

## TENGLS LANGVINNRA VERKJA OG AÐLÖGUNAR

Könnun meðal einstaklinga sem bíða eftir endurhæfingu vegna langvinnra verkja

### Útdráttur

Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða: 1) tengsl á milli mismunandi viðbragða við langvinnnum verkjum og aðlögunar að verkjunum; 2) hvort tengsl væru á milli styrks verkja og aðlögunar; 3) viðbragða við verkjunum og tilfinninga fyrir að hafa stjórn á þeim. Notað var þverskurðarsnið og gögnum safnað með spurningalistum sem þátttakendum voru sendir í pósti. Aðlögun var metin með því að nota Short form-20 spurningalistann (SF-20) sem mælir mat sjúklinga á eigin heilsu, og líkamlega og sálfélagslega heilsu. Viðbrögð við verkjum voru skoðuð með því að nota Pain Coping Strategies Questionnaire (CSQ). Þátttakendur voru einstaklingar á biðlista eftir endurhæfingu vegna langvarandi verkja (N = 72). Svör bárust frá 45 einstaklingum (62,5%).

Endurtúlkun sársaukatilfinningar (reinterpreting pain sensation) og hörmungahyggja (catastrophizing) voru þau viðbrögð sem sýndu sterkust tengsl á milli aðlögunarþátta. Marktæk tengsl voru milli styrks verkja að jafnaði og líkamlegrar heilsu ( $r=-0,387$ ;  $p\leq 0,05$ ); mats á almennri heilsu ( $r=-0,444$ ;  $p\leq 0,01$ ) og hversu mikla stjórn þátttakendur töldu sig hafa á verkjunum ( $r=-0,304$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Niðurstöður benda til að það séu einkum tvenns konar viðbrögð við langvinnnum verkjum sem hafi sterkust tengsl við aðlögun að þeim. Styrkur verkja hefur að jafnaði tölfræðilega marktæk tengsl við það hversu mikla stjórn einstaklingar telja sig hafa á verkjunum og hversu mikið þeir telja sig geta dregið úr þeim. Ekki er þó um að ræða tölfræðilega marktæk tengsl milli styrks verkja og viðbragða við verkjum.

**Lykilorð:** Langvarandi verkir, viðbrögð við verkjum, styrkur verkja, hegðun verkja, aðlögun.

### Inngangur

Verkir, sem staðið hafa lengur en 3-6 mánuði, eru skilgreindir sem langvinnir verkir. Þeir eru almennt viðurkenndir sem eitt af útbreiddustu og erfiðustu heilbrigðisvandamálum á Vesturlöndum nútímans. Langvinnir verkir valda miklum sálrænum og líkamlegum þjáningum og kosta bæði einstaklinga og samfélag mikla fjármuni á hverju ári (Smith o.fl., 1999; Thomsen o.fl., 2002; Turk, 2002). Rannsókn Smith o.fl. (1999) sýndi að 10-15% einstaklinga leita einhvern tíma til heilbrigðiskerfisins vegna verkja en ætla má að mun fleiri læri að lifa með verkjunum eða þjáist án þess að leita sér hjálpar.

### ENGLISH SUMMARY

Jónsdóttir P.

Tímarit hjúkrunarfræðinga (2007). 83(3) 49-55

### CONNECTION BETWEEN CHRONIC PAIN AND ADJUSTMENT.

The aim of this study was to investigate the relationship between 1) coping strategies and adjustment to chronic pain; 2) pain intensity and adjustment; 3) coping strategies and perceived control over pain. A cross-sectional research design was employed and data was collected by a postal questionnaire. Adjustment was assessed by using the Short form-20 health survey (SF-20), measuring perceived general health, and physical and psychosocial health. Coping was assessed with the Pain Coping Strategies Questionnaire (CSQ). Eligible participants were all those who were on a waiting list (N = 72) to be admitted to a rehabilitation centre. Forty five valid responses were returned (62.5%).

Reinterpreting pain sensation and catastrophizing were the two coping strategies showing the strongest relationship with adjustment factors. Statistically significant relationship was identified between pain intensity and physical health ( $r=-0.387$ ;  $p\leq 0.05$ ); perceived general health ( $r=-0.444$ ;  $p\leq 0.01$ ) and perceived control over pain ( $r=-0.304$ ;  $p\leq 0.05$ ).

These results indicate two coping strategies having strongest relation with adjustment factors. Intensity of pain tested statistically significantly related to perceived control over pain and adjustment factors, even though pain intensity is not statistically significantly related to coping strategies.

**Key words:** Chronic pain, pain coping strategies, pain intensity, patterns of pain, adjustment.

Correspondance: Porbjörg Jónsdóttir, torbj@unak.is

Í nýlegri rannsókn á tíðni langvinnra verkja kom fram að 19% Evrópubúa á fullorðinsaldri þjáist af langvinnnum verkjum sem hafa truflandi áhrif á daglegt líf þeirra og eru stoðkerfisverkir þar algengastir. Eftirtekt vekur þó að mikill munur er á milli þeirra landa sem þátt tóku, allt frá 12% á Spáni til 30% í Noregi (Breivik o.fl., 2006). Íslenskri rannsókn á algengi örorku á Íslandi í desember 2002 kom fram að 33,9% kvenna og 16,6% karla, sem þáðu fullar örorkubætur, gerðu það vegna langvinnra verkja af völdum sjúkdóma eða einkenna frá stoðkerfi (Sigurður Thorlacius og Sigurður B. Stefánsson, 2004). Í annarri íslenskri rannsókn (Helgi Birgisson o.fl., 1998) er áætlað að 9,8% kvenna og 1,3% karla þjáist af vefjagigt. Í sömu rannsókn kemur fram að 26,9% kvenna og 12,9% karla höfðu útbreidda verki frá stoðkerfi.

Margar leiðir og aðferðir hafa verið reyndar til að skýra og skilgreina langvinna verki, bæði orsakir þeirra og viðbrögð við þeim. Í ýmsum rannsóknnum hefur verið bent á mikilvægi sálrænna þátta í skynjun og þróun langvinnra verkja (Ghallagher, 1999; Hasenbring o.fl., 2001; Vendrig o.fl., 1998) og aðlögun að þeim (Hill o.fl., 1995; Jensen o.fl., 1994; Martin o.fl., 1996; McCracken, 1998; Tan o.fl., 2001). Einnig hefur komið í ljós að einstaklingum tekst misvel að aðlagast og lifa með langvarandi verki (Jensen o.fl., 1991).

Margir sjúklingar hafa haft langvinna verki svo árum skiptir og fara á milli meðferðaraðila innan heilbrigðiskerfisins. Hætta er á að þessir einstaklingar festist í viðhæring andlegra og líkamlegra þjáninga og fötlunar, verði óvinnufærir og einangrist félagslega. Davies o.fl. (1994) hafa bent á að eftir því sem lengra líður frá því að verkirnir byrja og þar til viðeigandi meðferð hefst, dvíni mjög líkurnar á bata. Sjúklingar með langvinna verki þrói gjarnan með sér ákveðið verkjaatferli og sálræn vandamál, auk þess sem ýmsar líkamlegar breytingar eigi sér stað sem festi vandamálið enn frekar í sessi.

Fjölmargar rannsóknir hafa verið gerðar á því hvernig einstaklingar takast á við og lifa með eða aðlagast langvarandi verkjum (Haythornthwaite o.fl., 1998; Jensen o.fl., 1992; Martin o.fl., 1996; Riley o.fl., 1999; Rosenstiel og Keefe, 1983; Snow-Turek o.fl., 1996; Tait og Chibnall, 1998). Á ensku eru hugtökin „coping“ og „adjustment“ notuð í þessu samhengi.

Líta má á „coping“ sem hegðunarlega og vitræna tjáningu á tiltrú og viðhorfum sem getur miðað að því að leysa vandamál sem að steðja (problem focused) eða falist í tilfinningalegum (emotion focused) viðbrögðum við tilteknum streituvaldi (Lazarus og Folkman, 1984). „Coping“ má því skilgreina sem viðbrögð við aðsteðjandi streituvaldi sem geta verið að takast á við streituvaldinn eða þann vanda sem hann veldur eða tilfinningaleg viðbrögð við honum. „Adjustment“ er hér þýtt sem aðlögun og vísar til „viðleitni einstaklingsins til að semja sig að eða aðlagast umhverfi og eigin ástandi til að viðhalda sálrænu og sálfélagslegu jafnvægi“ (Mosby's Medical & Nursing Dictionary, 1983, bls. 26).

Í þessari rannsókn er streituvaldurinn langvinnir verkir. Segja má að viðleitni til að takast á við verkina og aðlagast

þeim og lifa innihaldsríku lífi þrátt fyrir þá sé dæmi um virk viðbrögð en tilfinningaleg viðbrögð við streituvaldandi álagi eins og langvinnnum verkjum geti flokkast sem óvirk. Dæmi um virk viðbrögð við langvinnnum verkjum eru: endurtúlkun sársaukatilfinningar (reinterpreting pain sensation), þ.e. að ímynda sér að verkirnir séu eitthvað annað en sársaukatilfinning, t.d. hiti eða þungi, eða ímynda sér að verkirnir eigi sér stað fyrir utan eigin líkama; dreifing athyglinnar frá verkjunum (diverting attention); aukin líkamleg virkni (increasing behavioural activity); sjálfshughreysting með jákvæðum fullyrðingum (coping self statements) og útilokun verkjanna (ignoring pain) (Haythornthwaite o.fl., 1998; Jensen o.fl., 1992; Martin o.fl., 1996; Rosenstiel og Keefe, 1983; Snow-Turek o.fl., 1996). Ekki eru þó allir fræðimenn á eitt sáttir um hvort það síðastnefnda, þ.e. að útiloka verkina, geti talist virk eða óvirk viðbrögð.

Til óvirkra viðbragða telst það sem nefnt hefur verið á íslensku hörmungahygga (catastrophizing), þ.e. að sjá aðeins það neikvæða í stöðunni og sjá enga leið út úr henni. Önnur óvirk aðferð er bæn og von (praying and hoping) (Haythornthwaite o.fl., 1998; Jensen o.fl., 1992; Martin o.fl., 1996; Rosenstiel og Keefe, 1983; Snow-Turek o.fl., 1996). Það kemur e.t.v. einhverjum á óvart að það að biðja og vona getir talist óvirk viðbrögð við verkjum og til trafala við að hafa stjórn á og aðlagast þeim en hér er átt við að treysta ávallt á að einhverjir aðrir, t.d. læknar eða Guð, leysi vandamálið án þess að einstaklingurinn leggi neitt af mörkum sjálfur.

Því hefur verið haldið fram að viðbrögð við verkjum séu eins konar ferli, þ.e. að viðbrögð einstaklingsins stjórnir ekki aðeins því hvernig hann tekst á við vandamál eins og langvinna verki, heldur stjórnir einnig af því hvernig honum hefur hingað til tekist að fást við vandamálið. Þróun slíkra aðferða sé þannig gagnvirk til ferli sem taki vikur, mánuði og ár og hafi áhrif á lífsviðhorf einstaklingsins og trú hans á því hvort hægt sé að sigrast á vandamálinu. Þannig er bent á að sálrænir þættir samfara langvinnnum verkjum geti verið bæði orsök og afleiðing verkjanna (Haythornthwaite o.fl., 1998; Linton og Skevington, 1999).

Rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar, sem hafa haft verki lengi, virðast oft nota óvirkari aðferðir til að bregðast við þeim en þeir sem hafa átt skemur við verkjavandamál að stríða (Tait og Chibnall, 1998). Einstaklingum, sem sýna óvirk viðbrögð, þ.e. að treysta á utanaðkomandi hjálptil að leysa vandamálið, er meiri hætta búin að festast í langvarandi verkjavandamálum og heilsuleysi en þeim sem treysta meira á sjálfa sig við lausn vandamála (Riley o.fl. 1999). Rannsóknir Snow-Turek o.fl. (1996) benda til þess að við endurhæfingu einstaklinga með langvarandi verki sé ekki nóg að leggja áherslu á að styrkja virk viðbrögð heldur sé ekki síður mikilvægt að draga úr óvirkum viðbrögðum í þeirri viðleitni að aðlagast og læra að lifa innihaldsríku lífi þrátt fyrir verkina. Þess ber þó að geta að flestar slíkar rannsóknir á þessu sviði hafa verið gerðar á sjúklingum sem komið hafa til meðferðar á sérhæfðum verkjameðferðardeildum og hafa haft verki um langa hríð. Það getur því verið erfitt að sjá hvort óvirk viðbrögð við verkjum og almennt heilsuleysi eru orsök eða afleiðing langvarandi verkja.

Jensen o.fl. (1992) hafa gagnrýnt þá fræðimenn sem flokka aðferðir til að bregðast við langvinnnum verkjum í aðeins tvo flokka: virkar og óvirkar, málið sé flóknara en svo. Einstök viðbrögð, sem geta talist virk, geta verið ólík og misjafnlega árangursrík og sama megi segja um óvirk viðbrögð.

Jensen o.fl. (1992) rannsökuðu 141 sjúkling með langvinna verki sem þeir völdu með þægindaúrtaki. Skoðuð voru áhrif virkra og óvirkra viðbragða á aðlögun annars vegar og hins vegar voru skoðuð áhrif einstakra viðbragða óháð því hvort þau flokkuðust sem virk eða óvirk. Öll viðbrögð, sem fela í sér tilraun til að bregðast við verkjunum á virkan og uppbyggilegan hátt, s.s. að dreifa athyglinni frá verkjunum með því að taka sér eitthvað fyrir hendur eða hugsa um eitthvað ánægjulegt eða að líta á verkina sem verkefni sem þyrfti að leysa, voru skilgreind sem virk. Það að reyna að útiloka verkina, treysta á eða vona að Guð eða lækarnir leysi vandamálið, eða að gefast upp og finnast lífið ekki vera þess virði að lifa því voru skilgreind sem óvirk viðbrögð. Engin marktæk fylgni kom fram á milli virkra viðbragða og líkamlegrar eða sálfélaglegrar heilsu né kvíða eða þunglyndis. Aftur á móti var um að ræða marktækt verri sálfélaglega líðan og meiri kvíða og þunglyndi hjá einstaklingum sem mættu verkjunum með óvirkum viðbrögðum og hjálparleysi án þess þó að líkamleg heilsa þeirra væri lélegri (Jensen o.fl., 1992). Þegar tengsl einstakra viðbragða við aðlögun að verkjum og líkamlegt og sálfélaglegt heilbrigði voru skoðuð voru það tvenns konar viðbrögð sem virtust hafa mest áhrif á aðlögun að verkjunum. Annað þeirra var að endurtúlka sársaukann sem eitthvað annað (reinterpreting pain sensation) og það reyndist hafa jákvæð áhrif á aðlögun og flokkast sem virk aðferð. Hitt viðbragðið, sem virtist hafa afdrifarík og neikvæð áhrif á aðlögun einstaklinga að verkjunum og líkamlega og sálfélaglega líðan, var hörmungahygga (catastrophizing) sem flokkast sem óvirkt viðbragð (Jensen o.fl., 1992). Fleiri rannsóknir hafa leitt í ljós að hörmungahygga er sú aðferð sem hefur afdrifaríkust og neikvæðust áhrif á almenna aðlögun og líkamlegt og sálfélaglegt heilbrigði þeirra sem þjást af langvarandi verkjum (Martin o.fl., 1996; Tan o.fl., 2001; Turner o.fl., 2002).

Niðurstöður fyrri rannsókna benda til þess að samhengi virðist vera á milli viðbragða einstaklinga við langvarandi verkjum og þess hvernig þeim tekst að aðlagast og lifa eðlilegu og innihaldsríku lífi þrátt fyrir verkina. Því var ákveðið að skoða almennt, líkamlegt og sálfélaglegt heilbrigði einstaklinga með langvinna verki sem bíða endurhæfingar og tengsl þess við viðbrögð við verkjunum. Viðfangsefnið hefur verið rannsakað talsvert erlendis en lítið eða ekkert hér á landi. Því er mikilvægt að skoða viðbrögð og aðlögun einstaklinga sem bíða endurhæfingar hér á landi vegna langvinnra verkja.

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða: 1) hvort tengsl væru á milli viðbragða við langvinnnum verkjum og aðlögunar að verkjunum; 2) hvort einhver tengsl væru á milli styrks verkjanna og aðlögunar; 3) hvort tengsl væru á milli viðbragða við verkjunum og tilfinningar fyrir að hafa stjórn á þeim og geta dregið úr þeim.

## Aðferð

### Þátttakendur og framkvæmd

Þátttakendur í þessari rannsókn voru einstaklingar sem voru á biðlista eftir endurhæfingu vegna langvinnra verkja á endurhæfingardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA) í Kristnesi í maí 2003; á þessum tíma voru það 72 einstaklingar. Vegna smæðar þýðisins var ákveðið að nota hentugleikaúrtak og bjóða öllum sem voru á biðlistanum að taka þátt í rannsókninni.

Fyrirspurn og tilkynning var send til Persónuverndar og fengið var leyfi fyrir gerð rannsóknarinnar frá vísindasiðanefnd FSA, framkvæmdastjóra lækninga, framkvæmdastjóra hjúkrunar á FSA og deildarstjóra og yfirlækni endurhæfingadeildar FSA. Þegar öll leyfi voru fengin var spurningalisti ásamt upplýsingum um rannsóknina sendur til þátttakenda og þeim gefnar tvær vikur til að svara. Að tveimur vikum liðnum voru send bréf til sömu einstaklinga ásamt nýjum spurningalista til áminningar. Þátttakendur voru beðnir um að gefa skriflegt upplýst samþykki sitt fyrir þátttöku.

### Mælitæki

Til að skoða viðbrögð við langvinnnum verkjum og tilfinningu einstaklinga fyrir því að hafa stjórn á verkjunum eða getu til að draga úr þeim var notaður spurningalistinn Pain Coping Strategies Questionnaire (CSQ) (Rosenstiel og Keefe, 1983). CSQ-spurningalistinn hefur verið mikið notaður við rannsóknir á aðferðum einstaklinga til að bregðast við langvarandi verkjum (Martin o.fl. 1996; Rothe og Geisser, 2002; Turner o.fl., 2000). Listinn hefur ekki áður verið notaður hér á landi og var því þýddur sérstaklega fyrir þessa rannsókn. Þýðing spurningalistans fór fram með hefðbundnum hætti, þ.e. spurningar voru þýddar úr ensku yfir á íslensku og bakþýddar aftur yfir á ensku af óháðum aðila. Löggiltur þýðandi aðstoðaði við og yfirfór allar þýðingar. Sú útgáfa CSQ-spurningalistans, sem notuð var í þessari rannsókn, inniheldur 42 fullyrðingar sem skipt er niður í 7 flokka eftir eðli þeirra þar sem hver flokkur stendur fyrir ákveðið viðbragð (Martin o.fl., 1996). Svarendur voru beðnir um að merkja við á sjö stiga kvarða hversu vel hver og ein fullyrðing ætti við þá (0 = „á aldrei við“, 3 = „á stundum við“, 6 = „á alltaf við“). Vægi hvernar fullyrðingar getur þannig minnst verið 0 og mest 6 en vægi hvers flokks eða viðbragðs getur verið minnst 0 og mest 36 (6x6). Þátttakendur voru einnig beðnir um að meta á sama kvarða hversu vel þeim tækist að hafa stjórn á verkjunum og draga úr þeim með þeim aðferðum sem þeir notuðu til að bregðast við verkjunum. Nánari útlitun á flokkun og innihaldi fullyrðinga í CSQ-spurningalista er að finna í töflu 1.

Til að skoða heilsufarsþætti, s.s. mat á almennri heilsu, líkamlega heilsu og sálfélaglega heilsu þátttakenda voru notaðar spurningar úr spurningalistaform Short form-20 health survey (SF-20). SF-20-spurningalistinn var saminn til að meta líkamlegt og sálfélaglegt heilsufar og virkni, auk verkja og mats á eigin heilsu (Stewart, 1988). Ýtarlegri og lengri útgáfa af spurningalistaform (SF-36) (Ware og Rand Corporation, 1990) var þýdd á íslensku á vegum Glaxo Wellcome á Íslandi árið 1996. Sú þýðing

Tafla 1. Lýsing á innihaldi CSQ-spurningalistans

Dæmi um virk viðbrögð	Dæmi um fullyrðingu
1. Dreifa athyglinni (diverting attention) 2. Endurtúlka sársaukatilfinninguna (reinterpreting pain sensation) 3. Að hughreysta sjálfan sig með jákvæðum fullyrðingum (coping self statements) 4. Að auka almenna virkni (increasing behavioural activity) 5. Leiða verkina hjá sér (ignoring pain)	„Ég tel í huganum eða raula eitthvert lag fyrir munni mér.“ „Ég hugsa um verkina eins og einhvers konar tilfinningu, t.d. dofa.“ „Ég segi sjálfum/sjálfri mér að vera hugrakkur/hugrökk og halda áfram þrátt fyrir verkina.“ „Ég fer eitthvað út, t.d. í bíó eða út að versla.“ „Ég reyni að vera innan um annað fólk.“ „Ég leiði þetta hjá mér.“ „Ég hugsa ekkert um verkina.“
Dæmi um óvirk viðbrögð	
6. Að biðja og vona að einhver, t.d. Guð eða læknar, lini verkina (praying and hoping) 7. Hörmungarhyggja (catastrophizing)	„Ég hef trú á að læknunum takist einhvern tíma að finna lækningu við verkjunum.“ „Mér finnst ég ekki þola þetta lengur.“ „Verkirir eru hræðilegir og það þyrmir yfir mig.“
Gagnsemi viðbragðsaðferða (stjórnunarþættir)	
1. Stjórn á verkjunum  2. Geta til að draga úr verkjum	Með tilliti til þeirra hugsana og athafna sem þú grípur helst til að takast á við verkina frá degi til dags, hve mikla stjórn finnst þér þú hafa á þeim? Merktu við viðeigandi tölu á eftirfarandi kvarða. Með tilliti til þeirra hugsana og athafna sem þú grípur helst til að takast á við verkina frá degi til dags, hve mikið finnst þér þú geta dregið úr þeim? Merktu við viðeigandi tölu á eftirfarandi kvarða.

var gerð í samráði við höfunda listans og sérfræðing hjá Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands. Listinn var notaður við rannsóknir hjá lyfjafyrirtækinu en niðurstöður þeirra rannsókna hafa ekki birst opinberlega. Íslensk þýðing SF-36 inniheldur allar spurningar SF-20. Til að hafa heildarspurningalistann, sem sendur var til þátttakenda, eins stuttan og mögulegt var var ákveðið að nota SF-20 í stað SF-36. Af sömu ástæðu voru aðeins hlutar af SF-20 spurningalistanum notaðir, þ.e. spurningar 1, 2 og 6-11. Þessar spurningar lúta að mati á almennu heilbrigði (spurning 1), líkamlegri virkni (takmarkanir í daglegum athöfnum, spurning 2) og spurningar sem lúta að sálfélagslegri líðan (spurningar 6-11).

Þátttakendur voru beðnir um að meta:

- 1) almenna heilsu sína, hvort hún væri afbragðsgóð, mjög góð, góð, sæmileg eða léleg.
- 2) líkamlega getu sína með því að gefa til kynna hve lengi heilsa þeirra hafði takmarkað þá við að framkvæma sjö tiltekna athafnir. Notaður var kvarðinn 1 (hefur háð mér í meira en 12 mánuði), til 5 (hefur aldrei háð mér).
- 3) sálfélagslega heilsu sína með því að merkja við á kvarðanum 1 (alltaf) til 6 (aldrei), hve oft þeim hefði fundist heilsa sín hindra þá í félagslegum athöfnum og hversu oft þeim hefði fundist þeir vera taugaóstyrkir, í góðu jafnvægi, niðurdregnir og daprir eða hamingjusamir síðustu mánuði.

Til að afla upplýsinga um hegðun verkjanna, hversu lengi þeir höfðu varað og styrk og staðsetningu þeirra voru notaðar spurningar úr spurningalista sem notaður er við upplýsingasöfnun um sjúklinga við innlögn á Manchester & Salford Back Pain Centre í Englandi (Frost, 2000). Þátttakendur voru beðnir um að merkja staðsetningu verkjanna á teikningu af mannslíkama og meta styrk þeirra á kvarðanum 0-5 eins og þeir voru að jafnaði (dags daglega), mestir og minnstir þar sem hærrí tala benti til meiri verkja. Einnig voru þátttakendur beðnir um að svara spurningum um hegðun verkjanna,

þ.e. hvort þeir væru stöðugir eða breytilegir. Að lokum voru lýðfræðilegar spurningar um kyn, aldur, hjúskaparstöðu, menntun, atvinnuþátttöku og tekjuöflun. Spurningalistinn var forprófaður í febrúar 2003 á 10 einstaklingum sem þá voru að hefja meðferð á endurhæfingardeild FSA í Kristnesi.

### Úrvinnsla

Notuð var lýsandi tölfræði við úrvinnslu gagna í SPSS-tölfræðiforritinu. Niðurstöður voru fengnar með því að reikna út meðaltöl og fylgni breyta.

Þar sem spurningalistinn, sem notaður var í þessari rannsókn, var samsettur úr hlutum úr öðrum spurningalistum og hlutar hans sérstaklega þýddir fyrir þessa rannsókn, var áreiðanleiki hans og innra samræmi prófuð með því að reikna úr Cronbachs alfa fyrir einstaka hluta og fyrir listann í heild. Áreiðanleikastuðlar fyrir einstaka hluta reyndust vera á bilinu 0,66-0,90 en fyrir spurningalistann í heild sinni 0,81. Allir áreiðanleikastuðlar fyrir utan einn (að leiða verkina hjá sér (ignoring pain)), reyndust vera yfir 0,7 sem sýnir gott innra samræmi spurningalistans (Creswell, 2003; Polit og Hungler, 1999).

### Niðurstöður

Í upprunalegu úrtaki voru 12 karlar og 60 konur. Svör bárust frá 36 konum og 9 körlum og er það 62,5% heildarsvör. Meðalaldur var 46,8 ár (spönn 21-72 ára). Aðeins 6 (13,3%) voru í launaðri vinnu og 17 höfðu verið frá vinnu vegna verkjanna lengur en 5 ár. Meirihluti þeirra sem ekki voru í vinnu (n=32) fengu örorkubætur frá Tryggingastofnun ríkisins. Algengast var að fólk væri með verki á háls- og herðasvæði og í mjóðaki og flestir voru með verki á 3-4 stöðum í líkamanum. Meðalstyrkur verkja, sem þátttakendur höfðu að jafnaði, var 3,5 (spönn 2-5 á kvarðanum 0-5). Meðaltal fyrir verstu verki var 4,6 (spönn 3-5) og 2,4 (spönn 1-4) fyrir minnstu verki. Einkenni úrtaks er að finna í töflu 2.

Tafla 2. Einkenni úrtaks

Menntun	n	%
Grunnskólamenntun	31	68,9%
Almennur framhaldsskóli	4	8,9%
Sérmenntun á framhaldsskólastigi	5	11,1%
Háskólamenntun	3	6,7%
Svara ekki	2	4,4%
Samtals	45	100%
<b>Hjúskaparstaða</b>		
Giftir eða í sambúð	31	68,9%
Einhleypir	14	31,1
Samtals	45	100%
<b>Hegðun verkjanna</b>		
Stöðugir með óbreyttum styrk	5	11,1%
Stöðugir með breytilegum styrk	31	68,9%
Oftast með verki en verkjalaus tímabil inn á milli	3	6,7%
Oftast með verki en verkjalausar stundir inn á milli	6	13,3%
Samtals	45	100%

Pegar einstök viðbrögð við verkjum voru skoðuð vógu þingst sjálfshugreysting (coping self statements) (meðaltalsvægi aðferðarinnar í heild 23,05 af 36 mögulegum) og bæn og von (praying and hoping) (meðaltalsvægi aðferðarinnar í heild 21,82). Þær aðferðir við að bregðast við verkjum, sem minnst vógu, voru endurtúlkun á sársaukatilfinningu (reinterpreting pain sensation) (meðaltalsvægi 9,54) og hörmungahyggi (catastrophizing) (meðaltalsvægi 16,41). Sjá nánar í töflu 3.

Tafla 3. Dreifing og vægi aðferða til að bregðast við verkjum

	n	Lægsta gildi	Hæsta gildi	Meðaltal (summa)	SF
Endurtúlka sársaukatilfinningu (reinterpreting pain sensation)	39	0,0	33,0	9,54	9,02
Aukin virkni (increasing behavioural activity)	39	3,0	36,0	17,38	7,67
Dreifa athyglinni (diverting attention)	39	0,0	33,0	18,41	7,17
Sjálfshugreysting (coping self-statements)	39	2,0	36,0	23,05	7,02
Útiloka verkina (ignoring pain sensation)	38	0,0	31,0	19,32	6,63
Bæn og von (praying and hoping)	39	3,0	36,0	21,82	9,18
Hörmungahyggi (catastrophizing)	37	0,0	36,0	16,41	8,91
Telur sig hafa stjórn á verkjum (perceived control over pain)	44	0,0	6,0	--	--
Telur sig geta dregið úr verkjum (perceived ability to decrease pain)	45	0,0	6,0	--	--

Í töflu 3 má sjá að fjöldi svarenda (n) er ekki sá sami fyrir allar viðbrögðs-aðferðir. Það skýrist af því að ekki hafa allir þátttakendur svarað öllum full-yrðingum.

### Tengsl milli einstakra viðbragða og aðlögunarþátta

Tengsl á milli mismunandi viðbragða og aðlögunarþátta voru skoðuð með því að reikna út fylgni þessara breyta. Niðurstöður fylgniprófa eru sýndar í töflu 4. Þegar tengsl viðbragða við verkjum og einstakra aðlögunarþátta eru skoðuð kemur í ljós að tölfræðilega marktæk tengsl eru á milli mats á almennri heilsu og endurtúlkun sársaukatilfinningar annars vegar ( $r=0,345$ ;  $p\leq 0,05$ ). Einnig má sjá tengsl milli mats á almennri heilsu og sjálfshugreystingar ( $r=0,303$ ) þó ekki séu þau tölfræðilega marktæk ( $p=0,61$ ). Tengsl þessara þátta eru jákvæð í báðum tilfellum en það bendir til þess að þeir sem bregðast við verkjunum með sjálfshugreystingu og/eða með því að endurtúlka sársaukatilfinninguna sem einhverja aðra tilfinningu telja sig almennt vera við betri almenna heilsu. Aðrar aðferðir við að bregðast við verkjunum virtust hafa mun minni tengsl við mat á almennri heilsu.

Hvað varðar líkamlega heilsu og viðbrögð við verkjum var aðeins um að ræða veikt samband nema hvað neikvæð tengsl voru milli líkamlegrar heilsu og sjálfshugreystingar. Því frekar sem þátttakendur brugðust við verkjunum með sjálfshugreystingu því verri var líkamleg heilsa þeirra. Ekki var þó um tölfræðilega marktæk tengsl að ræða ( $r=-0,311$ ;  $p=0,094$ ).

Hörmungahyggi var það viðbrögð sem sýndi sterkust tengsl við sálfélagslega heilsu og var þar um tölfræðilega marktæk tengsl að ræða ( $r=-0,365$ ;  $p\leq 0,05$ ). Minni hörmungahyggi fylgdi betri sálfélagsleg heilsa.

Ekki voru tölfræðilega marktæk tengsl á milli þess hve mikla verki þátttakendur höfðu að jafnaði og hvaða viðbrögð voru algengust hjá þeim. Aftur á móti reyndust tölfræðilega marktæk tengsl á milli styrks verkja að jafnaði og þess hversu vel þátttakendum fannst viðbrögð sín gagnast sér til að hafa stjórn á verkjunum og draga úr þeim. Eftir því sem þátttakendur fundu meiri verki töldu þeir sig hafa minni stjórn á þeim ( $r=-0,304$ ;  $p\leq 0,05$ ) og minni getu til að draga úr verkjunum ( $r=-0,457$ ;  $p\leq 0,01$ ). Einnig voru tölfræðilega marktæk tengsl á milli styrks verkja að jafnaði og mats á almennri heilsu ( $r=-0,444$ ;  $p\leq 0,01$ ) og líkamlegrar heilsu ( $r=-0,387$ ;  $p\leq 0,05$ ). Sálfélagsleg heilsa virtist hins vegar ekki tengjast því hversu miklir verkirnir voru að jafnaði.

Tengsl mældust ekki milli þess hversu lengi þátttakendur höfðu verið með verki og aðlögunarþátta sem skoðaðir voru. Ekki voru heldur tengsl á milli þess hve lengi verkirnir höfðu varað og verkjaviðbragða né hversu mikla stjórn þátttakendur töldu sig hafa á verkjunum né getu til að draga úr þeim.

Pegar tengsl viðbragða og þess að telja sig hafa stjórn á verkjum og getu til að minnka þá voru skoðuð komu í ljós marktæk jákvæð tengsl á milli sjálfshugreystingar og tilfinningar fyrir stjórn ( $r=0,550$ ;  $p\leq 0,001$ ) og getu til að draga úr verkjum ( $r=0,388$ ;  $p\leq 0,05$ ). Einnig mátti sjá neikvæð tengsl á milli hörmungahyggi og þess að telja sig geta dregið úr verkjum ( $r=0,351$ ;  $p\leq 0,05$ ). Að öðru leyti var ekki um að ræða marktæk tengsl milli viðbragða og þess að telja sig geta haft stjórn á eða dregið úr verkjum.

Tafla 4. Fylgni milli viðbragða, verkja og heilsufars (reinterpreting pain sensation)

Viðbrögð	Mat á almennri heilsu	Líkamleg heilsa	Sálfélagsleg heilsa	Telur sig hafa stjórn á verkjum	Telur sig geta minnkað verki	Styrkur verkja að jafnaði
	r =	r =	r =	r =	r =	r =
Endurtúlkun sársaukatilfinningar (reinterpreting pain sensation)	0,345*	-0,039	0,035	0,284	0,070	0,067
Aukin virkni (increasing behavioural activity)	0,106	-0,017	0,041	0,307	0,303	-0,177
Dreifing athyglinnar (diverting attention)	0,156	-0,026	0,037	0,292	0,105	-0,038
Sjálfshughreysting (coping self statements)	0,303	-0,311	0,001	0,550**	0,388*	-0,012
Útilokun verkjanna (ignoring pain sensation)	0,079	0,038	-0,287	0,347	0,222	-0,041
Bæn og von (praying and hoping)	0,085	0,176	0,088	0,129	0,006	-0,074
Hörmungahyggja (catastrophizing)	-0,010	0,159	-0,365*	-0,079	-0,351	0,269
Telur sig hafa stjórn á verkjum	0,102	-0,222	-0,096	—	0,666**	-0,304*
Telur sig geta minnkað verki	0,234	0,033	-0,010	0,666**	—	-0,457**
Styrkur verkja að jafnaði	-0,444**	-0,387*	-0,215	0,304*	-0,457**	—

\* p ≤ 0,05.  
\*\* p ≤ 0,01.

## Umræða

Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða hvort tengsl væru á milli viðbragða við langvinnum verkjum og aðlögunar að verkjunum. Aðlögun að verkjum var metin með því að skoða mat þátttakenda á eigin heilsu, ásamt því að skoða líkamlega og sálfélagslega heilsu þeirra. Einnig voru þátttakendur beðnir um að meta hversu mikla stjórn þeir töldu sig hafa á verkjunum og hversu mikið þeir töldu sig geta dregið úr þeim og skoðuð tengsl þeirra þátta við verkjavíðbrögð og það hversu mikla verki þátttakendur fundu til dags daglega.

Niðurstöðurnar sýna sterkust tengsl tveggja viðbragða við verkjunum og heilsufarslegra aðlögunarþátta. Einstaklingar, sem reyndu að endurtúlka sársaukatilfinninguna með því að skipta henni út fyrir annars konar tilfinningu, töldu sig búa við betri almenna heilsu. Á hinn bóginn var sálfélagsleg líðan marktækt verri hjá þeim sem brugðust iðulega við verkjunum með hörmungahyggju en hjá hinum sem brugðust ekki þannig við. Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður Jensen o.fl. (1992) sem bentu til þess að þessar tvær aðferðir hefðu sterkust tengsl við ofangreinda aðlögunarþætti.

Styrkur verkja dags daglega (að jafnaði) virðist hafa neikvæðust tengsl við alla aðlögunarþætti, bæði stjórnunarlega og heilsufarslega. Ekki er þó hægt að sjá marktæk tengsl á milli styrks verkja og viðbragða einstaklinga við þeim. Þar er sálfélagsleg heilsa þó undanskilin þar sem hugarfar

(hörmungahyggja) virðist hafa meira að segja varðandi aðlögun en styrkur verkjanna.

Ýmsir fræðimenn á þessu sviði hafa sýnt fram á að hörmungahyggja virðist vera meðal þess sem hefur neikvæðust áhrif á aðlögun að langvinnum verkjum (Hill o.fl., 1995; Jensen o.fl., 1992; Martin o.fl., 1996; Turner o.fl., 2002). Niðurstöður þeirra rannsókna benda til sterkari tengsla á milli hörmungahyggju og lélegrar almennrar og líkamlegrar heilsu en þessi rannsókn leiðir í ljós. Í henni koma hins vegar fram neikvæð tengsl hörmungahyggju og sálfélagslegrar líðanar.

Hvað stjórn á verkjunum varðar virðist sjálfshughreysting hafa mest að segja, bæði hvað varðar þá tilfinningu að geta haft stjórn á verkjunum og að geta dregið úr þeim. Þetta er sambærilegt niðurstöðum Haythornthwaite o.fl. (1998) þar sem sterk fylgni var milli sjálfshughreystingar og tilfinningar fyrir að hafa stjórn á langvinnum verkjum.

Rannsókn þessi er lýsandi þverskurðarrannsókn með litlu úrtaki þar sem allir þátttakendur hafa glímt við langvinna verki í nokkurn tíma. Veikleiki slíkra rannsókna er að þær sýna aðeins samband þeirra þátta sem rannsakaðir eru án þess að hægt sé að fullyrða um orsakasamhengi. Auk þess sem úrtakið er lítið er það bundið við ákveðið svæði á landinu og því varasamt að heimfæra niðurstöður á íslenska verkjasjúklinga almennt. Því ber að túlka niðurstöður með fyrirvara. Þrátt fyrir að ekki sé

hægt að alhæfa út frá niðurstöðum þessarar rannsóknar gefa þær vísbendingu um tengsl milli viðbragða við langvinnum verkjum og ýmissa aðlögunarþátta. Frekari rannsóknir á þessu sviði þyrftu að ná til stærri hóps sem fylgt væri lengur eftir og viðbrögð og aðlögunarleiðir skoðaðar í samhengi við bakgrunn og reynslu þeirra.

### Mikilvægi rannsókna fyrir hjúkrun

Endurhæfing einstaklinga með langvinna verki er þverfagleg teymisvinna þar sem hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki. Mikilvægt er því að hjúkrunarfræðingar hafi þekkingu á langvinnum verkjum, þróun þeirra og hvernig þeir geta haft áhrif á aðlögun og lífsgæði einstaklinga. Hjúkrunarfræðingar gegna einnig veigamiklu hlutverki í heilsugæslu og fyrirbyggjandi heilbrigðisþjónustu og fræðslu og því mikilvægt að þeir þekki merki um vaxandi verkjavandamál áður en þau festast í sessi og þróast í langvinna verki með tilheyrandi erfiðleikum og lífsgæðaskerðingu einstaklinga. Aukin þekking og þátttaka hjúkrunarfræðinga í að fyrirbyggja alvarlegar afleiðingar langvinnra verkja hefur hagnýtt gildi. Hún getur dregið úr kostnaði við heilbrigðiskerfið, fækkað öryrkjum og bætt lífsgæði einstaklinga stórlega.

Rannsóknir á líðan, aðferðum til að takast á við langvinna verki og aðlögun einstaklinga með langvinna verki eru því mikilvægar fyrir frekari þróun hjúkrunar á verkjasviði. Skilningur á viðbrögðum við langvinnum verkjum, þróun þeirra og upplýsingar um ástand sjúklinga að þessu leyti við upphaf endurhæfingar er einnig liður í að gera meðferð og endurhæfingu markvissari.

Heimildir

- Brevik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., og Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 288-333.
- Creswell, J.W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2. útg.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Davies, H.T.O., Crombie, I.K., og Macrae, W.A. (1994). Waiting in pain. *Anaesthesia*, 49(8), 661-665.
- Frost M. (2000). The psychological treatment of chronic intractable benign pain, Module 7c. Í *MSc in pain management, Module 7, Research*. óbirt efni, Cardiff, UWCM.
- Ghahghah, R.M. (1999). Primary care and pain medicine; a community solution to the public health problem of chronic pain. *Medical Clinics of North America*, 83(3), 555-583.
- Hasenbring, H., Hallner, D., og Klasen, B. (2001). Psychological mechanisms in pain chronification, under- or overevaluated? (Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung, unter- oder überbewertet?) *Schmerz*, 15(6), 442-7.
- Haythornthwaite, J.A., Menefee, L.A., Heinberg, L.J., og Clark, M.R. (1998). Pain coping strategies predict control over pain. *Pain*, 77(1), 33-39.
- Helgi Birgisson, Helgi Jónsson og Árni Jón Geirsson (1998). Vefjagigt og langvinnir útbreiddir stoðkerfisverkir á Íslandi. *Læknablaðið*, 84, 636-42.
- Hill, A., Niven, C.A., og Knussen, C. (1995). The role of coping in adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 62(1), 79-86.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., og Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47(3), 249-283.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., og Romano, J.M. (1992). Chronic pain coping measures; individual vs. composite scores. *Pain*, 51(3), 273-280.
- Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., og Lawler, B.K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57(3), 301-309.
- Lazarus, R.S., og Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Linton, S., og Skevington, S.M. (1999). Psychological Factors. Í Crombie, Croft, Linton, LeResche og Von Korff (ritstj.) (bls. 25-43), *Epidemiology of pain: task force on epidemiology*. Seattle: IASP Press.
- Martin, M.Y., Bradley, L.A., Alexander, R.W., Alarcon, G.S., Triana-Alexander, M., Aaron, L.A., o.fl. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain*, 68(1), 45-53.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21-27.
- Mosby's medical and nursing dictionary (1983). St Louis, Toronto, London: Mosby.
- Polit, E.D., og Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Riley, J.L., Robinson, M.E., og Geisser, M.E. (1999). Empirical subgroups of the coping strategies questionnaire-revised: a multisample study. *Clinical Journal of Pain*, 15(2), 111-116.
- Rosenstiel, A.K., og Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patients characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-44.
- Rothe, R.S., og Geisser, M.E. (2002). Educational achievement and chronic pain disability: mediating role of pain-related cognitions. *The Clinical Journal of Pain*, 18(5), 286-296.
- Sigurður Thorlacius og Sigurður B. Stefánsson (2004). Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002. *Læknablaðið*, 90(1), 21-25.
- Smith, B.H., Hopton, J.L., og Chambers, W.A. (1999). Chronic pain in primary care. *Family Practice*, 16(5), 475-482.
- Snow-Turek, A.L., Norris, M.P., og Tan, G. (1996). Active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*, 64(3), 455-465.
- Stewart, A.L. (1988). General health status and quality of life. Í McDowell og Newell (ritstj.), *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires* (2. útg., 1996) (bls. 456-460). New York: Oxford University Press.
- Tait, R.C., og Chibnall, J.T. (1998). Attitude profiles and clinical status in patients with chronic pain. *Pain*, 78(1), 49-57.
- Tan, G., Jensen, M.P., Robinson-Whelen, S., Thornby, J.I., og Monga, T.N. (2001). Coping with chronic pain: a comparison of two measures. *Pain*, 90(1-2), 127-133.
- Thomsen, A.B., Sørensen, J., Sjøgren, P., og Eriksen, J. (2002). Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *European Journal of Pain*, 6(5), 341-352.
- Turk, D.C. (2002). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 18(6), 355-365.
- Turner, J.A., Jensen, M.P., og Romano, J.M. (2000). Do beliefs, coping and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1-2), 115-125.
- Turner, J.A., Jensen, M.P., Warm, C.A., og 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(1-2), 127-134.
- Vendrig, A.A., de Mey, H.R., Derksen, J.J., og Van Akkerveeken, P.F. (1998). Assessment of chronic back pain patient characteristics using factor analysis of the MMPI-2; which dimensions are actually assessed? *Pain*, 76(1-2), 179-188.
- Ware, J.E., og Rand Corporation (1990). The short-form-36 health survey. Í McDowell og Newell (ritstj.) (bls. 446-456), *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires* (2. útg., 1996). New York: Oxford University Press.