Obligatorisk studentoppgave ved Universitetet i Oslo

Angst og depresjon hos pasienter som skal opereres med fremre dekompresjon for cervikal radikulopati

Del 1: litteraturstudie

Del 2: pilotstudie

av

Stud.med. Wenche Iren Selvåg Frøystad
Kull h-04
INNHOLDSFORTEGNELSE

Abstract…………………………………………………………………………………………3
Introduksjon………………………………………………………………………………6

Del 1 - litteraturstudie

Formål…………………………………………………………………………………7
Metode………………………………………………………………………………7
Resultat………………………………………………………………………………8
Diskusjon…………………………………………………………………………12
Konklusjon………………………………………………………………………15

Del 2 - pilotstudie

Formål…………………………………………………………………………………16
Metode………………………………………………………………………………16
Resultat………………………………………………………………………………19
Diskusjon…………………………………………………………………………21
Konklusjon………………………………………………………………………23

Takk til……………………………………………………………………………………24
Referanser………………………………………………………………………………25
Vedlegg…………………………………………………………………………………27
Abstract

Introduction

The purpose of the literature study was to get an overview of what has been published concerning clinical anxiety and depression in patients undergoing surgery for cervical degenerative disc disease.

The purpose of the pilot study was to find the preoperative prevalence of clinical anxiety and depression in a group of patients operated with ACDF \(^1\) for degenerative disc disease, and to compare it with figures from the general population. Furthermore, the purpose was to assess the patients’ subjective pain intensity and their methods for coping with pain and explore possible correlations between these factors and the presence or absence of anxiety and/or depression.

Method

For the literature review a search in PubMed database was done using the searchwords "cervical discectomy and psychology" or " anterior cervical decompression and psychology", "cervical discectomy and clinical depression" or " anterior cervical decompression and clinical depression", "cervical discectomy and anxiety disorder" or " anterior cervical decompression and anxiety disorder", "cervical radiculopathy and psychology” or “cervical radiculopathy and clinical depression” or cervical radiculopathy and anxiety disorder”. Five relevant articles were identified, read and evaluated.

The pilot study included 30 patients with symptomatic cervical disc disease admitted to department of neurosurgery at Rikshospitalet for planned anterior cervical discectomy and fusion. Pain intensities for radiating pain, neck pain and headache were scored using the visual analogue scale (VAS). The presence of depression and anxiety was determined by the questionnaire Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). Pain coping ability was evaluated using Pain Stages Of Change Questionnaire (PSOCQ ). This is the first study, to my knowledge, that uses PSOCQ on such a group of “pain-patients”.

\(^1\) ACDF is Anterior Cervical Decompression and Fusion.
Results
The literature study yielded 5 relevant articles. Two studies found a high prevalence of anxiety and depression. They also found that the two conditions correlate with each other, with higher pain intensity, and with longer lasting pain. One study found that good psychological health preoperatively, was the only factor predicting good postoperative outcomes concerning radiating pain, neck pain, physical disability and general health. Another study found that surgery outcome mainly depends upon physical factors. The articles were different concerning goals, methods, results and quality. In spite of that, they all somewhat acknowledged psychological factors as being important for many patients’ condition before and after surgery.

The pilot study found the prevalence of clinical anxiety and/or depression to be 43.3%. In general, the patients reported higher levels of radiating pain than neck pain and headache. The ones with anxiety and/or depression reported more intense headache, a little more neck pain, and a little less radiating pain than the others. None of the results from VAS were statistically significant. The patients with anxiety and/or depression got statistically significant higher values than the other patients in the category “contemplation” in PSOCQ. The ones with anxiety and/or depression also got lower values in the category “maintenance”, although this was not statistically significant.

Conclusion
Two articles from the literature study found high prevalence of anxiety and depression in patients, and these two conditions were found to coexist. Some other factors were also found to covariate with the extent of symptoms of depression and anxiety. One study found ratings on psychological surveys to be the best predictor of surgical outcome, while another study concluded that surgery outcome is determined mainly by physical factors. The articles were different concerning purpose, method and results, but to some extent they all acknowledged psychological factors to be important in this group of patients.

The prevalence of anxiety and depression among patients in the pilot study was found to be high compared with numbers of the general population. In general, the patients reported higher intensity of radiating pain than of neck pain and headache. The patients with anxiety and/or depression have more intense headache, more neck pain and less radiating pain than the other patients. The patients with anxiety and/or depression got statistically significant
higher values than the others in the category “contemplation” in PSOCQ, indicating a beginning readiness to adopt self-management in pain coping amongst these patients.
**Introduksjon**


---

2 Skade på en spinalnerves røtter kalles radikulopati. Slike skader kan for eksempel sees når et prolaps på en cervikal mellomvirvelskive klemmer på nerverøtter og gir utstrålende smerter i armen.

3 Hodepine som stammer fra nakken kalles cervikogen hodepine.
Del 1 – litteraturstudie

Formål
Hensikten med litteraturstudien er å kartlegge hva som er publisert vedrørende forekomst av angst og depresjon hos pasienter som skal opereres for cervikal skivedegenerasjon. Dessuten vil jeg finne svar på om angst og depresjon preoperativt har betydning for operasjonsresultat, og om tilstedeværelse av angst og depresjon ser ut til å korrelere med andre symptomer/plager.

Metode
På tross av mange forskjellige kombinasjoner av relevante søkeord i Pubmed, Medline/Ovid og Cochrane Library fant jeg svært få artikler som omhandler psykiske plager hos pasienter som skal opereres for cervical skivedegenerasjon eller har cervikal radikulopati, og ingen som spesifikt fokuserte på angst og/eller depresjon hos disse. Til tross for konkrete søkeord har mange, i denne sammenheng, irrelevante artikler dukket opp. Mange artikler har derfor blitt ekskluderte. På den andre siden kom de fleste artiklene jeg har brukt opp i hvert av de forskjellige søkene, men gjerne sammen med over 100 andre. Søkeordene jeg refererer i denne artikkelen var de som samlet flest av de, etter mitt syn, relevante artiklene, og ekskluderte flest av de irrelevante. Alle de refererte søkeordene er brukt i Pubmed.

Søkeord
- "cervical diskectomy and psychology" or " anterior cervical decompression and psychology"
- "cervical diskectomy and clinical depression" or " anterior cervical decompression and clinical depression"
- "cervical diskectomy and anxiety disorder" or " anterior cervical decompression and anxiety disorder"
- "cervical radiculopathy and psychology” or “cervical radiculopathy and clinical, depression” or cervical radiculopathy and anxiety disorder”
Eksklusjonskriterier

- Alle artikler skrevet på andre språk enn engelsk, norsk, svensk eller dansk.
- Alle artikler der hovedproblemstillingen var sammenligning av operasjonsteknikker, korrelasjon av radiologifunn og symptomer, validering av måleinstumenter.
- Alle artikler som omhandlet operasjon i lumbalcolumna/lumbal radikulopati.
- Alle artikler som helt tydelig omhandlet andre ting enn fremre dekompresjon, med eller uten fiksasjon, eller cervikal radikulopati, og psykologi.
- Alle artikler publisert før 1980.

Resultat

Under følger korte sammendrag av de artiklene jeg har funnet relevante, og som er gjennomgått i litteraturstudien.

Taylor et al. *Relation between psychiatric disorder and abnormal illness behaviour in patients undergoing operations for cervical discectomy* ¹(4).

Taylor et. al. har testet to hypoteser: 1) Om depresjon hos pasienter som kommer til vurdering for operasjon for cervikal skivedegenerasjon er assosiert med alvorlig organisk patologi. 2) Om depresjon og unormal holdning til sykdom preoperativt predikerer dårligere operasjonsresultat. Det ble gjort målinger på 74 pasienter preoperativt, mens man postoperativt fikk gjort målinger på 48. 37% av de 74 hadde psykiatrisk diagnose, og disse viste ingen forskjell i forhold til de andre med tanke på fysisk funksjonsbegrensning (disability) og nevrologiske symptomer og tegn. Derimot hadde de mindre alvorlig patologi bedømt objektivt utfra radiologiske undersøkelser. Av de 48 pasientene man fikk gjort alle målinger på, hadde 38% en preoperativ psykiatrisk diagnose. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom preoperativ psykiatrisk diagnose eller sykdomsholdning, og postoperativt resultat. Derimot ble det funnet at depressive pasienter rapporterer mer smerte enn de andre.

---

¹ Ordet ”discectomy” er gramatisk feil i denne sammenhengen. ”Disc disease” er mer passende, men siden ”discectomy” ble brukt i artikkelen, har jeg latt det stå slik.
**Fowler SB et al. Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Anterior Cervical Discectomy Fusion (5).**

Fowler et al har undersøkt helselatert livskvalitet pre- og postoperativt hos pasienter som ble operert med fremre cervikal diskectomi med fusjon for cervikal skivedegenerasjon. Spørreskjemaer, et demografisk ark og SF-36, ble sendt ut preoperativt, og 6- uker, 3- og 6-måneder postoperativt. 40 pasienter ble kontaktet preoperativt per telefon, 29 pasienter svarte på det første postoperative spørreskjemaet, og kun 7 pasienter returnerte alle 4 spørreskjemaene. Det ble påvist statistisk signifikante forbedringer fra preoperativt til 6- uker postoperativt for SF-36 variablene ”health transition”, ”vitality” og ”pain”. Etter 3 måneder ble det observert signifikante forbedringer i ”health transition”, ”physical functioning” og ”pain”. Etter 6 måneder så man forbedring i ”health transition” og ”role-physical”. Fra 6 uker til 3 måneder postoperativt så man signifikante positive forandringer i ”physical functioning”, og fra 6 uker til 6 måneder postoperativt ble ”physical functioning”, ”role-physical” og ”social functioning” statistisk forbedret. ”Vitality” var mest variabel over tid, men den var høyere etter enn før operasjon.

**Klein et al. Health Outcome Assessment Before and After Anterior Cervical Discectomy and Fusion for Radiculopathy. A Prospective Analysis (6).**

Klein et al måler helsekvalitet hos pasienter før og etter ACDF. Det gjorde de ved å la 28 pasienter fylle ut HSQ-2.0 (Health Status Questionnaire) før og etter operasjon. Gjennomsnittlig oppfølgningstid var 22 måneder postoperativt. Spørreskjemaet evaluerer helse ved å måle 8 kategorier. Dessuten er 3 spørsmål som screener for depresjon og dystymi lagt til. Ved sammenligning av pre- og postoperativt resultat, fant man forbedring av kroppslig smerte (P<0.001), vitalitet (P=0.003), fysisk funksjon (P=0.01), fysisk rollefungering (P=0.0003) og sosial fungering (P=0.0004). En liten forskjell, men ikke stor nok til å være statistisk signifikant, ble funnet for de tre variablene generell helse, mental helse og emosjonell rollefungering. Videre ble data analysert med hensyn til alder (over/under 55), ”workers compensation status”, og utdanningsnivå til pasientene, men disse variablene så ikke ut til å ha effekt på resultatet. Pasientene ble etter operasjon klassifisert av en uavhengig observatør, etter Odom’s kriterier: 64% fikk ”excellent” resultat, 29% oppnådde ”good” resultat og 7% fikk ”fair” resultat. Ingen fikk ”poor” resultat. Forfatterne konkluderer med at
ACDF er en svært godt egnet operasjonsmetode for cervikal radikulopati dersom den blir utført på korrekt selektierte pasienter.

**Peolsson A et al.** *Predictive factors for arm pain, neck pain, neck specific disability and health after anterior cervical decompression and fusion* (7).

Peolsson et al ville finne faktorer som predikerer arm-, og nakkesmerte, nakkespesifikk funksjonsbegrensning og helse etter ACDF. De undersøkte 34 pasienter dagen før operasjon og 30 av de 34 pasientene 6 måneder postoperativt, 28 av de 30 pasientene 1 år postoperativt og 23 av de 28 pasientene 3 år postoperativt. De fant at av de preoperative variablene var det ikke-røyking, lav smertefrekvens og normalt resultat på spørreskjemaet DRAM (Distress and Risk Assessment Method) som best korrelerte med lav armsmerte postoperativt. For lav nakkespesifikk funksjonsbegrensning postoperativt, var de tilsvarende variablene lav smerteintensitet, ingen bruk av smertestillende medikamenter, og normalt resultat på DRAM. For bedre generell helse postoperativt, var de tilsvarende variablene ung alder, lavere smerteintensitet og normalt resultat på DRAM. Normalt resultat på DRAM var altså viktig for alle, i denne studien, registrerte postoperative resultater, og forfatterne mener dette støtter bruk av spørreskjemaet som tillegg til andre inklusjonskriterier for operasjon. Videre sier de

"patients with several negative predictors and especially highly pathological rating on DRAM should not, if not due to severe myelopathy, have surgery. In such a case we recommend further investigation and treatment of the psychosomatic distress, physiotherapy with neck-specific exercises as well as a multi-professional rehabilitation approach including behavior therapy. Moreover, in patients with non-specific neck pain, psychological distress, psychosomatic problem as well as poor general health have been shown to be important predictors for a bad outcome”.

I en tidligere studie av Peolsson et al (8) som også undersøker prediktive faktorer for resultat etter ACDF, er psykososiale faktorer ikke vurdert. De beregnet en lav $R^2$ og foreslår at det kan høyner dersom psykososiale faktorer vurderes. I denne studien gjør de nettopp det, og verdien av $R^2$ ble for variablene smerte og funksjonsbegrensning høyere (0,52-0,73). Dette

5 $R^2$ viser hvor stor del av antatt viktige variabler for et resultat, som har blitt vurdert
mener de betyr at de fleste preoperative faktorer av betydning for operasjonsresultatet er vurdert.

**Persson LCG et al.** *Pain, coping, emotional state and physical function in patients with chronic radicular neck pain. A comparison between patients treated with surgery, physiotherapy or neck collar- a blinded, prospective randomized study* (9).

Persson et al ville kartlegge smerte, smertemestring, emosjonell tilstand og fysisk funksjon hos pasienter med kronisk radikulær nakkesmerte, før og etter behandling. De randomiserte pasientene til behandling med operasjon, fysioterapi eller nakkekrage. Pasientene ble undersøkt nevrologisk og radiologisk, og kjønn, alder, varighet av smerte, røyk-, og alkoholvaner, og jobbstatus ble registrert. Smerteintensitet ble målt ved bruk av visuell analog skala (VAS), mens smertemestring ble evaluert ved bruk av ”the Strategies for Handling Stress Questionnaire”. ”The Mood Adjective Check List” (MACL) ble brukt til å måle emosjonell tilstand, og ”the Disability Rating Index” ble brukt til å måle fysisk funksjon. ”The Hospital Anxiety and Depression scale” ble også brukt. Persson et al fant at mange hadde tegn på angst og depresjon, og blant disse fant man varierende smerteintensitet. Hos noen fant de også søvnforstyrrelser, ikke bare knyttet til smerte. Smerte bedret seg raskere i operasjonsgruppen, enn i fysioterapigruppen, og nakkekragegruppen, men etter et år fant man ingen forskjell på gruppene. I operasjons- og fysioterapigruppen fant man forbedring av funksjon ved ”tungt arbeid” i forhold til nakkekragegruppen etter 3 måneder. Mange av pasientene brukte aktiv mestring før behandling, men etter behandling, spesielt i operasjonsgruppen, ble det funnet mer passive mestringsstrategier. På grunnlag av denne studien anbefaler forfatterne kognitiv atferdsterapi og psykologiske intervensjoner i tillegg til tradisjonell behandling som operasjon og fysioterapi.
**Diskusjon**

Det studiene har til felles, er at alle på en eller annen måte sier noe om psykisk tilstand, pre- og/eller postoperativt, hos pasienter som skal opereres for cervikal radikulopati. I større eller mindre grad undersøker de prevalens av psykisk sykdom, korrelasjoner mellom psykiske symptomer og andre symptomer/tegn/målinger, og dessuten mellom psykiske symptomer og operasjonsresultat. Likevel er de så ulike både med tanke på metode og kvalitet, problemstilling, hypoteser og formål, at forsøk på å sammenligne resultater i en meta-analyse ikke har noen hensikt. En diskusjon av artiklene følger.

**Metodediskusjon**

tydelig og oversiktelig beskrevet. Det samme gjelder for metoden. Det totale pasienttallet er høyt sammenlignet med de andre studiene, men i hver av de tre gruppene er det lavt. Relevante resultat er godt beskrevet, og p-verdier er beregnet. Inklusjons-, og eksklusjonskriterier for pasienter er tydelig beskrevet. Ett av eksklusjonkriteriene er ”serious mental disease”. Dersom de var mange, kan man tenke seg et falskt lavt antall pasienter med ”low emotional state” og verdier som beskriver angst/depresjon.

Innholdsdiskusjon

Funnene som er gjort vedrørende forekomst av psykisk sykdom i disse studiene er som følger: Taylor et al finner ved bruk av SCAN, at 37% av pasientene har en psykiatrisk diagnose (de fleste har depresjon) preoperativt. Persson et al finner ved bruk av HAD at 41% av pasientene har angst eller mulig angst, og 31% av pasientene har depresjon eller mulig depresjon preoperativt. Noen av disse pasientene har symptomer på begge deler, og havner derfor i begge kategorier. Til tross for at Taylor et al og Persson et al har ulike formål og bruker forskjellige spørreskjema, er tallene de finner i god overenstemmelse med hverandre, og de er dessuten relativt høye. De tre andre artikklene har ikke undersøkt forekomst av psykisk sykdom, men anerkjenner på en eller annen måte at det finnes blant disse pasientene.

Hva grunnen til denne forskjellen er, kan bare spekuleres i. Pasientantallet i de to studiene var ganske likt, men de brukte forskjellige spørreskjema. Kanskje ble pasientene i Taylor et al sin studie mer smertefri etter operasjon, og kanskje hadde pasientene i Persson et al sin studie mindre grad av psykiske plager/sykdom før operasjon. Selv om det ikke er på samme tidspunkt, har tross alt legge studiene pekt på en korrelasjon mellom blant annet psykisk sykdom og smerteintensitet. De andre tre studiene har ikke undersøkt korrelasjon mellom psykisk sykdom og andre symptomer/plager.

2 av studiene (4,7) sier noe om innvirkning av psykososiale/psykiatriske faktorer på operasjonsresultat. Taylor et al fant at operasjonsresultat hovedsakelig er avhengig av fysiske faktorer. Peolsson et al finner at flere preoperative faktorer kan predikere operasjonsresultat. Disse er røyking, alder, smerteintensitet og –hyppighet, bruk av smertestillende medikamenter, korsryggssmerter, og resultat på DRAM. Mens de fleste preoperative variablene ble funnet å kunne predikere resultat av 1 eller 2 postoperative variable, var normalt resultat på DRAM den eneste som korrelerte med bedre resultat på både arm-, og nakkesmerter, funksjonsbegrensning og generell helse. At studiene konkluderer så forskjellig på dette området, kan det være mange grunner til. En mulig forklaring er at bruk av forskjellige skjemaer for klassifisering av både psykisk lidelse og postoperativt resultat gir forskjellige svar. Peolsson et al sin studie er generelt av bedre metodisk kvalitet enn studien til Taylor et al. I alle fall er to artikler for lite å dra viktige konklusjoner fra. De andre tre studiene undersøker ikke denne problemstillingen.

5 studier er lite, og kvaliteten av dem er altså varierende. Derfor er generaliserbarheten av resultatene totalt sett lav. Likevel har studiene, i større eller mindre grad, anerkjent at psykiske faktorer har noe å si for mange pasienters tilstand, pre-, og postoperativt. På bakgrunn av dette, og dessuten det faktum at det foreligger forskning som antyder at psykiske plager har noe å si for postoperativt resultat hos pasienter som opereres for prolaps i lumbalcolumna (10,11), synes jeg at det er behov for ytterligere studier på området.
Konklusjon

Lite har blitt publisert vedrørende psykisk sykdom generelt, og angst og depresjon spesielt hos pasienter som skal opereres med fremre cervikal dekompresjon. To studier finner høy prevalens av angst og depresjon hos denne pasientgruppen, og de samme studiene finner at angst og depresjon korrelerer med hverandre, med høyere smerteintensitet (henholdsvis før og etter operasjon) og med lengre varighet av smerte. En av studiene fant at normal psykisk helse preoperativt var det eneste som korrelerte med bedre resultat på både arm-, og nakkesmerter, funksjonsbegrensning og generell helse postoperativt. Derimot fant en annen studie at operasjonsresultat hovedsaklig er avhengig av fysiske faktorer. Studiene er forskjellige både med hensyn til formål, metode og resultater. Derfor blir det vanskelig å sammenligne resultater, og umulig å gi klare svar på problemstillingene. Likevel anerkjenner de, i større eller mindre grad, at psykiske faktorer har noe å si for mange pasienters tilstand, pre-, og postoperativt.
Del 2 - pilotstudie

Formål
Hensikten med pilotstudien var å finne prevalensen av angst/depresjon hos en gruppe pasienter som skulle opereres med fremre dekompresjon med fiksjon for cervical skivedegenerasjon med radikulopati, for å sammenligne resultatet med publiserte prevalenstall for angst/depresjon i normalbefolkningen, og dessuten med prevalenstall for angst/depresjon/psykiske plager i studiene i første del av denne hovedoppgaven. Videre ønsket vi å registere pasientenes subjektive smerteintensitet, og deres metoder for smertemestring, for å eventuelt finne sammenhenger mellom disse variablene og tilstedeværelse eller ikke av angst/depresjon. Til slutt hadde jeg et ønske om å oppnå en dypere forståelse av hvordan noen av disse pasientene hadde det, hvordan den aktuelle sykdommen passet inn i den totale sykehistorien, og hvilke forventninger de hadde til operasjon.

Metode

Pasienter

Etikk
Alle pasienter ga informert samtykke til deltakelse i studien. Den eneste tilleggsbelastning for pasientene var et noe grundigere anamneseopptak enn vanlig.
Statistikk
Avidentifiserte data ble sammenstilt på et Excel ark som deretter ble eksportert til SPSS for statiske beregninger. Enkel t-test for sammenligning av grupper ble brukt. Alle datafiler slettes når studentoppgaven er godkjent.

Operasjonsprosedyre
Operasjonsprosedyren er nylig beskrevet i detalj av Lied, Sundseth og Helseth (1,12).

Spørreskjema
Alle pasientene fikk samme informasjon om oppgaven og spørreskjemaene, men flere faktorer var medvirkende til ulike omstendigheter for besvarelse. Mens noen av pasientene hadde enerom, ble glade for å få noe å gjøre, og fikk mulighet til å fortelle sin historie, lå andre på dobbeltrom, hadde nylig vært gjennom flere andre undersøkelser og var trøtte og slitne.

HAD – Hospital Anxiety and Depression scale (13) og vedlegg.
Et spørreskjema med 14 spørsmål, der spørsmål 1,3,5,7,9,11 og 13 spør om symptomer på angst, mens 2,4,6,8,10,12 og 14 spør om symptomer på depresjon. Hvert spørsmål har 4 svaralternativer. Alternativene er skåret fra 0-3 poeng, og høyere poengsum reflekterer større grad av symptomer. Poengsum for angst og depresjon ble regnet ut hver for seg. For hver av de to gruppengennemsnittene som følger (0-7: ingen angst/depresjon, 8-10: mulig angst/depresjon, 11-21: angst/depresjon). Spørreskjemaet er hyppig brukt, særlig for å finne angst og depresjon hos pasienter med somatiske sykdommer. Den enkelte pasient ble oppfordret til å svare med tanke på hvordan han/hun hadde følt seg siste uken.

VAS – Visuell Analog Skala (14)
Dette er en 10 centimeter lang horisontal linje som brukes til å angi intensitet av smerte. 0 representerer fullstendig fravær av smerte, og 10 representerer uutholdelig smerte. Den enkelte pasient ble oppfordret til å sette ett kryss på linjen i det nivå som best beskrev hans/hennes smerte den siste uken. Avstanden fra 0 ble målt i centimeter og registrert. Hodepine, nakkesmerter og rotsmerter (utstrålande smerter i armene) ble estimert på hver sin linje.
PSOCQ – Pain Stages Of Change Questionnaire (15) og vedlegg.

Et spørreskjema med 30 spørsmål som skal kartlegge en (kronisk) smertepasients måte å mestre smerte på. Skjemaet er konstruert på bakgrunn av en teori om at pasienter befinner seg på ulike stadier fra å overhodet ikke være klar over/vurdere at de selv kan gjøre noe for å takle/orbedre sin smerte, til at de selv har funnet metoder for å takle smerte som de bruker, og vedlikeholder, i hverdagen. På hvert spørsmål skal man svarere hvorvidt man er sterkt uenig (1 poeng), uenig (2 poeng), ubestemt eller usikker (3 poeng), enig (4 poeng) eller svært enig (5 poeng). Spørsmålene er fordelt på 4 kategorier; fraav av overveielse (7 spørsmål, maks poengsum = 35), overveielse (9 spørsmål, maks poengsum = 45), handling (9 spørsmål, maks poengsum = 45) og vedlikehold (5 spørsmål, maks poengsum = 25). Summen for hver av de 4 kategoriene regnes ut. Høy poengsum i kategorien føroverveielse, representerer at man overhodet ikke tenker at det er mulig å gjøre noe med egen smerte. Mestringsstrategien er således svært passiv. Høy poengsum i kategorien overveielse antyder at man har begynt å tenke at man kanskje kan gjøre noe med egen smerte. Mestringsstrategien er passiv, men i mindre grad enn ved føroverveielse. Høy poengsum i kategorien handling, betyr at man selv har begynt å gjøre ting for å mestre smertene sine, mens høy poengsum i kategorien vedlikehold betyr at man har lært seg metoder for å mestre egen smerte som man i stor grad bruker. I sistnevnte to kategorier er altså smertemestringen mer aktiv. Ved å regne ut summen for hver kategori kan man altså antyde om pasienten har en passiv eller aktiv måte å mestre sin smerte på. Siden det er ulikt antall spørsmål, og derfor ulik maksimal poengsum, i de 4 kategoriene, deler man poengsum i hver kategori på antall spørsmål i den aktuelle kategorien. Dette gjør poengsummene sammenlignbare. Den enkelte pasient ble oppfordret til å svare med tanke på hvordan han/hun hadde følt seg siste uken.

Usystematiske pasientsamtaler

Resultat

HAD – Hospital Anxiety and Depression scale
Alle 30 pasientene fylte ut spørreskjemaet fullstendig. Basert på svarene kunne pasientene kategoriseres i følgende grupper. På grunn av lite antall pasienter i hver undergruppe, er det i resten av oppgaven bare tatt hensyn til hovedgruppene 1 og 2:

1. Tilfelle eller mulig tilfelle av angst, depresjon eller begge deler: n = 13 (43,3%)
   1a. Tilfelle eller mulig tilfelle av angst (ikke depresjon): n = 7 (23,3 %)
   1b. Tilfelle eller mulig tilfelle av depresjon (ikke angst): n = 2 (6,7 %)
   1c. Tilfelle eller mulig tilfelle av både angst og depresjon: n = 4 (13,3 %)
2. Ikke-tilfelle av angst og/eller depresjon: n = 17 (56,7 %)

VAS – Visuell Analog Skala
Komplette VAS data foreligger for alle de inkluderte pasientene. I tabell 1 angis gennomsnittlig smerteintensitet for alle pasientene. Videre angis VAS for gruppene som ble etablert på bakgrunn av svarene på HAD skjemaet. Dessuten angis resultatene fra de statistiske beregningene.

Tabell 1: Gjennomsnittlig smerteintensitet for alle pasientene og for undergrupper basert på kategorisering etter påvisning av angst og/eller depresjon.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gruppe</th>
<th>Alle n=30</th>
<th>1 n=13</th>
<th>2 n=17</th>
<th>t-verdi</th>
<th>p-verdi</th>
<th>standardavvik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hodepine</td>
<td>2.9</td>
<td>3.8</td>
<td>2.3</td>
<td>-1.3</td>
<td>0.2</td>
<td>1.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Nakkesmerter</td>
<td>5.8</td>
<td>6.3</td>
<td>5.4</td>
<td>-0.8</td>
<td>0.4</td>
<td>1.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Rotsmerter</td>
<td>6.8</td>
<td>6.6</td>
<td>7.0</td>
<td>-0.4</td>
<td>0.7</td>
<td>0.9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

I gjennomsnitt angir pasientene størst smerteintensitet for rotsmerter. Intensiteten for nakkesmerter er også stor, mens hodepine er betydelig mindre uttalt enn rotsmerter og nakkesmerter. De med tegn på angst og/eller depresjon scorer en god del høyere på hodepine enn pasientene i de andre gruppene. De angir dessuten litt mer nakkesmerter, og litt mindre
rotsmerter, enn de uten tegn på angst og/eller depresjon. Som det fremkommer av tabellen var det likevel ingen statistisk signifikant forskjell i hodepine, nakkkesmerter eller rotsmerter mellom de to gruppene.

**PSOCQ – Pain Stages Of Change Questionnaire**

25 av 30 pasienter fyllte ut PSOCQ fullstendig. I tabell 2 angis gjennomsnittlig skåre for alle pasientene. I tillegg angis PSOCQ for gruppende som ble etablert på bakgrunn av svarene på HAD-skjemaet. Dessuten angis resultatet for de statistiske beregningene. Av de 5 pasientene som ikke fyllte ut PSOCQ fullstendig, og som derfor er utelatt i tabellen under, hadde 3 pasienter ingen tegn på angst/depresjon, 1 hadde tegn på angst, og 1 hadde tegn på både angst og depresjon.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Gruppe</th>
<th>Alle n=25</th>
<th>1 n=11</th>
<th>2 n=14</th>
<th>t-verdi</th>
<th>p-verdi</th>
<th>standardavvik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fravær av overveielse</td>
<td>3.1</td>
<td>3.1</td>
<td>3.1</td>
<td>-0.31</td>
<td>0.76</td>
<td>2.07</td>
</tr>
<tr>
<td>Overveielse</td>
<td>3</td>
<td>3.4</td>
<td>2.8</td>
<td>-2.12</td>
<td>0.05</td>
<td>2.48</td>
</tr>
<tr>
<td>Handling</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>-0.24</td>
<td>0.81</td>
<td>2.11</td>
</tr>
<tr>
<td>Vedlikehold</td>
<td>3.3</td>
<td>3.1</td>
<td>3.4</td>
<td>0.91</td>
<td>0.38</td>
<td>1.43</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pasientene med angst og/eller depresjon har statistisk signifikant høyere verdi på overveielse enn de andre pasientene. De har også en noe lavere verdi på vedlikehold enn de andre pasientene, men denne ikke statistisk signifikant. I de andre gruppene er pasientene i gjennomsnitt ubestemt/usikre, uavhengig av om de har angst og/eller depresjon, eller ingen av delene. Derfor kan man, i gjennomsnitt, ikke si om på hvilket stadium de befinner seg når det gjelder å forstå/akseptere at de selv kan gjøre noe for å mestre smertene sine.

**Informasjon fra usystematiske pasientsamtaler**

Mens noen pasienter hadde opplevd smerten av mer eller mindre akutt karakter, hadde andre vært plaget av smerten lenge. Noen hadde flere sykdommer/tilstander enn rotsmerter, og noen

**Diskusjon**


I denne studien skåret pasientene med angst og/eller depresjon signifikant høyere enn de andre pasientene i kategorien overveielse på PSOCQ. De skåret dessuten noe lavere, enn de andre i kategorien vedlikehold, men ikke statistisk signifikant lavere. Dette kan tyde på at de med angst og/eller depresjon har begynt å tenke tanken at de selv kan gjøre noe for å mestre egen smerte. At de tenker slik, i større grad enn de uten angst og eller depresjon, kan bety at nettopp disse pasientene har begynt å innse at smertene kommer av flere ting enn det rent fysiske som kan fjernes ved operasjon. I motsatt fall kunne man tenke seg at de uten angst og eller depresjon ikke har en så sammensatt smertetilstand, og at de i større grad regner med at operasjon vil gjøre dem smertefrie. Dersom dette er reelt, må det kunne sies å være positivt at nettopp de pasientene som har et mer sammensatt smertebilde innser at de selv kan gjøre

En studie på denne størrelsen har mange potensielle feilkilder, så svarene må tolkes med forsiktighet. Utbygging av VAS var tilsynelatende utproblematiserende prosedyre. Utbygging av HAD likeså. Men, flere av pasientene befant seg nær grensesummen for det som HAD definerer som angst og/eller depresjon, mens få pasienter hadde en svært høy poengsum. Av det følger at svært lite skulle til, kanskje bare ett annerledes svar, for en pasient som nå er i gruppen ”angst og/eller depresjon” hadde endt opp i gruppen ”ikke angst og/eller depresjon”. Det kan også tenkes at ”normal” nervøsitet før operasjonen gjorde utslag, særlig på spørsmålene som screener for angst på HAD. Til tross for et statistisk signifikant resultat fra PSOCQ, krysset pasientene mest av på ”ubestemt/usikker”. Det var også lite konsistent avkrysning i forhold til de 4 kategoriene (fravær av overveielse, overveielse, vedlikehold og handling) hos den

**Konklusjon**


**Takk til**

Pasientene som sa seg villig til å være med i studien.
Personalet på nevrokirurgisk avdeling, Rikshospitalet.

Mine engasjerte, tolmodige og inspirerende veiledere:

Professor Eirik Helseth  
(nevrokirurgisk avdeling, Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus)

og

Professor Arnstein Finset  
(avdeling for atferdsfag, Institutt for medisinske basalfag)
Referanser


12. Lied B, Sundseth J, Helseth E. Immediate (0-6 h), early (6-72 h) and late (>72 h) complications after anterior cervical discectomy with fusion for cervical disc degeneration; discharge six hours after operation is feasible. Acta Neurochir (Wien) 2008; 150:111-8.


Vedlegg

1. HAD
2. PSOCQ
Rettledning
Legen er klar over at følelser spiller en stor rolle ved de fleste sykdommer. Hvis legen vet mer om dine følelser, vil han/hun bli bedre i stand til å hjelpe deg.

Dette er et selvutfyllingsskjema. Her kommer noen spørsmål om hvorledes du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

1. Jeg føler meg nervøs og urolig
   □ Mesteparten av tiden
   □ Mye av tiden
   □ Fra tid til annen
   □ Ikke i det hele tatt

2. Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide før
   □ Avgjort like mye
   □ Ikke fullt så mye
   □ Bare lite grann
   □ Ikke i det hele tatt

3. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje
   □ Ja, og noe svært ille
   □ Ja, ikke så veldig ille
   □ Litt, bekymrer meg lite
   □ Ikke i det hele tatt

4. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner
   □ Like mye nå som før
   □ Ikke like mye nå som før
   □ Avgjort ikke som før
   □ Ikke i det hele tatt
5. Jeg har hodet fullt av bekymringer

- Veldig ofte
- Ganske ofte
- Av og til
- En gang i blant

6. Jeg er i godt humør

- Aldri
- Noen ganger
- Ganske ofte
- For det meste

7. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avsluppet

- Ja, helt klart
- Vanligvis
- Ikke så ofte
- Ikke i det hele tatt

8. Jeg føler meg som om alt går langsommere

- Nesten hele tiden
- Svært ofte
- Fra tid til annen
- Ikke i det hele tatt

9. Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen

- Ikke i det hele tatt
- Fra tid til annen
- Ganske ofte
- Svært ofte
10. Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

☐ Ja, jeg har sluttet å bry meg
☐ Ikke som jeg burde
☐ Kan hende ikke nok
☐ Bryr meg som før

11. Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv

☐ Uten tvil svært mye
☐ Ganske mye
☐ Ikke så veldig mye
☐ Ikke i det hele tatt

12. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting

☐ Like mye som før
☐ Heller mindre enn før
☐ Avgjort mindre enn før
☐ Nesten ikke i det hele tatt

13. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

☐ Uten tvil svært ofte
☐ Ganske ofte
☐ Ikke så veldig ofte
☐ Ikke i det hele tatt

14. Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV

☐ Ofte
☐ Fra tid til annen
☐ Ikke så ofte
☐ Svært sjelden

Takk for utfyllingen!
**Pain Stages of Change Questionnaire - PSOCQ**


Sett en ring rundt det tallet som best beskriver hvor mye du er enig eller uenig i hvert utsagn: **1= sterkt uenig, 2=uenig, 3= ubestemt eller usikker, 4=enig, 5= svært enig**

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Jeg har tenkt at måten jeg takler smertene mine på kan bli bedre</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Jeg utvikler nye måter å mestre smertene mine på</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Jeg har lært noen gode måter for å hindre at smerteproblemene forstyrer livet mitt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Når smerten blomstrer opp, legger jeg merke til at jeg automatisk tar i bruk mestringsteknikker som har fungert tidligere, slik som avspennings øvelser eller mentale distraheringsteknikker.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Jeg bruker noen strategier som hjelper meg bedre å takle smerteproblemene mine i det daglige</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Jeg har begynt å finne nye strategier for å hjelpe meg selv til å kontrollere smerten min</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Jeg har nylig skjønt at det ikke er noen medisinsk kur mot smertene mine, så jeg ønsker å lære noen måter å mestre dem på</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Selvom smertene mine ikke går bort så er jeg klar til å begynne å forandre min måte å takle dem på</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Jeg innser nå at det er på tide å legge opp en bedre plan for å takle smerteproblemet mitt</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Jeg bruker det jeg har lært som bidrar til å holde smerten min under kontroll</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Jeg har prøvd alt folk har foreslått for å takle smerten min og ingenting hjelper</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>Smerten min er et medisinsk problem og jeg burde konsultere leger om det.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>Jeg bruker for øyeblikket noen forslag andre har kommet med om hvordan jeg skal leve med smerteproblemmene mine.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>Jeg begynner å lure på om jeg trenger noe hjelp til å utvikle ferdigheter til å mestre smertene mine.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>Jeg har nylig funnet ut at det er opp til meg å takle smertene mine bedre.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>Alle jeg snakker med forteller meg at jeg må lære meg å leve med smerten min, men jeg skjønner ikke hvorfor jeg må gjøre det.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>Jeg har innlemmet teknikker for å takle smerten min i det daglige.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td>Jeg har gjort store fremskritt i mestringen av smertene mine.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19.</td>
<td>Jeg har akkurat kommet til den konklusjonen at det er på tide at jeg endrer min måte å takle smertene på.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21.</td>
<td>Jeg har begynt å lure på om det er opp til meg å gjøre noe med smertene mine i stedet for å stole på legene.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22.</td>
<td>På tross av det leger forteller meg, tror jeg fortsatt at det må finnes en kirurgisk metode eller medikamenter som ville fjerne smerten.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23.</td>
<td>Jeg har funnet ut at leger bare kan hjelpe til en viss grad med å gjøre noe med smertene mine og at resten er opp til meg.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25.</td>
<td>Hvorfor kan ikke noen bare gjøre noe for å ta bort mine smerter?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26. Jeg lærer å hjelpe meg selv til å kontrollere min smerte uten legers hjelp</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27. Jeg prøver ut noen mestringsteknikker for å takle smertene mine bedre</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28. Jeg har lurt på om det er noe jeg kunne gjøre for å takle smertene mine bedre</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>29. Alt dette snakket om bedre mestring er å kaste bort tiden min</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30. Jeg lærer måter å kontrollere smerten min på uten å ty til medikamenter eller kirurgi</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Oversatt til norsk av Elin B. Strand
Avdeling for atferdsfag
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
© 2003