657) samt udtryk for sorg: "(...) jeg er ikke deprimeret, nogen gange er jeg bare uendelig ked af det, virkelig ked af det, ulykkelig over min situation og den er sket og de begrænsninger jeg har fået (...)" (inf.1, linje 1415-1417).

Forskning med fokus på kroniske smertepatienter har vist, at større accept af smerter kan associeres med reduceret smerteintensitet og bedre psykisk velvære (McCracken, 1998; Viane et al., 2003). På trods af, at disse studiers omdrejningspunkt ikke har været rygmarsvpatienter med hertil relaterede smerter, synes det plausibelt, at lignende resultater kan være gældende for denne patientgruppe. Accept synes herigenom centralt i forhold til at mindske risikoen for udvikling af psykiske komorbide lidelser. I henhold hertil vurderes det, at en accept kan være nødvendig førend individet kan indlede søgen efter løsninger og handlinger, der sigter mod mere positive udfald (Turk & Winter, 2008; McCracken et al., 2004). Dette synes ligeledes udtryk af informant 1, idet hun beskriver, at en accept blev oplevet nødvendig førend en identificering af nyttige copingstrategier kunne forekomme: "*Så jo psykologen har hjulpet mig til at det er sådan det er, indse det nu ik og så komme i gang med at finde de der metoder til at gøre det udholdeligt ikke.*" (inf.1, linje 760-762). Det vurderes, at psykologisk intervention, herunder kognitiv adfærdsterapi, kan bidrage positivt i forhold til rygmarsvpatienters erkendelsesproces, hvor det vurderes centralt at fremme en overbevisning hos patienten om, at det er muligt at bibeholde et meningsfuldt liv på trods af smerter samt tilendebringe en vedvarende søgen efter smertehelbredelse (Viane et al., 2003).

6.2.3 Psykoedukation og læring om smerter

Det vurderes, at informant 1 som følge af både det individuelle terapiforløb og gruppeforløbet har oplevet psykoedukation som værende et nyttigt element ved psykolo-

gisk intervention. Gennem præsentationer af teoretiske modeller har informanten oplevet en nyttig visualisering og herigennem en øget forståelse af sin egen situation som kronisk smertepatient (inf.1, linje 1238 + 1388-1391). Yderligere synes psykoedukation at bidrage til, at informanten anerkender oplevede symptomer og følelser forbundet til tilstedeværelsen af smerter som værende normale: ”*Jeg kunne genkende mig selv i den der (modellen) og der var ligesom nogle ord for, hvorfor er det jeg ikke kan lære et nyt sprog, hvorfor er det jeg gør nogen fejl på mit arbejde (...)*” (inf.1, linje 1222-1223 – egen tilføjelse). Psykoedukation i årsager, forløb og symptomer synes potentielt at bidrage til lettelse for de implicerede, idet disse ofte mangler begreber for oplevede omfattende ændringer, eksempelvis som følge af tilstedeværelsen af vedvarende smerter. Gennem psykoedukation kan øget indsigt og viden bidrage til at korrigere tænkning og hindre udvikling af u hensigtsmæssige tankeprocesser (Rosenberg & Mørch, 2008). I hvilket omfang psykoedukation har været del af det forløb, informant 2 har indgået i, er ud fra interviewet uklart. Det kan dog tænkes, at informanten i kraft af hans naturvidenskabelige tilgang, vil kunne drage nytte heraf, ligesom psykoedukation muligvis kunne have en positiv indvirkning på den skepsis, informanten udtrykker overfor psykologisk behandling (inf.2, linje 199-201 + 190-191), idet psykoedukation yderligere kan være medvirkende til udvikling af en god behandlingsalliance patient og psykolog imellem (Sættem & Stiles, 2008). Informant 1 giver desuden udtryk for en oplevet nytteværdi i forhold til en fysiologisk gennemgang af smerter fremlagt af en fysioterapeut som del af det omtalte smertehåndteringskursus. På trods af, at dette ikke et psykologisk fokus, ses det, at informanten værdsætter denne visualisering af smerternes fysiske dimension (inf.1, linje 797-800), hvorved fordele ved tværfagligt samarbejde omkring smertebehandling konstateres og understreges. Et lignende resultat rapporteres i et effektstudie af et omfattende smertebehandlingsprogram, udviklet specifikt til rygmarvspatienter med smerter, indeholdende både undervisning i smertefysiologi, kognitiv adfærdsterapi og afslapningsøvelser. Gennem interviews ved interventionsafslutning var et ofte fremhævet positivt aspekt opnået indsigt i smertemekanismer (Budh et al., 2006).

6.2.4 Tidspunkt for psykologisk intervention

Et centralt spørgsmål for psykologisk intervention synes at være, hvornår dette bør tilbydes for at have den optimale effekt. Umiddelbart synes tidlig intervention hensigtsmæssig med henblik på at reducere en eventuel kronificering af uhensigtsmæssig smerteadfærd. Omvendt vurderes en grad af stabilitet anbefalelsesværdig førend et interventionsforløb med fokus på smertehåndtering initieres. For tidlig opstart af et program med fokus på selvhåndtering af kroniske smerter og psykoedukation herom, kan potentielt have en skræmmende, nedslående og kontraproduktiv effekt, hvor et centralt element er patienternes manglende erkendelse af smerterne som potentielt kroniske (Umlauf, 1992). Set i lyset af læringsteorier fremsættes det blandt andet, at information bør præsenteres, når individet finder dette vigtigt og er psykisk modtagelig herfor (Russell, 2006). I henhold hertil vurderes det, at især rygmarvspatienter med traumatiske skadesårsager i en væsentlig periode kan opleve hertil relaterede traumer og akutte komorbide tilstande, hvilket kan være hæmmende for modtagelighed i forhold til psykoedukation og smertehåndtering (Potter, Wolfe, Burkell & Hayes, 2004). Dog skal psykologisk intervention tilbydes, mens rygmarvspatienter stadige er modtagelige herfor. Eksempelvis udtaler informant 2, at hans søgen efter redskaber til smertehåndtering er væsentlig reduceret i dag sammenlignet med tiden omkring udskrivelse (inf.2, linje 384-386). Informanten fremsætter desuden, at psykologisk intervention potentielt kunne have bidraget positivt på et tidligere tidspunkt i forløbet, mens han i dag ikke umiddelbart vil opsøge en psykolog: ”(...) *det var måske det (teknikker) som i hvert fald formodentlig kunne have hjulpet mig på det tidspunkt (...)*” (inf.2, linje 648-649 – egen tilføjelse) (se evt. linje 354-355). Det synes fortsat uklart, hvornår i forløbet, det er mest hensigtsmæssigt at tilbyde psykologisk intervention rettet mod smerter hos rygmarvspatienter, hvor individuelle forskelle desuden vurderes at være en faktor, der ikke gør det muligt at præcisere et specifikt tidspunkt (Norman et al., 2010; Umlauf, 1992).

6.2.5 Behov for social sammenligning

Begge informanter giver, som præsenteret i afsnit 5.2.2.6, udtryk for at have følt sig alene efter endt rehabilitering, hvilket for informant 2 har affødt en aktiv søgen centreret omkring, hvorledes andre rygmarvsskadede håndterer deres smerter. Set i lyset af teorien for social sammenligning, vil individet opleve et øget behov for social

sammenligning i tider karakteriseret som usikre og ængstelige, hvilket tiden omkring en rygmarsvsskade kan kategoriseres som. I forlængelse heraf fremsættes en tilbøjelighed til at søge individer, som undergår lignende problematikker som én selv (Davidson, Pennebaker & Dickerson, 2000). På trods af, at Internettet i dag udgør et forum, hvor national og international kontakt med andre rygmarsvsskadede er mulig, synes det relevant at optimere hjælp i forhold til smertehåndtering på et lokalt plan, herunder blandt andet et tilbud om gruppeterapi. Udover overordnede potentielle udfordringer knyttet til rygmarsvpatienters udskrivelsesfase, hvilket kan betegnes som en periode med øget risiko for emotionel lidelse (Kennedy et al., 2010; Duchnick, Letsch & Curtiss, 2009), synes smerter at være et vigtigt element at have fokus på efter endt rehabilitering. Litteraturen fremsætter, at et væsentligt udsnit rygmarsvpatienter først oplever smerter måneder eller år efter skadens opståen. Eksempelvis har resultaterne af et australsk longitudinelt studie vist, at neuropatiske smerter i samme niveau som skaden i gennemsnit blev rapporteret først af patienterne (mean 1,2 år), hvorimod viscerale smerter opståen blev rapporteret som den sidst forekommende smertetype (mean 4,2 år) (Siddall et al., 2003). I henhold hertil ses det, at begge informanter beskriver, at deres smerter først opstod måneder efter rygmarsvskaden. Det ses tydeligt, at informant 1 har haft positive erfaringer med at deltage i et længerevarende gruppeforløb på en smerteklinik indeholdende psykologisk intervention. Det synes relevant at optimere og øge mulighederne for denne form for smertebehandling for rygmarsvpatienter med hertil relaterede smerter, herunder muliggøre dette på lokalt plan og ved sammensætning af homogene grupper. Udover at forbedre patienternes smertehåndtering gennem en række terapeutiske elementer, muliggør gruppeterapi et forum, hvor erfaringsudveksling og opmuntring patienter imellem kan forekomme (Umlauf, 1992). I henhold hertil illustrerer resultaterne af en effektvurdering af et smertebehandlingsprogram udviklet med fokus på rygmarsvpatienter, at deltagerne fandt det at møde andre i samme situation som værende et af de mest gavnlige aspekter ved forløbet (Budh et al., 2006). Informant 1 giver ligeledes udtryk for den oplevede positive værdi ved at mødes med andre smertepatienter: *”Men det er fantastisk og være sammen med andre i samme situation. Det føler jeg er rigtig godt. Jeg synes det med hold holdoplevelse ik det er en tryghed (...)*” (inf.1, linje 443-445) Det vurderes, at under indlæggelse vil rygmarsvpatienter være omgivet af både specialister indenfor området og patienter i samme situation. Dette synes ikke

umiddelbart tilfældet efter udskrivelse, hvor begge informanter også giver udtryk for følelsen af at være overladt til dem selv. En lignende tendens kan ses i litteraturen, hvor det beskrives, at manglende ekspertisehjælp på lokalplan er medvirkende til frustrationer, idet fyldestgørende svar på rygmarsrelaterede spørgsmål ikke kan opnås (Norman et al., 2010). Det vurderes essentielt at smerteproblematikken ligeledes behandles efter udskrivelse (Kennedy et al., 2010), hvorfor gruppeterapi med fokus på smerter synes at være et nyttigt tiltag efter udskrivelse. Det vurderes utrolig vigtigt, at mindske risikoen for udvikling af psykiske komorbide tilstande hos rygmarspatienter med hertil relaterede smerter. Dette også ud fra et ønske om at bibeholde rygmarsvsskadede aktive på arbejdsmarkedet, idet en brevsørgeundersøgelse har vist, at manglende tilbagevenden til arbejdsmarkedet for over 30 % af rygmarspatienterne i højere grad skyldtes smerterne end rygmarsvsskaden (Robinson, Ells & Cole, 1988).

6.3 Integrerende diskussion

Gennem både spørgeskemaundersøgelsen og interviewundersøgelsen illustreres det, at tilstedeværelsen af smerter er en væsentlig problematik i rygmarsvsskadedes hverdag, dette på trods af adskillige afprøvede smertebehandlinger. Det vurderes på baggrund af både de kvantitative og kvalitative resultater, at rygmarspatienter generelt synes villige til at anvende flere forskellige behandlingstiltag mod smerter. Dette ses i spørgeskemaundersøgelsen illustreret, idet mange af deltagerne har anvendt flere af de præsenterede valgmuligheder, herunder anvendelse af alternativ behandling, hvilket synes at indikere et behov for supplerende behandlingstilbud i forhold til offentlig udbudte. De to interviewdeltagere giver i overensstemmelse hermed udtryk for aktiv søgen efter smertelindring og andre rygmarspatienters erfaringer med smertebehandlinger. At patientgruppen er villig til at afprøve og anvende mange forskellige smertebehandlinger ses desuden illustreret i litteraturen (Cardenas & Jensen, 2006; Widerström-Noga & Turk, 2003; Warms et al., 2002). Set i lyset af denne villighed til at afprøve forskellige smertebehandlingstiltag, vurderes det nævneværdigt, at kun få har forsøgt sig med psykologisk intervention mod smerter, hvilket ses illustreret gennem spørgeskemaundersøgelsen. I forlængelse heraf ses det yderligere, at en forholdsvis stor del af spørgeskemadeltagerne besidder en negativ holdning til psykologisk intervention uden egne faktiske erfaringer hermed. Årsager hertil synes

uvisse. I forhold til interviewundersøgelsen giver informant 2 desuden udtryk for lave forventninger og skepsis forud for hans deltagelse i et psykologisk forløb (inf.2, linje 188-191). Som præsenteret tidligere har kun få studier undersøgt effekten af psykologisk intervention i forhold til rygmarsvpatienter med hertil relaterede smerter (se afsnit 2.4.2). Disse indikerer dog, at psykologisk intervention kan afføde positive resultater hos patientgruppen (Budh et al., 2006; Ehde & Jensen, 2004). Som følge af aktuelle interviewundersøgelser synes særlig informant 1 at være eksempel på, hvorledes psykologisk intervention kan medvirke til udvikling af adaptiv coping med smerter. Spørgeskemaundersøgelsens kvantitative bidrag illustrerer desuden, at over 65 % af deltagerne finder det at indgå i et psykologisk samtaleforløb mindst *lidt gavnligt*, hvilket synes bekræftet af et tidligere udført studie baseret på et væsentlig større deltagerantal (n=120) (Widerström-Noga & Turk, 2003). Idet egne resultater og litteraturen indikerer, at mange rygmarsvpatienter, som har indgået i et psykologisk forløb, i forskellig grad oplever en positiv effekt heraf, vurderes psykologisk intervention mod smerter at have sin berettigelse som et supplerende tiltag. Grundet rygmarsvrelaterede smerters genstridighed overfor behandling, synes tiltag, der afføder selv mindre forbedringer, at have stor værdi. Dog vurderes en holdningsændring nødvendig hos patientgruppen, førend rygmarsvsskadede i højere grad vil drage nytte af de potentielt positive udfald af psykologisk intervention mod smerter. I henhold hertil synes det centralt, at patientgruppen i øget grad oplyses omkring elementer, hvor psykologisk intervention kan være behjælpelig i forhold til tilstedeværelsen af vedvarende smerter. Til dette formål synes flere specifikke undersøgelser med fokus på, hvorledes patientgruppen konkret drager nytte af psykologisk intervention, yderst nødvendige. Endvidere synes det centralt at øge kendskabet til gavnlige udfald af psykologisk intervention i tværfaglige rammer, da andre faggruppers berøring med patientgruppen kan præge rygmarsvpatienters holdninger til psykologisk intervention mod smerter. I henhold hertil ses det eksempelvis, at informant 2 opfordres af en sygeplejerske til at opsøge en af afdelingens psykologer (inf.2, linje 135-137). Et interessant aspekt ved spørgeskemaundersøgelsen er de konstaterede forskelle i deltagerne svar i forhold til holdningsudsagnene: ”*En psykolog er relevant at opsøge, hvis man har smerter relateret til en rygmarsvsskade*” og ”*Et psykologisk samtaleforløb kan være med til at reducere smerter relateret til en rygmarsvsskade*”. Omkring 40 % af deltagerne har erklæret sig enige i det første udsagn, mens kun om-

kring halvt så mange har erklæret sig enige i det andet udsagn. En mulig årsag hertil kan være, at deltagerne ikke udelukkende forbinder potentielle positive udfald af et psykologisk samtaleforløb med smertereduktion. Gennem interviewundersøgelsen synes det erfaret, at psykologisk intervention, udover udvikling af hensigtsmæssige copingstrategier, kan resultere i yderligere nyttige aspekter, herunder accept af smerter, bearbejdning af sorg samt et professionelt rum for samtale omkring følelser forbundet med patientens tilstand (inf.1, linje 484-487 + 668-669; inf.2, linje 138-139). Herigennem understreges det, at psykologisk intervention ikke udelukkende skal betragtes som en konkret behandling af smerter, men ligeledes kan favne flere facetter af smerteoplevelsen og potentielt bidrage til reduceret psykisk lidelse hos rygmrvspatienter med hertil relaterede smerter.

7. Verificering

Verificering af de opnåede resultater synes kompliceret, idet kvantitativ og kvalitative forskning er forbundet med forskellige videnskabsidealer. Mens kvantitativ forskning er centreret omkring at finde og belyse naturlove med henblik på forudsigelser, har kvalitativ forskning fokus på udforskning og fortolkning, således omgivelserne kan forstås. På baggrund heraf forekommer også forskelle i forhold til vurdering af resultaternes gyldighed, dog synes visse overordnede begreber at være forankrede i begge traditioner, herunder reliabilitet og validitet. På trods af denne forankring tildeles disse begreber dog en mere dominerende rolle i forhold til kvantitativ forskning, hvilket også vil blive afspejlet i følgende afsnit. (Kruuse, 2007; Kruuse, 1996)

7.1 Overordnede metodiske overvejelser

I dette speciale har et mixed methods design været anvendt, hvor en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse og en kvalitativ interviewundersøgelse er udført. Disse to metoder har bidraget med forskellige perspektiver på specialets problemformulering. Kvalitative interviews synes umiddelbart at være et ligefrem metodisk valg, idet semistrukturerede interviews muliggør en eksplorativ undersøgelse af, hvorledes rygmarsvpatienter med hertil relaterede smerter drager nytte af psykologisk intervention med henblik på forbedring af coping med smerter. Dog omfatter kvalitative undersøgelser ofte kun få deltagere, værende kun to interviewdeltagere i dette tilfælde, hvorved repræsentativiteten reduceres, hvilket problematiserer generalisering (Kruuse, 2007). Inddragelse af et kvantitativt spørgeskema giver mulighed for at vurdere patientgruppens overordnede oplevede gavnlighed af psykologisk intervention mod smerter på en måde, som i højere grad tillader generaliserbarhed. Idet psykologisk intervention mod smerter ofte ses i form af kognitiv adfærdsterapi synes det i så fald plausibelt, at deltagernes rapporterede gavnlighed heraf implicit beskriver en forbedret coping, idet kognitiv adfærdsterapi er centreret omkring udvikling af adaptive copingstrategier. Således kan den kvantitative spørgeskemaundersøgelse, som et indlejret element i et overvejende kvalitativt mixed methods studie, bidrage til undersøgelse af et mere latent aspekt af problemformuleringen vedrørende overordnet oplevet gavnlighed og anvendelsesfrekvens af denne interventionsform. Som tidligere beskrevet har et metodisk valg i forhold til det overordnede mixed methods design været en øget vægtning af den kvalitative del, hvilket dog har været problematisk i

praksis, idet rekruttering af interviewdeltagere har været en større udfordring end først antaget. Idet den kvalitative del kun er baseret på to informanter synes en mere ligelig vægtning af henholdsvis det kvantitative og kvalitative bidrag forekommende end oprindeligt ønsket.

Det anvendte analyseredskab (IPA) fremlægger, at for idiosynkratiske temaer bør ekskluderes i forhold til integrering af temaer fra de individuelle interviews (Langdridge, 2004). Dette er forsøgt imødekommet, men visse temaer er dog i overvejende grad baseret på én informant grundet det lave deltagerantal og deltagernes meget forskellige erfaringer med psykologisk intervention mod smerter.

7.2 Overvejelser knyttet til rekrutteringsstrategier

Valgte rekrutteringsstrategier indbefattede, for begge delundersøgelser, en annonce indrykket på hjemmesiden www.ryk.dk. Grundet de herigennem indsamlede spørgeskemaundersøgelser, vurderes det, at det aktuelle medie besøges af et væsentligt udsnit rygmarsvpatienter og dermed synes at være en relevant rekrutteringsstrategi.

De to interviewdeltagere er dog begge rekrutteret gennem kontakt med Paraplegifunktionen i Viborg, idet rekruttering via hjemmesiden ikke udløste relevante henvendelser i forhold til interviewundersøgelsen. Disse manglende henvendelser kan ses i lyset af, at kun få har anvendt psykologisk intervention mod smerter, hvilket bekræftes af den kvantitative spørgeskemaundersøgelse. Herigennem synes gruppen af potentielle relevante deltagere at være yderligere indskrænket. Et mere formelt samarbejde med specialiserede behandlingscentre, herunder Paraplegifunktionen i Viborg, Rigshospitalets Klinik for Rygmarsvskader i Hornbæk og eventuelt smerteklinikker kunne formentlig have muliggjort rekruttering af flere interviewdeltagere. Dette synes dog at kræve væsentlig flere ressourcer, herunder tid, end rammerne for dette speciale har tilladt.

7.3 Repræsentativitet

Mens repræsentativitet generelt ikke vejes højt i kvalitative undersøgelser, er dette begreb yderst centralt i kvantitative studier (Kruuse, 2007).

På grund af det begrænsede antal deltagere i spørgeskemaundersøgelsen kan der stilles spørgsmålstegn ved studiets repræsentativitet for den danske population af ryg-

marvsskadede. Tal fra forskningsafdelingen i *The National Education Association* indikerer, at 341 deltagere er nødvendigt for at opnå repræsentativitet for en kohorte på 3.000 personer (Kruuse, 1996), hvilket er det estimerede antal rygmarvspatienter i Danmark (www.ryk.dk). Sammenligning af demografiske og baggrundsmæssige oplysninger mellem aktuelle studie og tidligere udførte studier viser en række større eller mindre forskelle. Eksempelvis kan man iagttage kønsfordelingen i aktuelle studie, hvor der kun forekommer en lille overrepræsentation af mænd (58 %), mens der i lignende studier rapporteres om en klar overvægt af mænd (72,1-78,3 %) (Cardenas & Jensen, 2006; Widerström-Noga & Turk, 2003 & Warms et al., 2002). Eksisterende statistikker over danske rygmarvspatienter, baseret på 360 personer, vidner desuden om en stærk overrepræsentation af mænd (73 %) (Biering-Sørensen & Drewes, 1991 & afsnit 2.1.2). Yderligere er den hyppigste rapporterede årsag til skade i aktuelle studie *som følge af sygdom* (30,8 %) efterfulgt af *trafikulykke* (23,1 %), hvor lignende studier rapporterer, at den hyppigst forekommende årsag til skade er trafikulykker (46,8 % og 43,6 %) (Cardenas & Jensen, 2006 & Warms et al., 2002). Endelig ses forskelle i forhold til skadesniveau. I aktuelle studie har kun få deltagere angivet at have en ekstrem høj rygmarvsskade (C1-C4) (4 %), hvorimod lignende studier har involveret væsentlig flere rygmarvspatienter med denne skadeslokalisering (14,5 % og 15,9 %) (Cardenas & Jensen, 2006 & Warms et al., 2002). Derimod synes der i aktuelle studie at være et højere antal rygmarvspatienter med en meget lav skade (L1-S5) (23 %), hvilket ligeledes adskiller sig fra tidligere studier (7,7 % og 8,4 %) (Cardenas & Jensen, 2006 & Warms et al., 2002). Baseret på disse forskelle samt aktuelle studies lave deltagerantal synes repræsentativiteten begrænset. I hvilket omfang dette influerer resultaternes generaliserbarhed er uvist.

Udover spørgsmål vedrørende repræsentativitet sætter det forholdsvis lave deltagerantal i spørgeskemaundersøgelsen begrænsninger i forhold til den statistiske dataanalyse, hvor en række umiddelbare tendenser ikke har kunnet påvises statistisk signifikant potentielt grundet manglende statistisk styrke.

7.4 Selektionsbias

De ovenfor nævnte afvigelser, i forhold til demografi og baggrundsmæssige oplysninger, kan skyldes selektionsbias. I forhold til spørgeskemadeltagere synes selektionsbias blandt andet at knytte sig til den valgte distribueringsform. Gennem offent-

liggørelse af spørgeskemaet på Internettet vurderes det, at man potentielt har henvendt sig til en bestemt undergruppe af den samlede patientgruppe. Idet rekruttering af spørgeskemadeltagere yderligere har været afhængig af deltagernes eget initiativ, synes det plausibelt, at de deltagende har været mere ressourcestærke end den overordnede rygmarvspopulation. Afhængigheden af deltagernes eget initiativ i forhold til deltagelse kan muligvis have bidraget til en kønsfordeling, der adskiller sig fra lignende studier, hvor en mere systematisk rekruttering har været anvendt. Distribuering af spørgeskemaet kunne med fordel være knyttet til de danske behandlingscentre for rygmarvpatienter, eksempelvis i form af en brevspørgeundersøgelse til ambulante patienter. Dette har dog grundet manglende ressourcer ikke været muligt i aktuelle studie.

Begge interviewdeltagere er, som tidligere påpeget, rekrutteret gennem psykologer tilknyttet Paraplegifunktionen i Viborg. I henhold hertil synes en potentiel bias at være en udvælgelse af særlig ressourcestærke personer eller personer, der i udpræget grad har givet udtryk for positive erfaringer med psykologisk intervention. Sidstnævnte synes dog ikke at være tilfældet.

7.5 Reliabilitet

De anvendte metodiske redskaber i aktuelle studie, værende interviewguiden og spørgeskemaet, er begge selvudviklede til dette specifikke formål, hvilket komplicerer vurdering af metodernes reliabilitet. Reliabilitet kan være problematisk at vurdere ud fra et enkelt studie. For i højere grad at kunne udtale sig om reliabilitet synes test-retest undersøgelser nødvendige (Kruuse, 1996). Spørgeskemaundersøgelsen er inspireret af en række udførte spørgeskemaundersøgelser, som har undersøgt rygmarvpatienters vurderede gavnlige og anvendelsesfrekvens af udvalgte smertebehandlinger, herunder psykologisk intervention (Cardenas & Jensen, 2006; Widerström-Noga & Turk, 2003; Warm's et al., 2002). Herigennem synes det dokumenteret, at den benyttede type spørgeskema er velegnet til at undersøge rygmarvpatienters egne vurderinger af anvendte smertebehandlinger, hvorved en vis reliabilitet synes opnået.

Med henblik på at øge interviewundersøgelsens reliabilitet er en systematisk interviewguide udviklet og benyttet, ligesom den samme interviewer har foretaget begge

interviews i et forsøg på at holde potentielle indvirkninger fra interviewerens konstante (Breakwell, 2006).

7.6 Validitet

For at vurdere og øge validiteten har både spørgeskemaet og interviewguiden været genstand for pilotering, dog ikke med deltagelse af repræsentanter fra patientgruppen.

I forhold til spørgeskemaundersøgelsen synes en række elementer potentielt medvirkende til en reduceret validitet. Eksempelvis er der i spørgeskemaet gjort brug af Likert-skalaer i forhold til flere centrale spørgsmål. Denne form for svarmulighed kan afføde upræcise besvarelser, såfremt de angivne svarmuligheder ikke opleves som fyldestgørende af deltageren. Derudover kan der forekomme en tendens til, at deltagere konsekvent vælger midterkategorier uanset spørgsmålets karakter. (Kruuse, 1996) Spørgeskemaet indeholder flere spørgsmål vedrørende en række udvalgte smertebehandlinger og smerteinitiativer, hvor der i spørgeskemaet ikke er opstillet eksplicite kriterier eller definitioner heraf. Der kan således herske forskellige meninger blandt deltagerne og undertegnede om, hvad de forskellige behandlinger dækker over. Som følge af spørgeskemaets selv-administrerede form, opleves endvidere afhængighed af, at deltagerne har besvaret spørgeskemaet korrekt. På trods af systematisk udvikling og pilotering af spørgeskemaet kan der være forekommet tvivl eller misforståelser hos deltagerne, som har medført ukorrekte besvarelser, hvilket undertegnede ikke har været klar over grundet den valgte distribueringsform.

En sammenligning af aktuelle kvantitative resultater med resultaterne af tidligere udførte studier, i forhold til rygmarvspatienters vurderede gavnlighed og anvendelsesfrekvens af psykologisk intervention mod smerter, indikerer sammenfaldende resultater herimellem (Cardenas & Jensen, 2006; Widerström-Noga & Turk, 2003; Warm's et al., 2002). Dette bekræfter en vis validitet af de opnåede resultater i aktuelle studie. Derimod er der ikke opnået kendskab til studier med fokus på at afdække patientgruppens holdninger til forskellige smertebehandlinger, hvorfor krydsvalidering i forhold til dette aspekt af spørgeskemaundersøgelsen ikke er muligt.

I forhold til den kvalitative interviewundersøgelse synes validitet at omhandle i hvilket omfang iagttagelser afspejler de fænomener eller variabler, der er genstand for undersøgelsen (Kvale, 1997). Stringente metoder til vurdering af kvalitative studiers

validitet er få og problematiske (Kruuse, 2007), hvorfor validiteten af den udførte interviewundersøgelse primært har indbefattet løbende kritisk gennemgang af anvendte metoder og redskaber. Idet der ikke er opnået kendskab til lignende kvalitative studier synes det ikke muligt at vurdere de opnåede resultaters validitet ved sammenligning med tidligere udførte studier. Visse af de kvalitative resultater, eksempelvis rygmarvsrelaterede smerter belastende karakter og aktiv søgen efter effektive smertebehandlinger, kan dog valideres ved metode-triangulering, hvor sammenligning med egne kvantitative resultater underbygger visse de kvalitative resultaters validitet (Kruuse, 2007).

8. Konklusion

Omdrejningspunktet for dette speciale har været at undersøge, hvorledes rygmarvs-patienter med hertil relaterede smerter kan drage nytte af psykologisk intervention i forhold til forbedring af coping med smerter.

Udover en gennemgang af teori og publicerede studier på området, har et centralt aspekt for specialet været en empirisk besvarelse af den opstillede problemformulering. Til dette specifikke formål er et spørgeskema og en interviewguide blevet udviklet. Interviewdelen har haft til formål, gennem interviewdeltageres personlige erfaringer, at udforske, hvorledes psykologisk intervention kan have en positiv indvirkning på coping med rygmarvsrelaterede smerter. Spørgeskemaundersøgelsen har derimod primært haft til formål at undersøge patientgruppens overordnede anvendelse og oplevede gavnlighed af psykologisk intervention og har dermed muliggjort et bredere perspektiv på problemformuleringen. Inddragelse af både kvantitative og kvalitative metoder synes at karakterisere denne undersøgelse som et mixed methods studie, hvor dataindsamling fra de to metoder er forekommet på samme tid og en integrering af resultater har været i form af en afsluttende integrerende diskussion. Grundet lavt interviewdeltagerantal har vægtningen af de to metoder været forholdsvis ligelig, hvor den kvalitative del var tiltænkt en øget vægtning.

I aktuelle studie er det illustreret, at tilstedeværelsen af smerter udgør en belastende og central problematik for mange personer med skade på rygmarven. Yderligere synes det bekræftet, at, trods rapporteret anvendelse af flere forskellige smertebehandlingsformer, synes rygmarvsrelaterede smerter ikke mulige at eliminere.

På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen synes psykologisk intervention mod smerter at være et relevant supplerende behandlingstiltag, idet omkring 60 % af de deltagere, som har opsøgt en psykolog og indgået i et psykologisk samtaleforløb har vurderet dette som værende mindst *lidt gavnligt*. Idet ingen af de anvendte smertebehandlinger synes at have en eliminerende effekt på rygmarvsrelaterede smerter, vurderes det, at behandlingsformer, som medvirker til selv mindre forbedringer, har behandlingsmæssig værdi i forhold til smerteplagede rygmarvspatienter. Dog bekræfter denne spørgeskemaundersøgelse tidligere studiers indikationer på, at anvendelsesfrekvensen for psykologisk intervention mod smerter er lav for rygmarvsskadede, idet en psykolog i aktuelle undersøgelse udgør den mindst opsøgte faggruppe, hvor et

psykologisk samtaleforløb ligeledes udgør det mindst anvendte smerteinitiativ. På baggrund af spørgeskemaets holdningsspørgsmål ses desuden en overvejende uenighed i relevansen i at opsøge en psykolog og indgå i et psykologisk samtaleforløb, hvor en sammenhæng kan dokumenteres mellem deltagernes holdninger og anvendelse af et psykologisk samtaleforløb. Ud fra disse resultater indikeres det, at en holdningsændring hos patientgruppen synes nødvendig, førend flere smerteplagede rygmarvspatienter kan drage nytte psykologisk intervention som en supplerende smertebehandling.

Interviewundersøgelsen indikerer, at psykologisk intervention kan bidrage positivt i forhold til rygmarvspatienters coping med smerter, idet gavnlige elementer, opnået gennem psykologisk terapi, er identificeret. Potentielt synes psykologisk terapi at være medvirkende til udvikling af accept af smerternes tilstedeværelse, hvilket synes centralt førend mere konkrete teknikker kan udnyttes. Studiet indikerer, at psykologisk smerteintervention potentielt kan medvirke til tilegnelse af konkrete adfærdsterapeutiske teknikker, hvorved maladaptive tanker og adfærd knyttet til smerterne kan udfordres og adaptive alternativer kan udvikles. Et oplevet centralt aspekt, som følge af psykologisk terapi, synes desuden at være øget kontrol over smerterne, hvilket synes medvirkende til øget psykisk velvære. Det er dog vigtigt at understrege, at individuelle forskelle og forskelle knyttet til de praktiske rammer for psykologisk terapi kan bevirke, at ikke alle rygmarvspatienter vil drage nytte af psykologisk intervention mod smerter. I forhold til de praktiske omstændigheder synes en central overvejelse at være, hvornår rygmarvspatienter bør have tilbud om psykologisk intervention mod smerter med henblik på at øge muligheden for et positivt oplevet udfald. Det synes i henhold hertil vigtigt at tilbyde psykologisk behandling, mens rygmarvsskadede er modtagelige herfor. En yderligere overvejelse bør omhandle terapiformen, hvor gruppeterapi, især efter udskrivelse, synes værdifuldt, da dette muliggør social sammenligning.

Grundet studiets lave deltagerantal synes repræsentativiteten begrænset, hvorfor flere studier med fokus på virkningsfulde elementer ved psykologisk intervention i forhold til smerteplagede rygmarvspatienter synes nødvendige.

Gennem studiets metodiske bidrag synes det illustreret, at psykologisk intervention mod smerter i forskelligt omfang kan have positiv indvirkning på rygmarvspatienters coping med smerter. Denne opnåede viden synes at have klinisk værdi, dette blandt andet i forhold til oplysning omkring nyttige aspekter ved psykologisk intervention til nuværende og fremtidige rygmarvspatienter.

9. Litteratur

9.1 Referenceliste

Bøger eller uddrag fra bøger

Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy – Basics and Beyond*. The Guilford Press, New York (pp.1-24 + 105-124 + 248-268)

Biering-Sørensen, F. & Mosdal, C. (1991). *Den Akutte Behandling*. In: Møller, L. (red.) (1991). *Kommer vi til at gå...? – en bog om rygmærskader og mulighederne for at reparere*. Paraplegikerkredsen Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkeskadede. (pp.35-50)

Biering-Sørensen, F. & Drewes, A. (1991). *Statistiske Oplysninger*. In: Møller, L. (red.) (1991). *Kommer vi til at gå...? – en bog om rygmærskader og mulighederne for at reparere*. Paraplegikerkredsen Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkeskadede. (pp.89-99)

Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists – A Guide to Data Analysis using SPSS for Windows*. Palgrave Macmillan. 3rd Edition. (pp.2-387)

Breakwell, G.M. (2006). *Interviewing Methods*. In: *Research Methods in Psychology*. Edited by Breakwell, G.M., Hammond, S., Fife-Schaw, C. & Smith, J.A. SAGE Publications, London. 3rd Edition. (pp. 232-253)

Bryman, A. (2008). *Social Research Methods*. Oxford. Oxford University Press, 3rd edition. (pp. 215-252)

Elsass, P. (2002), *Sundhedspsykologi – Et nyt fag mellem humaniora og naturvidenskab*. Gyldendal. Nordisk Forlag, København. 2.udgave, 8.oplag. (pp.13-24 + 337-394)

Ewen, R.B. (2003). *An Introduction to Theories of Personality*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. London. Sixth Edition. (pp.365-385)

Fife-Schaw, C. (2006). *Questionnaire Design*. In: *Research Methods in Psychology*. Edited by Breakwell, G.M., Hammond, S., Fife-Schaw, C. & Smith, J.A. 3rd Edition. SAGE Publications, London. (pp. 210-231)

Frølich, S. (2003). *Psykologi og smertebehandling*. In: Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (red). *Smerter – En Lærebog*. FADL'S Forlag, 1.udgave, 1.oplag. (pp.333-340)

Jensen, N. (2003). *Den kroniske smertepatient*. In: Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (red). *Smerter – En Lærebog*. FADL'S Forlag, 1.udgave, 1.oplag. (pp.341-351)

- Jones, A. & Zachariae, B. (2003). *Psykologiske processers betydning for smerteoplevelsen*. In: Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (red). *Smertesmerter – En Lærebog*. FADL'S Forlag, 1.udgave, 1.oplag. (pp.129-140)
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder – i psykologi og beslægtede fag*. Dansk Psykologisk Forlag, Danmark. 6.udgave, 1.oplag. Kap.4 & 16 (pp.33-46 + 245-264)
- Kruuse, E. (1996). *Kvantitative forskningsmetoder – i psykologi og tilgrænsende fag*. Dansk Psykologisk Forlag, Danmark. 2.rev.udgave, 1.oplag. Kap.2 & 3 (p.21-52)
- Kvale, S. (1997). *En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, 1.udgave, 12.oplag. (pp.49-147 + 225-246)
- Langdridge, D. (2004). *Introduction to Research Methods and Data Analysis in Psychology*. Pearson, Prentice Hall. (pp.31-56 + pp.67-78 + pp.274-292)
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company, New York. (pp.22-54 + 141-180)
- Martini, F.H. (2004). *Fundamentals of Anatomy & Physiology*. Benjamin Cummings & Prentice Hall. USA. Sixth Edition. (pp.429-461)
- Palmer, S., Kriegsman, K.H. & Palmer, J.B. (2008). *Spinal Cord Injury – A Guide For Living*. The Johns Hopkins University Press. The United States. Second Edition. (pp.5-36)
- Rambøll (2010). *Brugerhåndbog – SurveyXact*. Rambøll Management Consulting. 7.udgave, 1.oplag. (pp.1-397)
- Rasmussen, J.Z. & Sørensen, T. (1991). *Den Biologiske Baggrund*. In: Møller, L. (red.) (1991). *Kommer vi til at gå...? – en bog om rygmarvsskader og mulighederne for at reparere*. Paraplegikerkredsen Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkeskadede. (pp.9-34)
- Rosenberg, N.K. & Mørch, M.M. (2005). *Kognitiv terapi*. In: Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K. (red). *Kognitiv terapi – modeller og metoder*. Hans Reitzels Forlag. (pp.17-45)
- Smith, J.A. & Eatough, V. (2006). *Interpretative Phenomenological Analysis*. In: *Research Methods in Psychology*. Edited by Breakwell, G.M., Hammond, S., Fife-Schaw, C. & Smith, J.A. 3rd Edition. SAGE Publications, London. (pp. 322-341)
- Sættem, L.S. & Stiles, T.C. (2008). *Kroniske Smertesmerter*. In: Berge, T. & Repål, A. (red). *Håndbok I kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk. Oslo 1.utgave, 1 opplag. (pp.590-616)
- Turk, D.C. & Winter, F. (2008). *Smertehåndtering*. Dansk Psykologisk Forlag. 1.udgave, 1.oplag (pp.7-231)

Artikler

- Baastrup, C. & Finnerup, N.B. (2008). *Pharmacological Management of Neuro-pathic Pain Following Spinal Cord Injury*. *CNC Drugs*; 22 (6). (pp.455-475)
- Brown, G.K. & Nicassio, P.M. (1987). *Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients*. *Pain* 31 (1987) (pp.53-64)
- Bryce, T.N., Budh, C.N., Cardenas, D.D., Dijkers, M., Felix, E.R., Finnerup, N.B., Kennedy, P., Lundeberg, T., Richards, J.S., Rintala, D.H., Siddall, P. & Widerstrom-Noga, E. (2007). *Pain After Spinal Cord Injury: An Evidence-based Review for Clinical Practice and Research*. From the 2006 NIDRR SCI Measures Meeting. *J Spinal Cord Med*. 2007; 30. (pp.421-440)
- Budh, C.B. & Österåker, A.L. (2007). *Life satisfaction in individuals with a spinal cord injury and pain*. *Clinical Rehabilitation* 21 (pp.89-96)
- Budh, C.N., Kowalski, J. & Lundeberg, T. (2006). *A Comprehensive Pain Management Programme Comprising Educational, Cognitive and Behavioural Interventions For Neuropathic Pain Following Spinal Cord Injury*. *J Rehabil Med* 38. (pp.172-180)
- Budh, C.B., Hultling, C. & Lundeberg, T. (2005). *Quality of sleep in individuals with spinal cord injury: a comparison between patients with and without pain*. *Spinal Cord* (2005) 43 (pp.85-95)
- Cairns, D.M., Adkins, R.H. & Scott, M.D. (1996). *Pain and Depression in Acute Traumatic Spinal Cord Injury: Origins of Chronic Problematic Pain?* *Arch Phys Med Rehabil* vol 77 (pp.329-335)
- Cardenas, D.D. & Felix, E.R. (2009). *Pain after Spinal Cord Injury: A Review of Classification, Treatment Approaches, and Treatment Assessment*. *The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol.1 December (pp.1077-1090)
- Cardenas, D.D. & Jensen, M.P. (2006). *Treatments for chronic pain in persons with spinal cord injury: a survey study*. *J Spinal Cord Med* 2006; 29 (pp.109-117)
- Craig, A, Tran, Y. & Middleton, J. (2009). *Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review*. *Spinal Cord* 47. (pp.108-114)
- Craig, A., Hancock, K. & Dickson, H. (1999). *Improving the long-term adjustment of spinal cord injured persons*. *Spinal Cord* 37. (pp.123-132)
- Craig, A., Hancock, K., Chang, E. & Dickson, H. (1998). *The Effectiveness of group psychological intervention in enhancing perceptions of control following spinal cord injury*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 32. (pp.112-118)

- Craig, A.R., Hancock, K., Dickson, H. & Chang, E. (1997). *Long-Term Psychological Outcomes in Spinal Cord Injured Persons: Results of a Controlled Trial Using Cognitive Behaviour Therapy*. Arch Phys Med Rehabil, Vol.78. (pp.33-38)
- Craig, A., Hancock, K.M. & Dickson, H.G. (1994). *Spinal cord injury: A search for determinants of depression two years after the event*. British Journal of Clinical Psychology volume 33, issue 2 (pp.221-230)
- Davidson, K.P., Pennebaker, R.C. & Dickerson, S.S. (2000). *Who talks? The Social psychology of illness support groups*. American Psychologists, 55. (pp.205-217)
- deRoos-Cassini, T.A., de St. Aubin, E., Valvano, A., Hastings, J. & Horn, P. (2009). *Psychological Well-being After Spinal Cord Injury: Perception of Loss and Meaning Making*. Rehabilitation Psychology, Vol. 54, No. 3. (pp.306-314)
- Doyle, L., Brady, A.M. & Byrne, G. (2009). *An overview of mixed methods research*. Journal of Research in Nursing, Sage Publications, Vol. 14 (2). (pp.175-185)
- Duchnick, J.J., Letsch, E.A. & Curtiss, G. (2009). *Coping Effectiveness Training During Acute Rehabilitation of Spinal Cord Injury/Dysfunction: A Randomized Clinical Trial*. Rehabilitation Psychology, vol.54, no.2. (pp.123-132)
- Ehde, D.M. & Jensen, M.P. (2007). *Psychological Treatments for Pain Management in Persons with Spinal Cord Injury: Cognitive Therapy and Self-Hypnosis Training*. Top Spinal Cord Inj Rehabil 13. (pp.72-80)
- Ehde, D.M. & Jensen, M.P. (2004). *Feasibility of a Cognitive Restructuring Intervention for Treatment of Chronic Pain in Persons With Disabilities*. Rehabilitation Psychology 2004, Vol.49, No.3 (pp.254-258)
- Finnerup, N.B., Faaborg, P., Krogh, K. & Jensen, T.S. (2008). *Abdominal pain in long-term spinal cord injury*. Spinal Cord 46. (pp.198-203)
- Finnerup, N.B. & Jensen, T.S. (2004). *Spinal cord injury pain – mechanisms and treatment*. European Journal of Neurology 11 (pp.73-83)
- Finnerup, N.B., Johannesen, I.L., Sindrup, S.H., Bach, F.W. & Jensen, T.S. (2001). *Pain and dysesthesia in patients with spinal cord injury: A postal survey*. Spinal Cord 39 (pp.256-262)
- Ginis, K.A.M., Latimer, A.E., McKechnie, K., Ditor, D.S., McCartney, N., Hicks, A.L., Bugaresti, J. & Craven, B.C. (2003). *Using Exercise to Enhance Subjective Well-Being Among People With Spinal Cord Injury: The Mediating Influences of Stress and Pain*. Rehabilitation Psychology 2003, Vol. 48, No.3. (pp.157-164)
- Hanley, M.A., Raichle, K., Jensen, M. & Cardenas, D.D. (2008). *Pain Catastrophizing and Beliefs Predict Changes in Pain Interference and Psychological Functioning in Persons with Spinal Cord Injury*. The Journal of Pain, Vol.9, No.9 (September) 2008. (pp.863-871)

- Hanson, W.E., Creswell, J.W., Plano, V.L., Petska, K.S. & Creswell J.D (2005). *Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology*. Journal of Counseling Psychology 2005, Vol. 52, No. 2. (pp.224-235)
- Hough, S. & Kleinginna, C. (2002). *Individualizing Relaxation Training in Spinal Cord Injury: Importance of Injury Level and Person Factors*. Rehabilitation Psychology 2002, vol.47, no.4. (pp.415-425)
- Jensen, M.P., Kuehn, C.M., Amtmann, D. & Cardenas, D.D. (2007). *Symptom burden in persons with spinal cord injury*. Arch Phys Med Rehabil 1999; 88 (pp.638-645)
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. & Karoly, P. (1991). *Coping with chronic pain: a critical review of the literature*. Pain, 47. (pp.249-283)
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J. & Turner, L.A. (2007). *Toward a Definition of Mixed Methods Research*. Journal of Mixed Methods Research, Vol. 1, No. 2, April 2007. (pp.112-133)
- Kelle, U. (2006). *Combining qualitative methods in research practice: purpose and advantages*. Qualitative Research in Psychology 2006; 3. (pp.293-311)
- Kennedy, P., Sherlock, O., McClelland, M., Short, D., Royle, J. & Wilson, C. (2010). *A multi-centre study of the community needs of people with spinal cord injuries: the first 18 months*. Spinal Cord (2010) 48. (pp.15-20)
- Kennedy, P., Frankel, H., Gardner, B. & Nuseibeh, I. (1997). *Factors associated with acute and chronic pain following traumatic spinal cord injuries*. Spinal Cord (1997) 35. (pp.814-817)
- Kröner-Herwig, B. (2009). *Chronic pain syndromes and their treatment by psychological interventions*. Curr Opin Psychiatry 22 (pp.200-204)
- McCracken, L.M., Carson, J.W., Eccleston, C. & Keefe, F.J. (2004). *Acceptance and change in the context of chronic pain*. Pain 109 (2004). (pp.4-7)
- McCracken, L.M. (1998). *Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain*. Pain 74. (pp.21-27)
- Middleton, J.W., Craig, A. & Tran, Y. (2007). *Relationship Between Quality of Life and Self-Efficacy in Persons With Spinal Cord Injuries*. Arch Phys Med Rehabil 88 (pp.1643-1648)
- Molton, I.R., Stoelb, B.L., Jensen, M.P., Ehde, D.M., Raichle, K.A. & Cardenas, D.D. (2009). *Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: Replication and cross-validation*. Journal of Rehabilitation Research & Development, volume 46, number 1 2009. (pp.31-42)

- Murray, R.F., Asghari, A. & Egorov, D.D. (2007). *Impact of spinal cord injury on self-perceived pre- and postmorbid cognitive, emotional and physical functioning*. Spinal Cord 45 (pp.429-436)
- Norman, C., Bender, J.L., MacDonald, J., Dunn, M., Dunne, S., Siu, B., Hitzig, S.L., Jadad, A.R. & Hunter, J. (2010). *Questions that individuals with spinal cord injury have regarding their chronic pain: A qualitative study*. Disability and Rehabilitation 32 (2) (pp.114-124)
- Perry, K.N., Nicholas, M.K. & Middleton, J. (2009). *Spinal cord injury-related pain in rehabilitation: A cross-sectional study of relationships with cognitions, mood and physical function*. European Journal of Pain 13 (pp.511-517)
- Potter, P.J., Wolfe, D.L., Burkell, J.A. & Hayes, K.C. (2004). *Challenges in educating individuals with SCI to reduce secondary conditions*. Spinal Cord Injury Rehabil 2004; 10. (pp.30-40)
- Putzke, J.D., Richards, J.S. & Dowler, R.N. (2000). *The Impact of Pain in Spinal Cord Injury: A Case-Control Study*. Rehabilitation Psychology, Vol. 45, No. 4 (pp.386-401)
- Raichle, K.A., Hanley, M., Jensen, M.P., Cardenas, D.D. (2007). *Cognitions, Coping, and Social Environment Predict Adjustment to Pain in Spinal Cord Injury*. The Journal of Pain, Vol.8, No.9 (September) 2007. (pp.718-729)
- Robinson, R.M., Ells, P. & Cole, J. (1988). *Pain Following Spinal Cord Injury: Results from a postal survey*. Pain 1988; 34. (pp.101-102)
- Russel. S.S. (2006). *An overview of adult-learning processes*. Urologic Nursing, October 2006, Volume 26 Number 5. (pp.349-352)
- Sawatzky, B., Bishop, C.M., Miller, W.C. & the SCIRE Research Team. (2008). *Classification and measurement of pain in the spinal cord-injured population*. Spinal Cord 46. (pp.2-10)
- Siddall, P.J. (2009). *Management of neuropathic pain following spinal cord injury: now and in the future*. Spinal Cord 47. (pp.352-359)
- Siddall, P.J. & Finnerup, N.B. (2006). *Pain following spinal cord injury*. Handbook of Clinical Neurology, vol 83, 3rd series. (pp.689-703)
- Siddall, P.J., McClelland, J.M., Rutkowski, S.B. & Cousins, M.J. (2003). *A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury*. Pain 103. (pp.249-257)
- Siddall, P.J., Taylor, D.A. & Cousins, M.J. (1997). *Classification of pain following spinal cord injury*. Spinal Cord 35. (pp.69-75)
- Snow-Turek, A.L., Norris, M.P. & Tan, G. (1996). *Active and passive coping strategies in chronic pain patients*. Pain, 64 (1996) (pp.455-462)

Stroud, M.W., Turner, J.A., Jensen, M.P. & Cardenas, D.D. (2006). *Partner Responses to Pain Behaviors Are Associated With Depression and Activity Interference Among Persons With Chronic Pain and Spinal Cord Injury*. The Journal of Pain, Vol 7, No 2 (February), 2006. (pp.91-99)

Summers, J.D., Rapoff, M.A., Varghese, G., Porter, K., Palmer, R.E. (1991). *Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain*. Pain 1991; 47 (pp.183-189)

Turner, J.A., Jensen, M.P., Warm, C.A. & Cardenas, D.D. (2002). *Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury*. Pain 98 (pp.127-134)

Turner, J.A. & Cardenas, D.D. (1999). *Chronic pain problems in individuals with spinal cord injuries*. Semin Clin Neuropsychiatry 1999; 4 (pp.186-194)

Ullrich, P., Jensen, M., Loeser, J. & Cardenas, D. (2007). *Catastrophizing Mediates Associations Between Pain Severity, Psychological Distress, and Functional Disability Among Persons With Spinal Cord Injury*. Rehabilitation Psychology 2007, Vol.52, No.4. (pp.390-398)

Umlauf, R.L. (1992). *Psychological Interventions for Chronic Pain Following Spinal Cord Injury*. The Clinical Journal of Pain 8, 1992 Raven Press, New York. (pp.111-118)

Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Houdenhove, B.V. & Corte, W.D. (2003). *Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal*. Pain 106. (pp.65-72)

Warm, C.A., Turner, J.A., Marshall, H.M. & Cardenas, D.D. (2002). *Treatments for Chronic Pain Associated With Spinal Cord Injuries: Many Are Tried, Few Are Helpful*. The Clinical Journal of Pain 18. (154-163)

Wegener, S.T. & Haythornthwaite, J.A. (2001). *Psychological and Behavioral Issues in the Treatment of Pain After Spinal Cord Injury*. The Spinal Cord Inj Rehabil 7 (2) (pp.73-83)

Widerström-Noga, E., Finnerup, N.B. & Siddall, P.J. (2009). *Biopsychosocial perspective on a mechanisms-based approach to assessment and treatment of pain following spinal cord injury*. Journal of Rehabilitation Research & Development, volume 46, number 1. (pp.1-12)

Widerström-Noga, E., Biering-Sørensen, F., Bryce, T., Cardenas, D.D., Finnerup, N.B., Jensen, M.P., Richards, J.S. & Siddall, P.J. (2008). *The International Spinal Cord Injury Pain Basic Set*. Spinal Cord 46. (pp.818-823)

Widerström-Noga, E.G. & Turk, D.C. (2003). *Types and effectiveness of treatments used by people with chronic pain associated with spinal injuries: influence of pain and psychosocial characteristics*. Spinal Cord 41. (pp.600-609)

Widerström-Noga, E.G., Felipe-Cuervo, E., Broton, J.G., Duncan, R.C. & Yeziarski, R.P. (1999). *Perceived difficulty in dealing with consequences of spinal cord injury*. Arch Phys Med Rehabil 80 (pp.580-586)

Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press. Kapitel 4 (pp.50-69)

Wolf, C.J. & Salter, M.W. (2000). *Neuronal placticity: Increasing the gain in pain*. Science, 288 (pp.1765-1772)

Wollaars, M.M., Post, M.W.M., van Asbeck, F.W.A. & Brand, N. (2007). *Spinal Cord Injury Pain: The Influence Psychologic Factors and Impact on Quality of Life*. Clin J Pain 23 (pp. 383-391)

Wood-Dauphinèe, S., Exner, G. & the SCI Consensus Group (2002). *Quality of life in patients with spinal cord injury-basic issues, assessment, and recommendations*. Restorative Neurology and Neuroscience 20 (pp. 135-149)

Yeziarski, R.P. (2009). *Spinal Cord injury pain: Spinal and Supraspinal mechanisms*. Journal of Rehabilitation Research & Development, volume 46, number 1, 2009 (pp.95-108)

9.2 Pensumliste

9.2.1 Ny litteratur

Bøger eller uddrag af bøger

Bliddal, H. & Graven-Nielsen, T. (2003). *Muskelsmerter*. In: Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (red). *Smertes – En Lærebog*. FADL'S Forlag, 1.udgave, 1.oplag. (pp.141-151) 11 sider

Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists – A Guide to Data Analysis using SPSS for Windows*. Palgrave Macmillan. 3rd Edition. (pp.2-68 + 268-387) 241 sider

Breakwell, G.M. (2006). *Interviewing Methods*. In: *Research Methods in Psychology*. Edited by Breakwell, G.M., Hammond, S., Fife-Schaw, C. & Smith, J.A. SAGE Publications, London. 3rd Edition. (pp. 232-253) 22 sider

Bryman, A. (2008). *Social Research Methods*. Oxford. Oxford University Press, 3rd edition. (pp. 215-252) 38 sider

- Drewes, A.M. (2003). *Visceral smerte*. In: Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (red). *Smertesmerter – En Lærebog*. FADL'S Forlag, 1.udgave, 1.oplag. (pp.153-169) 17 sider
- Elsass, P. (2002). *Sundhedspsykologi – Et nyt fag mellem humaniora og naturvidenskab*. Gyldendal. Nordisk Forlag, København. 2.udgave, 8.oplag. (pp.13-24 + 337-394) 69 sider
- Fife-Schaw, C. (2006). *Questionnaire Design*. In: *Research Methods in Psychology*. Edited by Breakwell, G.M., Hammond, S., Fife-Schaw, C. & Smith, J.A. 3rd Edition. SAGE Publications, London. (pp. 210-231) 22 sider
- Frølich, S. (2003). *Psykologi og smertebehandling*. In: Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (red). *Smertesmerter – En Lærebog*. FADL'S Forlag, 1.udgave, 1.oplag. (pp.333-340) 8 sider
- Jensen, N. (2003). *Den kroniske smertepatient*. In: Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (red). *Smertesmerter – En Lærebog*. FADL'S Forlag, 1.udgave, 1.oplag. (pp.341-351) 11 sider
- Jensen, T.S. & Sindrup, S.H. (2003). *Neuropatiske smerter*. In: Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (red). *Smertesmerter – En Lærebog*. FADL'S Forlag, 1.udgave, 1.oplag. (pp.171-182) 12 sider
- Jones, A. & Zachariae, B. (2003). *Psykologiske processers betydning for smerteoplevelsen*. In: Jensen, T.S., Dahl, J.B. & Arendt-Nielsen, L. (red). *Smertesmerter – En Lærebog*. FADL'S Forlag, 1.udgave, 1.oplag. (pp.129-140) 12 sider
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder – i psykologi og beslægtede fag*. Dansk Psykologisk Forlag, Danmark. 6.udgave, 1.oplag. Kap.4, 16 & 22 (pp.33-46 + 245-264 + 343-356) 48 sider
- Kruuse, E. (1996). *Kvantitative forskningsmetoder – i psykologi og tilgrænsende fag*. Dansk Psykologisk Forlag, Danmark. 2.rev.udgave, 1.oplag. Kap.2, 3, 13 & 14 (pp.21-52 + 190-242) 85 sider
- Møller, L. (red.) (1991). *Kommer vi til at gå...? – en bog om rygmærskader og mulighederne for at reparere*. Paraplegikerkredsen Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede. (pp.1-104) 104 sider
- Palmer, S., Kriegsman, K.H. & Palmer, J.B. (2008). *Spinal Cord Injury – A Guide For Living*. The Johns Hopkins University Press. The United States. Second Edition. (pp.1-352) 352 sider
- Rambøll (2010). *Brugerhåndbog – SurveyXact*. Rambøll Management Consulting. 7.udgave, 1.oplag. (pp.1-397) 397 sider
- Smith, J.A. & Eatough, V. (2006). *Interpretative Phenomenological Analysis*. In: *Research Methods in Psychology*. Edited by Breakwell, G.M., Hammond, S., Fife-

Schaw, C. & Smith, J.A. 3rd Edition. SAGE Publications, London. (pp. 322-341) 20 sider

Sættem, L.S. & Stiles, T.C. (2008). *Kroniske Smerter*. In: Berge, T. & Repål, A. (red). *Håndbok I kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk. Oslo 1.utgave, 1 opplag. (pp.590-616) 27 sider

Turk, D.C. & Winter, F. (2008). *Smertehåndtering*. Dansk Psykologisk Forlag. 1.udgave, 1.oplag (pp.7-231) 225 sider

Wilson, M.W. (2007). *Perceived stress, pain coping strategies, pain interference, and social support: moderators of depression in a spinal cord injury sample*. UMI Dissertation Services. (pp.1-25) 25 sider

I alt 1746 sider

Artikler

Baastrup, C. & Finnerup, N.B. (2008). *Pharmacological Management of Neuro-pathic Pain Following Spinal Cord Injury*. CNC Drugs; 22 (6). (pp.455-475) 21 sider

Brown, G.K. & Nicassio, P.M. (1987). *Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients*. Pain 31 (1987) (pp.53-64) 13 sider

Bryce, T.N., Budh, C.N., Cardenas, D.D., Dijkers, M., Felix, E.R., Finnerup, N.B., Kennedy, P., Lundeberg, T., Richards, J.S., Rintala, D.H., Siddall, P. & Widerstrom-Noga, E. (2007). *Pain After Spinal Cord Injury: An Evidence-based Review for Clinical Practice and Research*. From the 2006 NIDRR SCI Measures Meeting. J Spinal Cord Med. 2007; 30. (pp.421-440) 20 sider

Budh, C.B. & Österåker, A.L. (2007). *Life satisfaction in individuals with a spinal cord injury and pain*. Clinical Rehabilitation 21 (pp.89-96) 8 sider

Budh, C.B., Hultling, C. & Lundeberg, T. (2005). *Quality of sleep in individuals with spinal cord injury: a comparison between patients with and without pain*. Spinal Cord (2005) 43 (pp.85-95) 11 sider

Cardenas, D.D. & Felix, E.R. (2009). *Pain after Spinal Cord Injury: A Review of Classification, Treatment Approaches, and Treatment Assessment*. The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, vol.1 December (pp.1077-1090) 14 sider

Cardenas, D.D. & Jensen, M.P. (2006). *Treatments for chronic pain in persons with spinal cord injury: a survey study*. J Spinal Cord Med 2006; 29 (pp.109-117) 9 sider

Craig, A., Hancock, K.M. & Dickson, H.G. (1994). *Spinal cord injury: A search for determinants of depression two years after the event*. British Journal of Clinical Psychology volume 33, issue 2 (pp.221-230) 10 sider

Edwards, L., Krassioukov, A. & Fehlings, M.G. (2002). *Importance of access to research information among individuals with spinal cord injury: results of an evidenced-based questionnaire*. Spinal Cord 40 (pp.529-535) 7 sider

Ehde, D.M. & Jensen, M.P. (2004). *Feasibility of a Cognitive Restructuring Intervention for Treatment of Chronic Pain in Persons With Disabilities*. Rehabilitation Psychology 2004, Vol.49, No.3 (pp.254-258) 5 sider

Finnerup, N.B., Faaborg, P., Krogh, K. & Jensen, T.S. (2008). *Abdominal pain in long-term spinal cord injury*. Spinal Cord 46. (pp.198-203) 6 sider

Finnerup, N.B. & Jensen, T.S. (2004). *Spinal cord injury pain – mechanisms and treatment*. European Journal of Neurology 11 (pp.73-83) 11 sider

Finnerup, N.B., Johannesen, I.L., Sindrup, S.H., Bach, F.W. & Jensen, T.S. (2001). *Pain and dysesthesia in patients with spinal cord injury: A postal survey*. Spinal Cord 39 (pp.256-262) 7 sider

Ginis, K.A.M., Latimer, A.E., McKechnie, K., Ditor, D.S., McCartney, N., Hicks, A.L., Bugaresti, J. & Craven, B.C. (2003). *Using Exercise to Enhance Subjective Well-Being Among People With Spinal Cord Injury: The Mediating Influences of Stress and Pain*. Rehabilitation Psychology 2003, Vol. 48, No.3. (pp.157-164) 8 sider

Haythornthwaite, J.A., Wegener, S., Benrud-Larson, L., Fisher, B., Clark, M., Dillingham T., Cheng, L. & DeLateur, B. (2003). *Factors Associated With Willingness to Try Different Pain Treatments for Pain After a Spinal Cord Injury*. The Clinical Journal of Pain 19. (pp. 31-38) 8 sider

Hough, S. & Kleinginna, C. (2002). *Individualizing Relaxation Training in Spinal Cord Injury: Importance of Injury Level and Person Factors*. Rehabilitation Psychology 2002, vol.47, no.4. (pp.415-425) 11 sider

Jensen, M.P., Kuehn, C.M., Amtmann, D. & Cardenas, D.D. (2007). *Symptom burden in persons with spinal cord injury*. Arch Phys Med Rehabil 1999; 88 (pp.638-645) 8 sider

Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M. & Karoly, P. (1991). *Coping with chronic pain: a critical review of the literature*. Pain, 47. (pp.249-283) 35 sider

Kennedy, P., Sherlock, O., McClelland, M., Short, D., Royle, J. & Wilson, C. (2010). *A multi-centre study of the community needs of people with spinal cord injuries: the first 18 months*. Spinal Cord (2010) 48. (pp.15-20) 6 sider

Kennedy, P., Frankel, H., Gardner, B. & Nuseibeh, I. (1997). *Factors associated with acute and chronic pain following traumatic spinal cord injuries*. Spinal Cord (1997) 35. (pp.814-817) 4 sider

- Kröner-Herwig, B. (2009). *Chronic pain syndromes and their treatment by psychological interventions*. *Curr Opin Psychiatry* 22 (pp.200-204) 5 sider
- McCracken, L.M., Carson, J.W., Eccleston, C. & Keefe, F.J. (2004). *Acceptance and change in the context of chronic pain*. *Pain* 109 (2004). (pp.4-7) 4 sider
- McCracken, L.M. (1998). *Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain*. *Pain* 74. (pp.21-27) 7 sider
- Molton, I.R., Stoelb, B.L., Jensen, M.P., Ehde, D.M., Raichle, K.A. & Cardenas, D.D. (2009). *Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: Replication and cross-validation*. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, volume 46, number 1 2009. (pp.31-42) 12 sider
- Murray, R.F., Asghari, A. & Egorov, D.D. (2007). *Impact of spinal cord injury on self-perceived pre- and postmorbid cognitive, emotional and physical functioning*. *Spinal Cord* 45 (pp.429-436) 8 sider
- Norman, C., Bender, J.L., MacDonald, J., Dunn, M., Dunne, S., Siu, B., Hitzig, S.L., Jadad, A.R. & Hunter, J. (2010). *Questions that individuals with spinal cord injury have regarding their chronic pain: A qualitative study*. *Disability and Rehabilitation* 32 (2) (pp.114-124) 11 sider
- Perry, K.N., Nicholas, M.K. & Middleton, J. (2009). *Spinal cord injury-related pain in rehabilitation: A cross-sectional study of relationships with cognitions, mood and physical function*. *European Journal of Pain* 13 (pp.511-517) 7 sider
- Potter, P.J., Wolfe, D.L., Burkell, J.A. & Hayes, K.C. (2004). *Challenges in educating individuals with SCI to reduce secondary conditions*. *Sop Spinal Cord Injury Rehabil* 2004; 10. (pp.30-40) 11 sider
- Putzke, J.D., Richards, J.S. & Dowler, R.N. (2000). *The Impact of Pain in Spinal Cord Injury: A Case-Control Study*. *Rehabilitation Psychology*, Vol. 45, No. 4 (pp.386-401) 16 sider
- Raichle, K.A., Hanley, M., Jensen, M.P., Cardenas, D.D. (2007). *Cognitions, Coping, and Social Environment Predict Adjustment to Pain in Spinal Cord Injury*. *The Journal of Pain*, Vol.8, No.9 (September) 2007. (pp.718-729) 12 sider
- Robinson, R.M., Ells, P. & Cole, J. (1988). *Pain Following Spinal Cord Injury: Results from a postal survey*. *Pain* 1988; 34. (pp.101-102) 2 sider
- Russel. S.S. (2006). *An overview of adult-learning processes*. *Urologic Nursing*, October 2006, Volume 26 Number 5. (pp.349-352) 4 sider
- Sawatzky, B., Bishop, C.M., Miller, W.C. & the SCIRE Research Team. (2008). *Classification and measurement of pain in the spinal cord-injured population*. *Spinal Cord* 46. (pp.2-10). 9 sider

- Siddall, P.J. (2009). *Management of neuropathic pain following spinal cord injury: now and in the future*. *Spinal Cord* 47. (pp.352-359) 8 sider
- Siddall, P.J. & Finnerup, N.B. (2006). *Pain following spinal cord injury*. *Handbook of Clinical Neurology*, vol 83, 3rd series. (pp.689-703) 15 sider
- Siddall, P.J., Taylor, D.A. & Cousins, M.J. (1997). *Classification of pain following spinal cord injury*. *Spinal Cord* 35. (pp.69-75) 7 sider
- Snow-Turek, A.L., Norris, M.P. & Tan, G. (1996). *Active and passive coping strategies in chronic pain patients*. *Pain*, 64 (1996) (pp.455-462) 8 sider
- Stroud, M.W., Turner, J.A., Jensen, M.P. & Cardenas, D.D. (2006). *Partner Responses to Pain Behaviors Are Associated With Depression and Activity Interference Among Persons With Chronic Pain and Spinal Cord Injury*. *The Journal of Pain*, Vol 7, No 2 (February), 2006. (pp.91-99) 9 sider
- Summers, J.D., Rapoff, M.A., Varghese, G., Porter, K., Palmer, R.E. (1991). *Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain*. *Pain* 1991; 47 (pp.183-189) 7 sider
- Turner, J.A., Jensen, M.P., Warm, C.A. & Cardenas, D.D. (2002). *Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury*. *Pain* 98 (pp.127-134) 8 sider
- Turner, J.A. & Cardenas, D.D. (1999). *Chronic pain problems in individuals with spinal cord injuries*. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1999; 4 (pp.186-194) 9 sider
- Ullrich, P., Jensen, M., Loeser, J. & Cardenas, D. (2007). *Catastrophizing Mediates Associations Between Pain Severity, Psychological Distress, and Functional Disability Among Persons With Spinal Cord Injury*. *Rehabilitation Psychology* 2007, Vol.52, No.4. (pp.390-398) 9 sider
- Umlauf, R.L. (1992). *Psychological Interventions for Chronic Pain Following Spinal Cord Injury*. *The Clinical Journal of Pain* 8, 1992 Raven Press, New York. (pp.111-118) 8 sider
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Houdenhove, B.V. & Corte, W.D. (2003). *Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal*. *Pain* 106. (pp.65-72) 8 sider
- Warm, C.A., Turner, J.A., Marshall, H.M. & Cardenas, D.D. (2002). *Treatments for Chronic Pain Associated With Spinal Cord Injuries: Many Are Tried, Few Are Helpful*. *The Clinical Journal of Pain* 18. (154-163) 10 sider
- Wegener, S.T. & Haythornthwaite, J.A. (2001). *Psychological and Behavioral Issues in the Treatment of Pain After Spinal Cord Injury*. *The Spinal Cord Inj Rehabil* 7 (2) (pp.73-83) 11 sider

Widerström-Noga, E., Finnerup, N.B. & Siddall, P.J. (2009). *Biopsychosocial perspective on a mechanisms-based approach to assessment and treatment of pain following spinal cord injury*. Journal of Rehabilitation Research & Development, volume 46, number 1. (pp.1-12) 12 sider

Widerström-Noga, E., Biering-Sørensen, F., Bryce, T., Cardenas, D.D., Finnerup, N.B., Jensen, M.P., Richards, J.S. & Siddall, P.J. (2008). *The International Spinal Cord Injury Pain Basic Set*. Spinal Cord 46. (pp.818-823) 6 sider

Widerström-Noga, E.G., Duncan, R. & Turk, D.C. (2004). *Psychosocial Profiles of People With Pain Associated With Spinal Cord Injury – Identification and Comparison With Other Chronic Pain Syndromes*. Clin J Pain, volume 20, number 4, July/August (pp.261-271) 11 sider

Widerström-Noga, E.G. & Turk, D.C. (2003). *Types and effectiveness of treatments used by people with chronic pain associated with spinal injuries: influence of pain and psychosocial characteristics*. Spinal Cord 41. (pp.600-609) 10 sider

Widerström-Noga, E.G., Felipe-Cuervo, E., Broton, J.G., Duncan, R.C. & Yeziarski, R.P. (1999). *Perceived difficulty in dealing with consequences of spinal cord injury*. Arch Phys Med Rehabil 80 (pp.580-586) 7 sider

Wolf, C.J. & Salter, M.W. (2000). *Neuronal plasticity: Increasing the gain in pain*. Science, 288 (pp.1765-1772) 8 sider

Yeziarski, R.P. (2009). *Spinal Cord injury pain: Spinal and Supraspinal mechanisms*. Journal of Rehabilitation Research & Development, volume 46, number 1, 2009 (pp.95-108) 14 sider

I alt 515 sider

Samlet udgør dette 2261 siders nyt pensum

9.2.2 Tidligere anvendt litteratur

Bøger eller uddrag fra bøger

Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy – Basics and Beyond*. The Guilford Press, New York (pp.1-24 + 105-124 + 248-268) 65 sider

Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists – A Guide to Data Analysis using SPSS for Windows*. Palgrave Macmillan. 3rd Edition. (pp.69-106 + 161-267) 145 sider

Ewen, R.B. (2003). *An Introduction to Theories of Personality*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. London. Sixth Edition. (pp.365-385) 21 sider

Kvale, S. (1997). *En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, 1.udgave, 12.oplag. (pp.49-147+ 225-246) 121 sider

Langdridge, D. (2004). *Introduction to Research Methods and Data Analysis in Psychology*. Pearson, Prentice Hall. (pp.31-56 + pp.67-78 + pp.274-292) 56 sider

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company, New York. (pp.22-54 + 141-180) 73 sider

Martini, F.H. (2004). *Fundamentals of Anatomy & Physiology*. Benjamin Cummings & Prentice Hall. USA. Sixth Edition. (pp.429-461) 33 sider

Rosenberg, N.K. & Mørch, M.M. (2005). *Kognitiv terapi*. In: Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K. (red). *Kognitiv terapi – modeller og metoder*. Hans Reitzels Forlag. (pp.17-45) 29 sider

I alt 543 sider

Artikler

Budh, C.N., Kowalski, J. & Lundeberg, T. (2006). *A Comprehensive Pain Management Programme Comprising Educational, Cognitive and Behavioural Interventions For Neuropathic Pain Following Spinal Cord Injury*. J Rehabil Med 38. (pp.172-180) 9 sider

Cairns, D.M., Adkins, R.H. & Scott, M.D. (1996). *Pain and Depression in Acute Traumatic Spinal Cord Injury: Origins of Chronic Problematic Pain?* Arch Phys Med Rehabil vol 77 (pp.329-335) 7 sider

Craig, A, Tran, Y. & Middleton, J. (2009). *Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review*. Spinal Cord 47. (pp.108-114) 7 sider

Craig, A., Hancock, K. & Dickson, H. (1999). *Improving the long-term adjustment of spinal cord injured persons*. Spinal Cord 37. (pp.123-132) 6 sider

Craig, A., Hancock, K., Chang, E. & Dickson, H. (1998). *The Effectiveness of group psychological intervention in enhancing perceptions of control following spinal cord injury*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 32. (pp.112-118) 7 sider

Craig, A.R., Hancock, K., Dickson, H. & Chang, E. (1997). *Long-Term Psychological Outcomes in Spinal Cord Injured Persons: Results of a Controlled Trial Using Cognitive Behaviour Therapy*. Arch Phys Med Rehabil, Vol.78. (pp.33-38) 6 sider

Davidson, K.P., Pennebaker, R.C. & Dickerson, S.S. (2000). *Who talks? The Social psychology of illness support groups*. American Psychologists, 55. (pp.205-217) 13 sider

- deRoon-Cassini, T.A., de St. Aubin, E., Valvano, A., Hastings, J. & Horn, P. (2009). *Psychological Well-being After Spinal Cord Injury: Perception of Loss and Meaning Making*. Rehabilitation Psychology, Vol. 54, No. 3. (pp.306-314) 9 sider
- Doyle, L., Brady, A.M. & Byrne, G. (2009). *An overview of mixed methods research*. Journal of Research in Nursing, Sage Publications, Vol. 14 (2). (pp.175-185) 11 sider
- Duchnick, J.J., Letsch, E.A. & Curtiss, G. (2009). *Coping Effectiveness Training During Acute Rehabilitation of Spinal Cord Injury/Dysfunction: A Randomized Clinical Trial*. Rehabilitation Psychology, vol.54, no.2. (pp.123-132) 10 sider
- Ehde, D.M. & Jensen, M.P. (2007). *Psychological Treatments for Pain Management in Persons with Spinal Cord Injury: Cognitive Therapy and Self-Hypnosis Training*. Top Spinal Cord Inj Rehabil 13. (pp.72-80) 9 sider
- Hanley, M.A., Raichle, K., Jensen, M. & Cardenas, D.D. (2008). *Pain Catastrophizing and Beliefs Predict Changes in Pain Interference and Psychological Functioning in Persons with Spinal Cord Injury*. The Journal of Pain, Vol.9, No.9 (September) 2008. (pp.863-871) 9 sider
- Hanson, W.E., Creswell, J.W., Plano, V.L., Petska, K.S. & Creswell J.D (2005). *Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology*. Journal of Counseling Psychology 2005, Vol. 52, No. 2. (pp.224-235) 12 sider
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J. & Turner, L.A. (2007). *Toward a Definition of Mixed Methods Research*. Journal of Mixed Methods Research, Vol. 1, No. 2, April 2007. (pp.112-133) 22 sider
- Kelle, U. (2006). *Combining qualitative methods in research practice: purpose and advantages*. Qualitative Research in Psychology 2006; 3. (pp.293-311) 19 sider
- Middleton, J.W., Craig, A. & Tran, Y. (2007). *Relationship Between Quality of Life and Self-Efficacy in Persons With Spinal Cord Injuries*. Arch Phys Med Rehabil 88 (pp.1643-1648) 6 sider
- Siddall, P.J., McClelland, J.M., Rutkowski, S.B. & Cousins, M.J. (2003). *A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury*. Pain 103. (pp.249-257) 9 sider
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. Bukingham: Open University Press. Kapitel 4 (pp.50-69) 20 sider
- Wollaars, M.M., Post, M.W.M., van Asbeck, F.W.A. & Brand, N. (2007). *Spinal Cord Injury Pain: The Influence Psychological Factors and Impact on Quality of Life*. Clin J Pain 23 (pp. 383-391) 8 sider
- Wood-Dauphinèe, S., Exner, G. & the SCI Consensus Group (2002). *Quality of life in patients with spinal cord injury-basic issues, assessment, and recommendations*. Restorative Neurology and Neuroscience 20 (pp. 135-149) 15 sider

I alt 205 sider

Samlet udgør dette 748 sider tidligere anvendt pensum

Samlet pensumliste (bestående af ny og tidligere anvendt pensum) udgør 3009 sider

Hjemmesider:

Figur 1 fra:

www.walbomchiropractic.com

Forsidebillede hentet fra:

www.sciencedaily.com

Yderligere anvendte hjemmesider:

www.ryk.dk

Acknowledgements

Undertegnede vil gerne rette en tak til følgende:

Paraplegifunktionen i Viborg, herunder psykologer Sara H. Molsen og Zita Palmquist samt overlæge Inge Lauge.

Tia Hansen

Interview- og spørgeskemadeltagere