

Hoe denkt de patiënt over zijn pijn?



Hogeschool Zuyd Heerlen, opleiding fysiotherapie

Selina Hut 2052165

Desiree Lebens 2050677

Afstudeerbegeleidster: Yolande Nelissen

Mei 2009

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

1. Inleiding	1
1.1 Literatuuronderzoek	2
1.2 Relevantie project	11
1.3 Vraagstelling	11
2. Methode	12
2.1 Design	12
2.2 Kwaliteitscriteria	13
2.2.1 Maatregelen betreffende betrouwbaarheid	13
2.2.2 Maatregelen betreffende validiteit	14
2.3 Onderzoekspopulatie	14
2.4 Dataverzameling	15
2.5 Procedure en ethische overwegingen	15
2.6 Data-analyse	15
3. Resultaten	17
3.1 Resultaten Interviews	18
3.1.1 Cognities over de oorzaak van de pijn	18
3.1.2 Cognities over de identiteit van de pijn	20
3.1.3 Cognities over duur / verloop van de pijn	22
3.1.4 Cognities over de gevolgen van pijn	23
3.1.5 Cognities over de veronderstelde genezing / behandeling en de mate van controle over de pijn beschreven worden	25
3.1.6 Emoties	28
4. Discussie en Conclusie	29
4.1 Beantwoording vraagstelling	29
4.2 Procesevaluatie	32
4.3 Onderzoekenvaluatie	32
Literatuurlijst	34
Bijlagen	36
Bijlage 1 Tabellen	37

Bijlage 2 Topiclijst	39
Bijlage 3 Interviewprotocol	41
Bijlage 4 Brief respondenten	42

Voorwoord

Studenten die afstuderen aan de Hogeschool Zuyd kunnen in de afstudeerfase werken aan een zelf gekozen onderzoeksvraag. De opleiding Fysiotherapie heeft echter ook een aantal speerpunten bepaald, waarin onderzoeksvragen worden uitgezet. Dit wordt gedaan om expertise rondom gekozen thema's op te bouwen en onderzoekslijnen over meerdere jaren te kunnen uitzetten. Voor studenten betekent dit ook, dat projecten elkaar in tijd kunnen opvolgen en studenten niet altijd bij nul hoeven te beginnen bij het uitwerken van een onderzoeksvraag. Het soort onderzoeksprojecten krijgt hierdoor ook meer variatie.

Speerpunt chronische pijn

Pijn is een centraal symptoom. De fysiotherapeut brengt in kaart wat voor soort pijn het is (eventueel met behulp van meetinstrumenten) en kiest de juiste benadering. Bij chronische pijn gebeurt dit ook vaak in multidisciplinaire teams. Binnen het speerpunt pijn wordt er nauw samengewerkt met het Ontwikkelcentrum Pijn van het SRL te Hoensbroek.

Binnen dit speerpunt zijn enkele projecten mogelijk die wij als studenten Fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd als afstudeeropdracht kunnen uitvoeren. Zo zijn onze collega-studenten bezig met een onderzoek naar de verwachtingen van de chronisch pijnpatiënt van de behandeling. Daarnaast is er onderzoek gestart met als onderwerp; Wat helpt volgens de patiënt? Wij zijn zeer benieuwd naar de ideeën en opvattingen van chronisch pijnpatiënten over hun pijn. Zoals; hoe denkt de chronisch pijnpatiënt over de oorzaak van de pijn, hoe ziet de chronisch pijnpatiënt schade, hoe denkt de chronisch pijnpatiënt over de gevolgen en wat zou hier aan gedaan moeten/kunnen worden.

Om antwoord op bovenstaande vragen te krijgen hebben wij een kwalitatief onderzoek opgesteld naar de ideeën en opvattingen van chronisch pijnpatiënten over hun pijn. Door middel van interviews hebben wij getracht te weten te komen hoe chronisch pijnpatiënten denken over de oorzaak, de identiteit, het verloop en de gevolgen van hun pijn.

Dit alles is verwerkt in de scriptie die nu voor u ligt; 'Hoe denkt een chronisch pijnpatiënt over zijn pijn?'.

Om dit onderzoek mogelijk te maken willen we allereerst de respondenten bedanken die hun tijd en verhaal vrijwillig beschikbaar hebben gesteld en het zo mogelijk hebben gemaakt dit product te maken. Onze dank gaat verder uit naar Drs. Y. Nelissen- de Vos, onze begeleidster van de Hogeschool Zuyd, Drs. A. Köke, onze externe begeleider van Hoensbroek revalidatiecentrum en T. Schoot, deskundige kwalitatief onderzoek.

Samenvatting

Chronische pijnklachten vormen een groot medisch en maatschappelijk probleem. Chronische pijn wordt door de IASP beschreven als ‘pijn zonder onderliggende lichamelijke afwijking of beschadiging, of pijn die langer blijft bestaan dan op basis van de normale fysiologische hersteltijd verwacht zou worden’. In de hedendaagse (para)medische wereld wordt pijn beschreven volgens een biopsychosociaal model. Patiënten zien pijn nog meestal vanuit het beperkt medisch model. Het blijkt dat er weinig bekend is over de opvattingen en ideeën van de chronische pijnpatiënt. Vandaar de volgende vraagstelling:

‘Wat zijn de cognities en emoties van patiënten met chronische pijn, die aangemeld zijn voor een pijnrevalidatieprogramma, betreffende hun eigen pijn?’

De vraagstelling is beantwoord door chronische pijnpatiënten te interviewen. Vervolgens zijn deze interviews geanalyseerd om tot enkele conclusies te komen. Chronische pijnpatiënten geven een somatische oorzaak voor hun pijn aan. Daarnaast geven chronische pijnpatiënten aan dat hun pijn nooit meer over gaat en dat deze zal toenemen in de loop der tijd. Verder zijn chronische pijnpatiënten beperkt in hun fysiek functioneren en in het dagelijks leven.

Copyright © 2009

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Hogeschool Zuyd, opleiding fysiotherapie.

1. Inleiding

Een groot deel van de bevolking heeft pijn aan het bewegingsapparaat. Pijn is de meest voorkomende klacht waarvoor een arts of therapeut wordt geraadpleegd. Pijn is volgens de definitie van de International Association for the Study of Pain (IASP) een ‘onaangename sensorische en emotionele gewaarwording die verband houdt met feitelijke of mogelijke weefselschade of wordt beschreven in termen van weefselschade’ (1). Bij chronische pijn is oorzaak en gevolg echter vaak moeilijk van elkaar te onderscheiden. Chronische pijn wordt door de IASP beschreven als ‘pijn zonder onderliggende lichamelijke afwijking of beschadiging, of pijn die langer blijft bestaan dan op basis van de normale fysiologische hersteltijd verwacht zou worden’(2).

Chronische pijnklachten vormen een groot medisch en maatschappelijk probleem. In Nederland heeft 44,4% van de bevolking (≥ 25 jaar) pijnklachten van het houdings- en bewegingsapparaat (3). Behandeling gericht op het wegnemen van de pijn, heeft slechts beperkt effect. Gezien de chronische aard van de klachten is revalideren van patiënten met chronische pijn, gericht op het verbeteren van het dagelijks functioneren met de blijvende pijn, noodzakelijk (4).

In de hedendaagse (para)medische wereld wordt pijn beschreven volgens een biopsychosociaal model. Het biopsychosociale model stelt dat ziekte en gezondheid altijd het resultaat is van een complex samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Deze factoren zorgen ervoor dat gezondheidsklachten ontwikkelt en gehandhaafd worden (5).

Patiënten zien pijn nog meestal vanuit het beperkt medisch model. Binnen dit model wordt pijn louter en alleen gezien als een waarschuwingssignaal voor weefselschade. Een denkwijze die momenteel bij patiënten bestaat, is dat pijn een waarschuwingssignaal is voor weefselschade (6).

Door mogelijke discrepantie van opvattingen en ideeën tussen (para)medici en patiënten, kan de behandeling moeizamer verlopen. Aangezien de verwachtingen over de inhoud en het doel van de behandeling vaak verschillen. Bijvoorbeeld de patiënt verwacht dat het behandeldoel pijnvermindering zal zijn, terwijl de behandelaar streeft naar het leren omgaan met pijn. Het beeld dat patiënten hebben over hun klachten bepaald op zekere wijze de manier waarop ze omgaan met hun pijn en welke effect ze van de behandeling verwachten.

Behandelaren moeten dan ook de patiënt inzicht geven in een biopsychosociale benadering van pijn. Daavoor zijn voorlichting en educatie een belangrijk middel. Educatie is effectiever, wanneer men aansluit bij de opvattingen en ideeën van de patiënt. Daarom is het van belang dat behandelaren meer inzicht krijgen in hoe patiënten denken over hun pijn. Daardoor kunnen ze beter hun voorlichting en educatie afstemmen op de wensen en behoeftes van hun patiënt.

1.1 Literatuuronderzoek

Om een indruk te krijgen van de reeds bekende opvattingen en ideeën van chronische pijnpatiënten, is er een literatuuronderzoek uitgevoerd.

Het literatuuronderzoek is begonnen met het doornemen van eerder verkregen informatie uit het curriculum, te weten blok 2.4 ‘Biopsychosociale problematiek van het bewegingsstelsel; de rol van de fysiotherapeut’.

Daarnaast zijn er artikelen aangeleverd door de externe begeleider, A. Koke. Tevens heeft er een introductiegesprek plaatsgevonden met de externe begeleider. Vervolgens is gestart met het zoeken in de databases; PubMed, Cochrane Library, DocOnline en PEDro. Er is op verschillende trefwoorden geselecteerd, zoals; pain, chronic, beliefs, thoughts, view (Bijlage 1, Tabellen) en de MeSH term pain. Alleen gegevens uit recente studies zijn meegenomen. De grens is gelegd op 2000 of recenter. Studies zijn in het literatuuronderzoek opgenomen indien de onderzoekspopulatie boven de 18 jaar was (Bijlage 1, Tabellen).

Aan de hand van deze zoekstrategie zijn vijftig artikelen gevonden, drie artikelen werden aangereikt. Er werd met name gezocht naar artikelen waarin de specifieke individuele opvattingen van patiënten over hun pijn beschreven zijn, die verwezen waren voor revalidatie. Selectie van deze artikelen vond plaats door middel van het lezen van de abstracts. Na het lezen van de abstracts vielen de vijftig gevonden artikelen af. De inhoud van deze artikelen gaat over het onderzoek naar behandelmethoden van (chronische) aandoeningen. De aangereikte artikelen waren alle drie bruikbaar. Een korte samenvatting van deze artikelen volgt hieronder.

- De studie van Urguhart D., Bell R., Cicuttini F., Cui J., Forbes A., Davis S. (2008) onderzocht de gedachten van vrouwen, die niet onder behandeling waren, over lage rugpijn en de consequenties hiervan. Daarnaast bekeken zij of de pijnintensiteit en de ervaren beperkingen invloed hadden op hun gedachten. De onderzoekspopulatie werd geworven middels een database van de gemeenschap. De onderzoekspopulatie bestond

uit 542 vrouwen, tussen de vierentwintig en tachtig jaar. De vrouwen noteerden hun demografische gegevens en zij vulden de 'Chronic Pain Grade Questionnaire' (CPG) en de 'Back Beliefs Questionnaire (BBQ) in. De CPG bracht de individuele niveaus van pijnintensiteit en beperkingen in kaart. De BBQ werd gebruikt om de individuele gedachten en gevolgen van lage rugklachten te onderzoeken.

Om de relatie tussen de pijnintensiteit en de gedachten over lage rugklachten te onderzoeken, werden de respondenten ingedeeld in drie subgroepen. De groepen waren gebaseerd op de score van pijnintensiteit; 'geen pijnintensiteit' bij een score van nul op de CPG, 'lage pijnintensiteit' bij een score van minder dan vijftig op de CPG en 'hoge pijnintensiteit' bij een score van vijftig of meer op de CPG.

Om de relatie weer te geven tussen beperkingen en gedachten, werden deze drie groepen wederom verdeeld in drie subgroepen; 'geen beperkingen' bij een score van nul op de CPG, 'weinig beperkingen' bij een score van minder dan drie en 'veel beperkingen' bij een score van drie of meer.

In totaal werden er 506 vragenlijsten teruggestuurd door de vrouwen.

De uitkomsten van deze studie zijn;

- Over het algemeen hebben vrouwen, die niet onder behandeling zijn, positieve gedachten met betrekking tot lage rugpijn en de gevolgen hiervan. Aangezien maar 6 % van de gehele onderzoekspopulatie aangaf negatieve gedachten te hebben.
- De groep vrouwen met een hoge pijnintensiteit en een hoog niveau van beperkingen, geven aan dat zij pessimistische gedachten hadden over lage rugpijn en de gevolgen hiervan. De vier gedachten die met name hoog werden gescoord waren; 'Rugklachten zorgen er uiteindelijk voor dat je stopt met werken', 'Later in het leven worden rugklachten progressief slechter', 'Rugklachten betekent een lange periode niet kunnen werken' en 'Rugklachten betekent dat iemand voor de rest van zijn / haar leven periodes met pijn heeft' (7).
- In de studie van Walsh A. en Radcliffe J. (2001) is de hypothese onderzocht of de gedachten van patiënten over de oorzaak en de behandeling van pijn, na deelname aan een multidisciplinair pijnmanagement programma, kunnen zorgen voor veranderingen in fysieke beperkingen. De 84 patiënten die meededen zijn verwezen voor het programma door King's Mill Centre for Healthcare. Het programma heeft als doel om de kwaliteit van leven van de patiënten te verbeteren en de onafhankelijkheid van de patiënten te vergroten door middel van een zelfmanagement programma. Er werd met

name aandacht besteed aan gedachteverandering door middel van educatie en een gedragsveranderend programma. De leeftijd van de respondenten lag tussen de tweeëntwintig jaar en zeventig jaar. De inclusie criteria van dit onderzoek waren; patiënten met lage rugklachten die langer bestonden dan twaalf maanden, de ervaren beperking werd veroorzaakt door lage rugpijn (aangegeven door de patiënt en door de verwijzer) en de patiënt stond positief ten opzichte van het programma.

Aan elk programma deden gemiddeld elf patiënten mee (minimum zeven, maximum dertien). Alle patiënten werden gevraagd om bij de intake, aan het einde van het programma en 3 maanden na afloop van het programma de vragenlijsten Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ), Physical Functioning scale of the Short Form-36 Health Survey (SF-36) en Pain Beliefs Questionnaire (PBQ) in te vullen. De PBQ onderzocht de gedachtes over de oorzaak en de behandeling van pijn. Een subgroep van 41 patiënten werd gevraagd om ook de Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Oswestry) vragenlijst in te vullen voor aanvang van het programma. Een andere subgroep van 34 patiënten vulde de RMDQ in op de eerste en de laatste dag van deelname aan het programma.

De uitkomsten van deze studie waren:

- Patiënten met chronische lage rugpijn ervaarden erge beperkingen voorafgaand aan het pijn management programma.
- Deelname aan het pijnmanagement programma zorgde voor een lagere score van de PBQ. Het aantal patiënten met organische pijngedachtes verminderde en het aantal patiënten met psychologische pijngedachtes werd groter na het volgen van het pijnmanagement programma (8).
- In de studie van Goubert L., Crombez G. en De Bourdeaudhuij I. (2003) werd de prevalentie van lage rugpijn en de bijbehorende beperkingen onderzocht. Het kernpunt van het onderzoek betrof de misopvattingen over lage rugpijn, de daarbij behorende diagnose en behandeling.

Respondenten die meededen aan dit onderzoek maakten deel uit van een panel dat regelmatig werd benaderd om mee te doen aan onderzoeken. Het panel was representatief voor de Belgische bevolking.

Er werden 1624 ingevulde vragenlijsten ontvangen. De respondenten werden ten eerste gevraagd naar; ervaring met lage rugpijn tijdens de laatste zes maanden en de duur van deze periode van lage rugpijn, de eerste periode van de lage rugklachten,

aanwezigheid van uitstraling, meest recente diagnose en de toewijzing van de klacht aan een ongeluk. Verder bestond de vragenlijst uit de Graded Chronic Pain Scale (GCPS) en de Low Back Pain Beliefs Questionnaire (LBPBQ). De LBPBQ onderzocht of de respondenten het eens, gedeeltelijk eens, gedeeltelijk oneens of oneens waren met de verschillende stellingen. De stellingen waren in gedeeld in de volgende zes categorieën; schade, weinig fysieke activiteiten, gedachten over medische behandelingen, voorzichtigheid, gebrek aan zelfcontrole en gedachten over pijnmedicatie.

De belangrijkste uitkomsten van deze studie met betrekking tot opvatting van patiënten over hun rugpijn zijn;

- Veel individuen hebben een biomedisch verklaring voor hun pijn en dit verklaren ze door schade aan weefsel.
- Veel individuen hadden onrealistisch hoge verwachtingen betreffende medische diagnose en behandeling. Er werd door de respondenten aangegeven wanneer je een hernia of een gescheurde tussenwervelschijf hebt, er een operatie nodig is.
- Respondenten met veel beperkingen waren er minder van overtuigd dat iemand met lage rugpijn zelf dingen kan doen om gemakkelijker te herstellen.
- Respondenten met veel beperkingen waren er van overtuigd dat iedereen met lage rugpijn een röntgenfoto of een MRI-scan zouden moeten ondergaan om een oorzaak van de pijn te vinden.
- De prevalentie van mythes over lage rugpijn is hoog, deze misopvattingen laten zien dat deze een rol spelen in de ontwikkeling van chronische beperkingen. In de volgende tabel zijn de mythes weergegeven (9).

Tabel 1: Mythes

Mythen over Pijn	Percentage respondenten (%)
Wanneer iemand rugpijn heeft, kan een verkeerde beweging leiden tot serieuze problemen.	77,1
Het ergste van rugpijn is dat je in de loop der tijd steeds minder kunt doen.	69,6

Fysiek actief blijven is de beste remedie tegen rugpijn	68,3
Bij rugpijn is er extra aandacht en advies nodig van een arts	53,7
Wanneer je een hernia of een gescheurde tussenwervelschijf hebt, is er een operatie nodig.	58,2
Het beste advies voor rugpijn is; “Doe voorzichtig” en “Maak geen onnodige bewegingen”.	72,0
Wanneer je rug pijn doet, moet je het rustig aandoen totdat de pijn weg is.	77,0
Iemand die rugpijn heeft, kan zelf dingen doen om beter te herstellen.	81,4
Psychologische factoren, zoals gedachtes en gevoelens, kunnen de pijnintensiteit beïnvloeden	63,8

In de drie artikelen zijn een aantal overeenkomsten te vinden. Deze overeenkomsten zijn; leeftijd, gebruik van vragenlijsten en als onderwerp lage rugpijn en de opvattingen / ideeën hierover. Er is in geen studie specifiek doorgevraagd naar individuele opvattingen. De vragenlijsten geven alleen een aantal algemeen geldende oorzaken aan. Hierdoor wordt er geen onderzoek gedaan naar de individuele opvattingen. Dit zou men kunnen onderzoeken wanneer iemand er persoonlijk naar wordt gevraagd.

Er zijn overeenkomsten in de drie artikelen gevonden met betrekking tot de opvattingen / ideeën en emoties van de chronische pijnpatiënt. Een overeenkomst is dat de opvatting bestaat dat rugpijn van medisch aard is. Een tweede overeenkomst is dat misopvattingen doorwerken in de ernst van klachten en / of het chronisch worden van de klachten. Hieruit blijkt dat de impact van opvattingen van patiënten, groot is. Het is dan ook belangrijk om deze opvattingen in kaart te brengen. Daarnaast ontbreekt er in de onderzoeken een algemeen kader waarin de opvattingen van patiënten over verschillende factoren betreffende hun pijn, geplaatst kunnen worden.

Ieder mens heeft zo zijn eigen ideeën over klachten en aandoeningen of ziektes als hij / zij die ervaart. Leventhal heeft een zelfregulatietheorie ontwikkeld wat hier betrekking op heeft; het Illness en Beliefs Model (10).

Leventhal probeert een verklaring te vinden voor de verschillende wijzen van omgaan met een aandoening. In dit model wordt aandacht besteed aan klachtgerelateerde cognities en emoties. Deze persoonlijke cognities en emoties bepalen voor een groot deel de manier van omgaan

met klachten en zorgen voor grote verschillen tussen mensen in hun pogingen om klachten het hoofd te bieden.

Cognities

Cognities zijn ideeën, assumpties, overtuigingen, attitudes en verwachtingen die iemand heeft met betrekking tot een bepaald onderwerp. De ideeën rondom een aandoening of ziekte worden aangeduid als ‘illness beliefs’ ofwel ‘ziektegerelateerde cognities’. Deze cognities spelen een belangrijke rol bij het omgaan met klachten en de pogingen om het probleem het hoofd te bieden.

Wanneer klachten of symptomen ontstaan gaat dit vanzelfsprekend samen met gedachten over wat de oorzaak is en wat een goede manier zou zijn om de klachten of symptomen te verminderen. Bij onschuldige symptomen zoals jeuk, dorst of stijfheid is dat vaak vrij rationeel en oplossingsgericht. De emotionele reactie is vaak vrij vlak. Als klachten dreigender worden of langer duren, gaat men vaak ook trachten de klachten te verklaren. Een interpretatie wordt persoonlijk ingegeven door ervaring, opvoeding en aanleg. Ervaringen worden ook beïnvloed vanuit de omgeving.

Ziektegerelateerde cognities worden volgens de zelfregulatietheorie van Leventhal onderverdeeld in vijf categorieën;

- 1 cognities over de oorzaak van de ziekte / pijn
- 2 cognities over de identiteit van de ziekte / pijn
- 3 cognities over duur / verloop van de ziekte / pijn
- 4 cognities over de gevolgen van ziekte / pijn
- 5 cognities over de veronderstelde genezing / behandeling en de mate van controle over de ziekte / pijn

1 cognities over de oorzaak van de pijn

Cognities met betrekking tot de oorzaak zijn bij (chronische) pijnklachten essentieel. Juist als symptomen lang bestaan en een duidelijke diagnose niet te stellen is, wordt ‘de oorzaak weten’ steeds belangrijker voor de cliënten. Gedachten die cliënten hebben over de oorzaak liggen vaak in de medische / somatische sfeer. Cliënten denken over het algemeen, als ze pijnklachten hebben, dat er sprake is van lichamelijke beschadiging. De gedachten over de oorzaak, bepalen in hoge mate de soort diagnostiek en behandeling die iemand verwacht. De mogelijke discrepantie tussen de gedachten van patiënt en hulpverlener ten aanzien van de

oorzaak is een belangrijk educatieproces. Het uitvragen van cognities over de oorzaak van de klachten is erg belangrijk in de inventarisatiefase.

2 cognities over de identiteit van de pijn

Cognities met betrekking tot de identiteit van de pijn hebben te maken met de ernst van de klachten, de lokalisatie van de klachten, eventuele symptomen (zwelling, pijn, roodheid) en met mogelijke diagnoses. Uit de beschrijving van de cliënt over de pijn zijn vaak al heel veel cognities te destilleren, bijvoorbeeld ‘als het zoveel pijn doet dan moet er wel iets kapot zijn’. De zichtbaarheid van de pijnklachten, wanneer deze gepaard gaan met bijvoorbeeld roodheid of zwelling, kan voor sommige cliënten een geruststelling zijn dat het ‘niet ingebeeld is’; het ervaren van uitstraling wordt vaker geassocieerd met een somatische aandoening en dan met name met een ‘afgeknelde zenuw’. Voor een groot aantal pijnklachten worden ‘ziekteprototypen’ gehanteerd om de klachten inzichtelijk en communiceerbaar te maken. Zo gebruikt men beschrijvingen van ‘spit’, ‘ischias’, ‘muisarm’ om de klachten te beschrijven. In dergelijk woordgebruik zit vaak een groot aantal cognities verborgen.

3 cognities over duur / verloop van de pijn

Ook over het verloop kunnen zeer verschillende cognities bestaan; ‘als het slijtage is zal het ook nooit overgaan, alleen maar erger worden’ enzovoorts. Als een cliënt cognities heeft als ‘het kan alleen maar erger worden’ dienen deze voorafgaande aan de behandeling besproken te worden, anders heeft een behandeling weinig zin. Dit geldt ook voor de interpretatie van de term ‘chronisch’; die wordt vaak geïnterpreteerd als ‘structureel’, ‘niets meer aan te doen’, ‘daar moet je maar mee leren leven’. Navraag naar de ideeën en verwachtingen wat betreft het verloop en het voortduren van de klachten kunnen een groot aantal cognities onthullen die het huidige gedrag van een cliënt inzichtelijk maakt.

4 cognities over de gevolgen van pijn

Cliënten hebben vaak duidelijke ideeën over de gevolgen van de beperkingen op het dagelijks leven; ‘met deze rug kan ik mijn werk niet meer uitvoeren’ enzovoorts. Ook cognities over de invloed van lichamelijke activiteiten en eventuele letsels hebben betrekking op de duur en het verloop van de klachten; ‘ik ben bang dat ik een letsel op zal lopen als ik lichamelijke oefeningen doe’ enzovoorts. Dergelijke gedachten noemt men catastroferende gedachten. Ook bij irrationele overtuigingen van de negatieve strekking over de gevolgen van de klachten

gebruikt men deze term. Bijvoorbeeld 77 % van de cliënten met lumbale wervelkolom klachten denkt dat een foute beweging tot een serieus probleem kan leiden.

5 cognities over de veronderstelde genezing / behandeling en de mate van controle over de pijn

De verwachtingen die een cliënt heeft wat betreft de behandelwijze en het effect van de (para)medische behandeling is sterk afhankelijk van de cognities over de oorzaak van de klachten en de kennis die de cliënt heeft van de therapeutische mogelijkheden.

Emoties

Behalve cognities beschrijft de zelfregulatietheorie van Leventhal ook de aanwezigheid van emoties die een relatie hebben met de pijnklachten. De onderlinge relatie tussen cognities en emoties is heel sterk; overtuigingen kunnen een zeer grote invloed hebben op het gevoel, andersom sturen de emoties voor een groot deel de cognities. Het gebeurt vaak dat mensen met pijn bij wie bepaalde cognities worden gekoppeld aan emoties, deze samen resulteren in (pijn)gedrag.

Ongerustheid of piekeren is een veel voorkomende emotionele respons bij pijnklachten; zeker bij lang bestaande klachten is ongerustheid een normale emotionele respons. Gevoelens van onrust en psychosociale stress blijken een voorspellende invloed te hebben voor de duur van de klachten en het ontwikkelen van chroniciteit.

Er is onderzoek uitgevoerd naar het Illness and Beliefs Model van Leventhal. Hagger en Orbel beschreven hoe de relatie van het Illness Beliefs Model is met coping (11).

In het onderzoek komt naar voren dat patiënten met een sterke ziekte-identiteit vaker een vermijdende copingstrategie en emotionele expressie hebben. De gedachte dat een ziekte behandelbaar / controleerbaar is, is positief gerelateerd aan welbevinden, sociaal functioneren, vitaliteit en negatief gerelateerd aan distress. Patiënten met een groot gevoel van controle zijn beter in staat gedachten aan te passen, het uiten van emoties en probleem gestuurde oplossingen te zoeken.

Gedachten van patiënten over hun aandoening / klacht kunnen zeer uiteenlopend en wisselend per aandoening / klacht zijn. Bij fibromyalgie patiënten werd een sterke relatie gevonden tussen catastroferen en een emotionele representatie van de klacht. Ook patiënten met een wisselend ziekteverloop catastroferen meer en patiënten die goed inzicht hebben in de klacht

catastroferen minder (12). Catastroferen wordt algemeen omschreven als een overdreven negatieve oriëntatie naar schadelijke stimuli (13).

Aangezien de informatie uit de literatuurstudie beperkt is en er een duidelijk kader voor welke opvattingen relevant zijn ontbreekt in de artikelen, is er gekozen om een bestaand model te gebruiken over opvattingen van mensen in het algemeen als ze gezondheidsproblemen ervaren. Een eventuele consequentie van de keuze voor het Illness Beliefs Model is dat er belangrijke factoren die niet in het model benoemd worden over het hoofd kunnen worden gezien.

1.2 Relevantie Project

Bij de revalidatiebehandeling van chronische pijnpatiënten wordt er een gedragsgeoriënteerde aanpak gehanteerd. Dit houdt in dat patienten met chronische pijnklachten een multidisciplinaire behandeling krijgen, welke plaatsvindt onder eindverantwoordelijkheid van een revalidatiearts, met als doel patienten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren (14).

Deze behandeling is succesvol wanneer de opvattingen / ideeën van de patiënt over zijn pijn, in overeenstemming zijn met de opvattingen van de werkwijze die gehanteerd wordt. Aangezien veel patiënten in eerste instantie niet open staan voor een behandeling die gericht is op het omgaan met pijn, maar wel een behandeling waarbij zij van hun pijn afkomen, is het belangrijk om de opvattingen van de patiënt te kennen, voordat je ze kan veranderen.

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat er weinig bekend is over de cognities en emoties van chronische pijnpatiënten die aangemeld zijn voor een pijnrevalidatieprogramma.

Alhoewel dit juist heel belangrijk is voor de behandelaren die werken binnen de revalidatie van chronische pijnpatiënten.

Nu rest de onderzoekers de vraag; hoe zien chronische pijnpatiënten schade, waar ligt de oorzaak van de pijn, hoe denken zij over de gevolgen en wat kan er volgens hen gedaan worden?

1.3 Vraagstelling

Het doel van het onderzoek is het in kaart brengen van opvattingen en ideeën van chronische pijnpatiënten over hun pijn. Dit zou meer duidelijkheid kunnen bieden voor paramedici betreffende het invullen van de behandeling binnen pijnrevalidatieprogramma's.

Op grond van bovenstaand probleem is de volgende vraagstelling ontwikkeld:

‘Wat zijn de cognities en emoties van patiënten met chronische pijn, die aangemeld zijn voor een pijnrevalidatieprogramma, betreffende hun eigen pijn?’

2. Methode

Het hoofdstuk methode is opgebouwd uit verschillende paragrafen, waarin de verantwoording en beschrijving van het gekozen onderzoek naar voren komt. In paragraaf 2.1 wordt weergegeven welk soort / type onderzoek er zal worden gebruikt. De kwaliteitscriteria worden beschreven in paragraaf 2.2. In paragraaf 2.3 wordt beschreven hoe de onderzoekspopulatie eruit ziet. Paragraaf 2.4 beschrijft hoe de dataverzameling is verlopen. De procedure en ethische overwegingen worden beschreven in paragraaf 2.5. In paragraaf 2.6 wordt beschreven hoe de data-analyse verloopt.

2.1 Design

Het onderzoek tracht de cognities en emoties van chronische pijnpatiënten, die aangemeld zijn voor een pijnrevalidatieprogramma, in kaart te brengen. Na het literatuuronderzoek is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek aangezien men hiermee menselijk gedrag, dat samenhangt met gezondheid en ziekte, beoogt te begrijpen. Kwalitatieve onderzoeken zijn geschikt als het onderwerp van het onderzoek nog vaag is beschreven en niet in duidelijke categorieën van variabelen in te delen en te meten is (15).

De vraagstelling luidt: ‘Wat zijn de cognities en emoties van patiënten met chronische pijn, die aangemeld zijn voor een pijnrevalidatieprogramma, betreffende hun eigen pijn?’

Om tot het beantwoorden van de vraagstelling te komen, zijn de volgende deelvragen opgesteld;

- Wat denken chronische pijnpatiënten over de oorzaak van hun pijn?
- Wat denken chronische pijnpatiënten over de identiteit van hun pijn?
- Wat denken chronische pijnpatiënten over de duur / het verloop van hun pijn?
- Wat denken chronische pijnpatiënten over de gevolgen van hun pijn?
- Wat denken chronische pijnpatiënten over de veronderstelde behandeling / genezing en de mate van controle over de pijn?
- Welke emoties ervaren chronische pijnpatiënten?

De onderzoekers hebben ervoor gekozen om het onderzoek aan de hand van het model van Leventhal uit te voeren, aangezien in dit model een goede structuur te vinden is waarmee de cognities en emoties van pijnpatiënten in kaart gebracht kunnen worden. Het model van Leventhal omvat de voor de onderzoekers belangrijke onderwerpen die relevant zijn binnen dit onderzoek. Dit betreft de cognities over de oorzaak, de identiteit, de duur / het verloop, de

gevolgen, de veronderstelde behandeling / genezing en de mate van controle over de pijn en de emoties.

Het in kaart brengen van de cognities van chronische pijnpatiënten die aangemeld zijn voor een pijnrevalidatieprogramma zal aan de hand van semigestructureerde interviews plaatsvinden. Er is gekozen voor deze vorm van interviewen, omdat hierbij flexibel ingespeeld kan worden op de onderzoekssituatie en op de informatie die de respondenten geven (15,16).

De interviews zullen afgenomen worden volgens een vooraf opgestelde topiclijst. In de topiclijst, een lijst met onderwerpen die aan bod komen, zijn de onderwerpen van de deelvragen terug te vinden (Bijlage 2, Topiclijst).

Voor de start van de interviews zijn er door de onderzoekers twee oefen interviews afgenomen bij twee willekeurige chronische pijnpatiënten. Dit is gedaan om inzicht te krijgen in het handelen van de onderzoekers tijdens het afnemen van interviews.

2.2 Kwaliteitscriteria

Om de bovengenoemde vraagstelling te beantwoorden verloopt het onderzoeksproces volgens de Grounded Theory benadering (17).

Voor het nastreven van betrouwbaarheid en validiteit kunnen verschillende strategieën worden toegepast (18,19).

2.2.1 Maatregelen betreffende betrouwbaarheid

Binnen kwalitatief onderzoek wordt de betrouwbaarheid gewaarborgd door de onderzoeksresultaten zo min mogelijk te verstoren door veronderstellingen en vooroordelen van de onderzoekers.

Een vooraf opgestelde topiclijst (Bijlage 2, Topiclijst) zorgt voor structuur en overzicht tijdens de interviews. De neutraliteit en kwaliteit van de interviewtechniek bepalen de kwaliteit van de interviews. Door de kwaliteit hoog te houden wordt gewaarborgd dat de patiënt zijn eigen mening geeft.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt verder gewaarborgd door de verkregen data van het onderzoek tussentijds afzonderlijk te analyseren door de onderzoekers, de interne en de externe begeleider. Aan de hand van deze tussentijdse analyses worden er eventuele noodzakelijke aanpassingen doorgevoerd om tot een zo goed mogelijke beantwoording van onze onderzoeksvraag te komen.

Daarnaast wordt de betrouwbaarheid vergroot door middel van het gebruik van dataregistratie- en data-analyse apparatuur, te weten geluidsopnamen (15,20).

2.2.2 Maatregelen betreffende validiteit

Binnen kwalitatief onderzoek wordt de validiteit gewaarborgd door de afwezigheid van systematische vertekeningen van het onderwerp van het onderzoek.

De interne validiteit wordt in het onderzoek gewaarborgd door de verkregen informatie vast te leggen via geluidsopnamen en van hieruit transcripties te schrijven. Daarnaast tracht men de validiteit te vergroten door de transcripties van de interviews te laten verifiëren door de geïnterviewden. Door reacties van de geïnterviewden kunnen de onderzoekers controleren of de belangrijkste gegevens juist zijn geïnterpreteerd.

De externe validiteit wordt in het onderzoek gewaarborgd door een vooraf vastgestelde onderzoekspopulatie te gebruiken. Daarnaast vinden verdere interviews plaats volgens een zelfde opzet; te weten twee onderzoekers en geluidsopnameapparatuur aanwezig. Een vooropgesteld interview protocol (Bijlage 3, Interviewprotocol) wordt bij ieder interview gehanteerd (15).

2.3 Onderzoekspopulatie

De doelgroep van dit onderzoek is de chronische pijnpatiënt die aangemeld is voor een pijnrevalidatieprogramma. De inclusie- en exclusie criteria zijn terug te vinden in tabel 3 (Bijlage 1, Tabellen). De doelgroep zal bestaan uit mannen en vrouwen met de leeftijd ouder dan achttien jaar. Deze mensen hebben chronische pijnklachten aan het houdings- en bewegingsapparaat.

Aan de hand van de bestaande variatie van de onderzoekspopulatie, wordt getracht deze variatie zo goed mogelijk in kaart te brengen. Dit gebeurt door een zorgvuldige keuze van respondenten te maken, zodat de verschillende persoonskenmerken van de populatie weergegeven worden. Dit wordt echter bepaald door het aanbod en de praktische haalbaarheid. Variatie wordt verwacht in leeftijd, partner, kinderen, woonsituatie, arbeidssituatie, geslacht, opleidingsniveau, duur pijnklachten.

De onderzoekers willen interviews afnemen totdat het saturatiepunt bereikt is. Dit is bereikt zodra de onderzoekers een zo breed mogelijk beeld hebben over de spreiding betreffende cognities en emoties van de chronisch pijnpatiënt over zijn / haar pijn.

2.4 Dataverzameling

Na het literatuuronderzoek is er gestart met het afnemen van verschillende interviews. Hierbij is er gekozen voor een open interview aangezien het bij kwalitatief onderzoek belangrijk is dat de onderzoeker flexibel in kan spelen op de onderzoekssituatie en op de informatie die de respondenten geven. Binnen het kader van ‘open interviews’ sluit een semigestructureerd interview het beste aan bij de probleemstelling. In een semigestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van te voren vast maar de onderwerpen wel (15,16,21). De onderwerpen van het interview zijn terug te vinden in de topiclijst (Bijlage 2, Topiclijst).

2.5 Procedure en ethische overwegingen

Het werven van de respondenten voor de interviews verloopt via de externe begeleider. De externe begeleider is werkzaam binnen Stichting Revalidatie Limburg te Hoensbroek. Er is gekozen voor deze manier aangezien via deze begeleider de patiëntenpopulatie het beste te verwerven is. De onderzoekers hebben een brief opgesteld (Bijlage 3, Interviewprotocol) om de respondenten te informeren over de interviews.

De anonimiteit wordt gewaarborgd door de persoonsgegevens niet te vermelden in het onderzoek, de geluidsopnamen worden alleen door de onderzoekers beluisterd en verwerkt in transcripties.

Voorafgaand aan de interviews wordt per individu toestemming gevraagd voor het gebruiken van de verkregen informatie. Dit wordt vastgelegd op geluidsopnameapparatuur.

2.6 Data-analyse

Data-analyse betekent dat het theoretisch kader zoals dat voor de aanvang van het onderzoek is geformuleerd, wordt geconfronteerd met de verzamelde informatie. Die informatie kan er ten eerste toe bijdragen dat de begrippen, veronderstellingen en hypothesen waaruit het theoretische kader bestaat, voorlopig worden bevestigd, ontkend, veranderd of aangevuld. Ten tweede dat voorlopige nieuwe begrippen, veronderstellingen en hypothesen worden gegenereerd en geformuleerd (21).

De onderzoekers zullen in dit onderzoek alleen voorlopig nieuwe begrippen, veronderstellingen en hypothesen genereren en formuleren aangezien het doel is een eerste indruk krijgen van de cognities en emoties van chronisch pijnpatiënten over hun pijn.

Na het afnemen van de interviews zullen er transcripties worden uitgetypt in een Worddocument. Deze worden gelezen en herlezen door de onderzoekers. De transcripties van

de interviews worden op gestuurd naar de respondenten. Onduidelijkheden worden verhelderd door de respondent telefonisch te ondervragen. Na herlezing van de transcripties worden de gegevens ingedeeld in segmenten, waarna er codes worden toebedeeld. Vervolgens worden de codes ingedeeld in categorieën. Dit wordt afzonderlijk uitgevoerd door de onderzoekers, de interne en de externe begeleider. Met behulp van de codes en categorieën worden de interviews geanalyseerd; er wordt gezocht naar regelmatigigheden en patronen tussen de codes en categorieën. De gegevens uit deze analyse worden bevestigd, verkend en verbreed in de verdere interviews met het oog op de beantwoording van de onderzoeksvragen. Deze analyse resulteert in een aangepaste topiclijst in de verdere interviews, zodat er een betere toespitsing is op de vraagstelling van het onderzoek. De analyse van de interviews binnen het onderzoek wordt steeds op dezelfde manier uitgevoerd. Op deze manier wordt getracht om te komen tot een zo volledig mogelijke beantwoording van de vraagstelling.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen uit de interviews tegen het licht van de onderzoeksvraag¹. De gegevens van de vijf respondenten zijn overzichtelijk uiteen gezet in tabel 2.

Tabel 2: overzicht respondenten

	Man	Vrouw
Leeftijd	57 (2)	50 (1), 42 (3), 41 (4), 38 (5)
Partner	Partner (2)	Partner (3,4,5) Alleenstaand (1)
Kinderen	Geen kinderen (2)	Geen kinderen (5) Thuiswonende kinderen (1,3,4)
Nationaliteit	Nederlandse (2)	Nederlandse (1,3,4) Braziliaanse (5)
Arbeidssituatie	Ziektewet (2)	Fulltime werkende (1) Werkeloos (3,4,5)

Onder de vijf respondenten waren vier vrouwen en één man. De jongste respondent is 38 jaar, de oudste is 57 jaar. Vier respondenten zijn in hun thuissituatie geïnterviewd, één respondent werd op een neutrale locatie geïnterviewd te weten een café. Dit vanwege de bereikbaarheid van het adres van de respondent. Vier respondenten hebben de Nederlandse nationaliteit, één respondent heeft de Braziliaanse nationaliteit. Bij één interview was de partner aanwezig, dit in verband met eventuele taalproblemen van de respondent. De interviews zijn afgenomen door beide onderzoekers. Gemiddeld duurde elk interview 52 minuten.

¹ In de tekst van dit hoofdstuk wordt tussen haakjes aangegeven voor welke respondenten weergegeven resultaten gelden. Ter ondersteuning van de resultaten zijn citaten uit de interviews in de tekst opgenomen, welke soms met het oog op de leesbaarheid zijn geredigeerd. Achter citaten wordt tussen haakjes vermeld welke respondent de betreffende uitspraak heeft gedaan (R1 is respondent 1).

3.1 Resultaten interviews

In de hierop volgende paragrafen zijn de uit de interviews verkregen resultaten terug te vinden beschreven naar het model van Leventhal. Achtereenvolgens zullen cognities over de oorzaak van de pijn, cognities over de identiteit van de pijn, cognities over duur / verloop van de pijn, cognities over de gevolgen van pijn, cognities over de veronderstelde genezing / behandeling en de mate van controle over de pijn en emoties worden beschreven.

3.1.1 Cognities over de oorzaak van de pijn

Respondenten hebben allemaal een beeld van de oorzaken van hun pijn. Bij elke respondent is deze oorzaak somatisch, één respondent twijfelt of de oorzaak van zijn klacht niet ook een psychosociale kant heeft (2). Leeftijd en de bijbehorende slijtage (1,5) en een trauma in het verleden zijn een verklaring voor pijn (1,3,4). Denkbeeld bij leeftijd is dat naarmate je ouder wordt er meer slijtage in je lichaam plaatsvindt en slijtage zorgt voor pijn.

Een opeenstapeling van gevolgen verergert de klachten in de loop der tijd en houdt deze in stand (1,2,3,4). Respondenten geven aan dat door herhaaldelijk schadelijke invloeden op het lichaam, het lichaam zwak is. Hierbij worden als schadelijke invloed een ongeluk (1,3), zwangerschap (1,4) en werkhoudingen (2) aangegeven. Deze schadelijke invloeden zorgen ervoor dat de oorzaak van de klachten verergerd.

R: 'Ik heb gewoon die pijn en ik kan echt niet zeggen waarvan die pijn is. Ik denk inderdaad dat door dat auto-ongeluk. Door die zwangerschap wat dat nog heeft verhevigd. En nu door het verkeerd lopen, zitten, staan, liggen.' (R1)

Bij een somatische oorzaak denken de respondenten aan musculaire factoren, neurogene factoren, mechanische factoren, ziektebeelden en overbelasting. Bij musculaire symptomen wordt verkramping van spieren (1,2,3,4,5) en spierzwakte (1) aangegeven. Respondenten denken dat spieren onherstelbaar beschadigd (1,3,4,5) en voor altijd verzwakt zijn (1,2,3,4,5). Bij neurogene factoren wordt vaak een vorm van afknelling van een zenuw aangegeven (1,2,3,4). Respondenten geven aan dat ze denken dat hun zenuw door de afknelling beschadigd en gerafeld is en dat ze voor de rest van hun leven neurogene symptomen zoals uitstralingen, tintelingen en paresthesieën zullen houden (1,3,4). Één respondent geeft aan dat de afknelling van een zenuw zorgt voor een verminderde geleiding van deze zenuw en dat dit zo resulteert in uitstraling van pijn, maar deze afknelling zorgt niet voor blijvende schade (2). Bij mechanische factoren wordt verschuiving van botstukken (1), instabiliteit (2,4), het vastzitten van botten (1,2,3,4) en slijtage (3,5) aangegeven. Bij verschuiving van botdelen en

het idee van instabiliteit geven respondenten aan dat er een constante kwetsing van structuren om de botten heen ontstaat. Bij verschuiving vormt zich een blauwe plek rondom de plaats van verschuiving die de pijn veroorzaakt.

R: 'Ja, en als dat zo verschuift dan worden de zenuwen enzo rondom mijn onderrug constant geraakt door die botten. En ja, dat is hetzelfde als je je ergens hard tegenaan stoot.' (R1)

Vastzitten heeft voor respondenten de betekenis dat het nooit meer los gaat, met uitzondering van losmaken door middel van een operatie. Slijtage betekent volgens respondenten dat hun botten ruw uitzien en daardoor meer over elkaar schuren dan bij andere mensen.

Een gediagnosticeerd ziektebeeld als oorzaak is fibromyalgie (4,5). Respondenten zien dit als reuma van de spieren.

Overbelasting van het lichaam wordt eveneens als oorzaak van de klacht gezien (1,2,4,5), waarbij een verkeerde houding in het algemeen (1), houding tijdens het werk (2,4) en een gebogen houding tijdens het werk (2) als overbelastend worden gezien.

R: 'Dus even de kruk omlaag en de tafel omhoog maar tien seconden later wil je hem weer zo. Dus je zit vaak uren lang in een niet ideale positie voor je rug. En die operaties heb ik ook 27 jaar gedaan.' (R2)

Respondenten geven aan dat overbelasting elke keer weer zorgt voor kleine scheurtjes in spieren en botten.

Alle respondenten geven provocerende factoren aan. Externe provocerende factoren die worden aangegeven door respondenten zijn weersomslagen (1,2), warm weer (1,5), koud weer (3,4,5) en ziekte van iemand uit de naaste omgeving (3). Weersveranderingen kunnen niet verklaard worden door de respondent. Het is een gegeven dat de respondent bij wisseling van weer meer pijn ervaart. Warm weer is provocerend voor twee respondenten omdat er dan meer vocht in je lichaam wordt vastgehouden en hierdoor druk komt op je lichaam. Koud weer is provocerend omdat je lichaam warmte wil vasthouden en hierdoor verkramping van spieren plaatsvindt. Ziekte in de naaste omgeving wordt als provocerend ervaren aangezien de respondent door deze situatie stress ervaart. Stress zorgt voor verkrampingen van spieren, wat resulteert in pijn. Al deze provocerende factoren versterken voor de respondenten het beeld dat de oorzaak van hun pijn somatisch is.

Bij alle respondenten kunnen de klachten geprovoceerd worden door mechanische factoren. Deze mechanisch factoren zijn; zitten (2,4), staan (2), liggen (4,5), lopen (2,4), bewegingen met de nek (3,4,5) en overbelasting (1,2,3,4,5).

R: 'Ik kan niet op mijn rug liggen vanwege mijn onderrug. Ik kon niet op mijn zij liggen vanwege mijn bovenrug en schouders. Ik kon niet op de buik liggen.' (R4)

Zitten, staan en liggen zorgt voor provocatie van klachten doordat er dan een gestrekte rug is, wat zorgt voor afknelling van een zenuw (2,3,5). Lopen zorgt voor provocatie doordat er een verhoogde spierspanning in de rug optreedt wat zorgt voor afknelling en een verkrampt gevoel (2,4). Bewegingen met de nek zijn provocerend aangezien respondenten aangeven slijtage in hun nek te hebben. Door bewegingen schuren botten over elkaar en dit zorgt voor pijn. Daarnaast zorgen deze bewegingen voor toename van de slijtage (3,4,5). Één respondent geeft aan dat bewegingen met de nek zorgen voor hoofdpijn doordat er prikkeling van het zenuwstelsel plaatsvindt (3).

R: 'Wanneer ik met mijn nek beweeg, dan gaan die wervels tegen mijn zenuwen duwen. Ehm en dan krijg ik vaak hoofdpijn.' (R3)

3.1.2 Cognities over de identiteit van de pijn

Een respondent geeft aan een extreme pijn te voelen (1). De respondent geeft aan dat deze pijn naar voren komt wanneer er door een onverwachte beweging botdelen verschuiven en deze zorgen voor een erge kwetsing van structuren. Als men aangeeft dat de pijn aanvoelt als messteken in het lichaam, dan komt dit volgens de respondent door druk op een zenuw (4). Psychosociale factoren, zoals angst (1,3,4,5), boosheid (2), stress (2,3,5), onzekerheid in situaties in het dagelijks leven (2) en psychische belastbaarheid (2,3) hebben invloed op de gewaarwording van de pijn.

Angst wordt ervaren door respondenten. Het betreft angst voor de veronderstelde oorzaak van de klachten bijvoorbeeld kanker en angst voor het toekomstbeeld (1,3,4,5). Angst voor de oorzaak hebben respondenten omdat ze soms denken een ernstige ziekte te hebben.

R: 'Ja. Ik heb de laatste tijd veel angst gehad. Dat ik denk van je hebt al zo lang pijn in de rug, nu stel je voor dat een tumor of een bacterie in mijn rug zit. Hier ben ik echt bang voor, want dan ben ik ten einde raad!' (R1)

Er wordt aangegeven dat alle benoemde psychosociale factoren, door processen in de hersenen, zorgen voor verkramping van spieren. Dit leidt tot een toename van de pijn.

R: 'Als ik meer stress heb, heb ik meer pijn. Dat is omdat eehm hersenen dan een seintje geven aan de spieren. En ja dan worden die spieren hard.' (R5)

Psychosociale factoren hebben ook invloed op de manier van omgaan met de pijn (1,2,4).

R: 'En je gemoedstoestand kan inderdaad misschien ehm de pijn niet beïnvloeden. Maar de manier hoe je er mee om gaat beïnvloeden.' (R4)

R: 'Dus ik weet niet of de verminderde pijn er nu voor zorgt dat ik weer wat beter in mijn vel zit. Of omdat ik beter mijn vel zit ik beter met die pijn om kan gaan.' (R2)

Symptomen die respondenten aangeven zijn zeer verschillend. Er worden duizeligheidsklachten (3,5), musculaire symptomen (1,2,3,5), mechanische symptomen (2,3,4,5) en neurologische symptomen (1,2,3,4) benoemd. Duizeligheidsklachten worden door respondenten verklaard doordat er weinig bloed naar de hersenen kan stromen door de hoge spanning in de spieren.

Musculaire symptomen uiten zich in de vorm van verminderde kracht (1), kramp (2), hypertonie (3,5) en stijfheid (3,5).

R: 'Ik zak, de laatste maanden zak ik al vaker door mijn benen heen, dat ik geen kracht meer heb.' (R1)

Respondenten geven aan dat ze denken dat hun lichaam minder belastbaar is door het ervaren van musculaire symptomen (1,2,3,5).

Mechanische symptomen uiten zich in de vorm van geluiden zoals kraken (2,3), standsafwijkingen (5) en stijfheid (4,5).

R: 'Ook als ik zo mijn nek draai, dat kraakt echt behoorlijk he.' (R3)

Er wordt aangegeven dat kraken een teken is van ergere slijtage dan leeftijdsgenoten en dat dit gevaarlijk kan zijn voor de toekomst, denkende aan mogelijke afknelling van zenuwen (3). Standafwijkingen en stijfheid zijn in de ogen van de respondent een nadeel, aangezien door deze symptomen het lichaam op een andere manier wordt belast en dus ook overbelasting van andere delen van het lichaam kan plaatsvinden. Deze overbelasting kan zich volgens de respondent uiten in slijtage en pijn in andere delen van het lichaam (5). Daarnaast wordt aangegeven dat deze stijfheid komt doordat men weinig kan bewegen aangezien er pijnklachten aanwezig zijn (4,5).

Symptomen die zich uiten in de vorm van tintelingen (1,2,3), paresthesiën (2,4) en uitstraling (2,3,4) roepen bij patiënten een beeld van een neurologische oorzaak op. Bij respondenten heerst het idee dat neurologische symptomen een signaal zijn voor dreigende uitval van zenuwen in de toekomst (1,3,4). Bij respondenten heerst het idee dat neurologische symptomen kunnen resulteren in uitval van zenuwen in de toekomst (1,3,4). Als respondenten mechanische en neurologische symptomen ervaren is dit voor hen een teken dat hun lichaam minder belastbaar is.

De locaties van de klachten hangen volgens de respondenten samen met de oorzaak van de pijn. De locatie van de klachten verschilt per respondent. Respondenten geven aan lokale

klachten te hebben (1,2,3). Respondenten geven aan dat door een ongeluk er een verkeerde beweging in de wervelkolom heeft plaatsgevonden, waardoor er op dit moment pijn wordt ervaren (1,3). Één respondent correleert lokale klachten aan de oorzaak, een verkeerde werkhouding (2). Daarnaast ervaren respondenten klachten in het hele lichaam (4,5). Beide respondenten geven aan dat het ziektebeeld, fibromyalgie, ervoor zorgt dat zij pijnklachten in het gehele lichaam hebben.

3.1.3 Cognities over duur / verloop van de pijn

Sommige respondenten hebben van kinds af aan klachten (4,5). De klachten van een tweetal respondenten nemen in de loop der tijd steeds meer toe (4,5). De respondenten denken dat dit verloop te maken heeft met het ziektebeeld fibromyalgie. Aangegeven wordt dat bij het ziektebeeld fibromyalgie klachten steeds toenemen. Bij andere respondenten namen de klachten af naarmate de tijd verstreek (2,3). Beide respondenten geven aan dat interventies ervoor hebben gezorgd dat de pijn in de loop der tijd afnam. Bij één respondent is er een wisselend verloop. De klachten verschillen per dag (1). Er wordt door de respondent aangegeven dat dit wisselende verloop samenhangt met hoe de dagindeling eruit ziet. Bij een dag met veel fysieke belasting spelen de klachten volgens de respondent erger op, omdat spieren dan harder moeten werken en hierdoor verkrampen, er vaker verschuivingen plaatsvinden door bewegingen en houdingen en hierdoor de zenuwen afgekneld worden. Dit alles resulteert in toename van de klachten. Bij een dag met weinig fysieke belasting vinden deze verkrampingen en bewegingen niet plaats, waardoor de klachten niet zo sterk aanwezig zijn.

Voor de toekomst verwachten respondenten dat hun pijn toe gaat nemen (1,4,5). Klachten worden in de toekomst erger volgens de respondenten. Dit is gebaseerd op ervaring (1,4,5).

R: 'Ja ik denk het wel dat dat nog intenser gaat worden. ja omdat omdat ik dat gewend ben omdat ik dat in de loop der jaren heb gehad. Dan denk ik niet dat het veel zal veranderen.' (R1)

Respondenten denken dat hun klachten nooit meer over gaan (1,4,5). Dit denken respondenten omdat ze alleen nog maar ouder worden (1,5) en respondenten denken een ziektebeeld te hebben dat nooit meer over gaat (4,5).

Hoop op reductie van de klachten hebben twee respondenten (1,2). Reductie wordt verwacht door interventies in de toekomst. De respondenten willen interventies blijven ondergaan totdat een chirurg zegt dat er niks meer voor hen te doen is.

Een andere respondent heeft geen verwachtingen over het toekomstbeeld van haar klachten (4).

R: 'Maar ja het kan ook zijn dat ik over een aantal jaar fluitend door het leven ga als oma. Dat weet je ook niet. Maar als ik zie door al die jaren wat ik achteruit aan het gaan ben. Dan houd ik er rekening mee dat de zitkamer ooit slaapkamer kan worden.' (R4)

3.1.4 Cognities over de gevolgen van pijn

Alle respondenten ondervinden beperkingen in hun fysiek functioneren door de pijn. Er wordt aangegeven dat hierdoor de algehele belastbaarheid verminderd is, wat resulteert in overbelasting (1,2,3,4).

R: 'Maar dat allemaal te samen, is mijn belastbaarheid erg laag. Te laag denk ik. Want mijn belastbaarheid is gewoon nul komma nul.' (R4)

Het dagelijks functioneren van alle respondenten is beperkt door hun klachten.

R: 'Afdrogen en afwassen kan ik niet. Vaak laat ik het dan ook staan.' (R4)

Respondenten geven aan wanneer ze ondanks de pijnklachten te lang doorgaan met dagelijkse bezigheden, de pijnklachten de dag erna erger zullen zijn. Het wordt gezien als een overbelasting. Als verklaring geven respondenten overbelasting aan. Overbelasting wordt gezien als je meer werkzaamheden doet dan je lichaam aankan. Hierdoor worden spieren zwak.

Daarnaast ondervinden enkele respondenten beperkingen waardoor het niet mogelijk is om op de gebruikelijke manier te bewegen (1,4,5).

R: 'Je moet echt een bepaalde manier hebben waarop je moet zitten en liggen, je kunt niet meer alles doen als hoe je het gewend was.' (R1)

Een respondent geeft aan wanneer je pijnklachten in de rug ervaart je niet meer volledig kunt bukken (1). Daarnaast geven twee respondenten aan dat wanneer iemand pijnklachten ervaart je niet in alle houdingen kunt slapen, omdat er dan druk komt op pijnlijke plekken.

Aanpassingen en hulpmiddelen zijn nodig om zoals voorheen te kunnen functioneren in het dagelijks leven (1,4,5). Zo zijn een (trap)lift (1,4), krukken (5), een rolstoel, een korset en een invalidenparkeerkaart (1) aanpassingen en hulpmiddelen die worden gebruikt door respondenten. De respondenten verwachten in de toekomst een traplift nodig te hebben omdat hun rugklachten in de toekomst erger gaan worden. Met deze verwachte rugklachten is het niet mogelijk om de trap op te lopen. Krukken zijn volgens de respondent nodig om te kunnen blijven lopen met steun, aangezien haar eigen benen hier te weinig kracht voor hebben. Ook de invalidenkaart en de rolstoel worden gebruikt omdat de respondent geen lange afstanden

kan lopen doordat er volgens de respondent te weinig spierkracht in haar benen is. Een korset wordt door de respondent gebruikt om de spierzwakte in haar rug te compenseren, hetgeen aansluit bij een mechanische verklaring.

Door het gebruik van aanpassingen voelen respondenten zich onzeker en minderwaardig ten opzichte van andere mensen (1,4,5). Respondenten geven aan dat wanneer je gebruik maakt van hulpmiddelen mensen je met andere ogen zien. Volgens de respondenten zien andere mensen je dan als een gehandicapt persoon, dit is kwetsend.

Daarnaast zijn respondenten beperkt in hun hobby's door hun klachten. Overbelasting is een reden om een hobby niet meer op het gewenste niveau uit te kunnen voeren. Het verlies van hobby's vinden respondenten een erge handicap (3,4).

R: 'Ik weet dat ik wel eens een brug oefening ging doen en dan zakte ik in een keer door mijn polsen. Dan kon ik die dag geen brugoefening meer doen. Ik kon bijvoorbeeld springen en dan in de enkels en in de knieën, dan hoefde ik die dag ook geen paardspringen meer te doen.' (R4)

Een ander gevolg is, dat de klachten bij alle respondenten met een baan zorgen voor gevolgen in hun werk (1,2,3,4). Werkzaamheden kunnen niet meer worden uitgevoerd als voorheen (2,3,4). Het werken in verschillende houdingen zorgt ervoor dat de respondenten de werkzaamheden niet meer kunnen uitvoeren. Aangezien pijnklachten erger worden bij het aannemen van verschillende werkhoudingen.

R: 'Ik kan niet meer doen wat mijn collega's doen.' (R2)

(Gedeeltelijke) afkeuring (1,4) en zelfs ontslag (3) volgden bij respondenten na het ontstaan van hun klachten. (Gedeeltelijke) afkeuring zorgt voor verdriet bij respondenten. Het ontslag van één van de respondenten heeft gezorgd voor frustratie.

Daarnaast wordt het niet krijgen van erkenning van de klachten als probleem ervaren door respondenten (2,3,4,5). De klachten van de respondenten worden door de naaste omgeving niet serieus genomen (3,4,5). Respondenten geven aan dat het niet krijgen van erkenning kwetsend is.

R: 'Veel mensen weten niet wat voor pijn.. Mensen zien je van de buitenkant, maar ze weten niet hoeveel pijn ik heb.' (R5)

Respondenten ervaren weinig erkenning van medici (2,3,4,5). Wanneer medici de pijn klachten niet erkennen, zorgt dit voor een kwetsend gevoel.

R: 'We hebben geen erkend ziektebeeld. Dat is heel erg. En dat is ook wat ik vaker zeg. Ze zouden maar eens een week mee moeten draaien. Eens een week in mijn lichaam moeten zitten. Geloof me dan zou iedereen heel anders praten.' (R4)

Door de klachten ervaren respondenten een verminderde kwaliteit van leven (2,4).

R: 'Ik ben ik voel mij ontzettend gehandicapt en daardoor sociaal geamputeerd door door die klachten.' (R2)

3.1.5 Cognities over de veronderstelde genezing / behandeling en de mate van controle over de pijn

Alle respondenten geven aan verschillende onderzoeken te hebben gehad. Dit waren bij alle respondenten technische onderzoeken, zoals MRI (4), CT-scan (1,2,3), röntgenfoto's (1,2,3,5), botscan (4) en bloedonderzoeken (4,5). De houding waarin een MRI gemaakt wordt is bepalend voor het vinden van een oorzaak van de klachten volgens de respondent (4). Op een CT-scan is niet te achterhalen waar de pijn vandaan komt (1,2,3). Een röntgenfoto toont afwijkingen van het skelet aan. Deze afwijkingen worden door respondenten gezien als mogelijke oorzaak van hun pijn (1,2,3,5). Er wordt door de respondent aangegeven dat op een botscan te zien is dat de sterkte van de botten verminderd (4). Een bloedonderzoek stelt volgens respondenten het ziektebeeld fibromyalgie vast (4,5).

Respondenten hebben (para)medische interventies ondergaan die niet effectief waren (1,2,3,4,5). Dit betrof een operatie (1), het gebruik van medicatie (4,5), het opvolgen van adviezen zoals bijvoorbeeld rust (3) en psychische behandeling (2). Een operatie is niet effectief volgens de respondent omdat er dingen in de rug kapot zijn gemaakt. Hierbij wordt gedacht aan spieren en botten. Het gebruik van medicatie is niet effectief volgens respondenten, aangezien zij een ziektebeeld hebben waar geen medicatie voor bestaat. Rust is niet effectief volgens de respondent omdat de algehele belastbaarheid daarmee nog verder omlaag gaat wat resulteert in een vicieuze cirkel.

R: 'Ik heb toen een jaar lang vrij weinig gedaan en ik merkte gewoon dat ik echt geen conditie meer over had. En als ik dan eens ging wandelen, ja dan had ik na een 10 minuten echt hele erge spierpijn.' (R3)

Voor het gegeven dat psychische behandeling niet effectief is heeft de respondent geen verklaring. De respondent geeft aan dat het na deze behandeling onwaarschijnlijk voor hem is dat de oorzaak van zijn pijn psychisch is. Aangezien hij aan eventuele psychische problemen zonder effect heeft gewerkt.

R: 'En ehm toen ben ik zelf maar naar de psychotherapeut gegaan. En ehm ja dat heeft eigenlijk niet echt tot iets opgeleverd.' (R2)

Alle respondenten hebben ook effectieve (para)medische behandelingen ondergaan. Dit betrof het gebruik van medicatie (1,2,4), manuele therapie (2,3,4), operaties (1,2,5) en psychische

behandeling (3). Na de behandeling bestaat de pijn echter nog steeds, zij het in mindere mate dan voor deze behandelingen. Pijnreductie door medicatie verklaren respondenten doordat pijnklachten onderdrukt worden door de stofjes in de medicatie.

R: 'Als ik in bed lig en de Tramadol pak. Ja dan is het wel alsof ik gedronken heb. Maar dan kan ik eens zitten zonder dat ik pijn heb.' (R4)

Manuele therapie zorgt volgens respondenten voor het losser komen te zitten van botstukken, waardoor er minder afknelling is van zenuwen. Dat de pijn niet helemaal over is na een manuele behandeling geeft volgens respondenten aan dat afknelling niet alleen door het vastzitten van botstukken komt, maar ook door een hoge spanning in de spieren. Pijnreductie door operaties wordt door respondenten op verschillende manieren verklaard. Er wordt aangegeven dat het operatief vastzetten van botstukken zorgt voor het tegengaan van verschuivingen (1). Tevens wordt er operatief meer plaats rondom de zenuw gemaakt, dat zorgt voor verminderde prikkeling van deze zenuw (2). Verder wordt er aangegeven dat door het operatief vastzetten, slijtage minder wordt gevoeld (5).

R: 'ja en mijn voeten zijn nu vast. En daardoor schuren die botten minder over elkaar en heb ik minder pijn.' (R5)

Alle respondenten hebben pijnreductie ondervonden door hun eigen handelen. Dit betrof het toepassen van warmte (1,5), rusten (4,5), bewegen (1,4), het doen van oefeningen (2), het aannemen van een andere houding (2,5), het nuttigen van alcoholische dranken (2) en het opbouwen van de algehele conditie (3). Warmte en rusten zorgt volgens respondenten voor ontspanning van spieren.

R: 'Nou, dat is hetzelfde als met die kruik wat je gebruikt he, dan voel je ook dat die pijn euh op een andere manier te verdragen is.' (R1)

Bewegen en het doen van oefeningen zorgt volgens respondenten voor een betere doorbloeding in de spieren. Een betere doorbloeding zorgt voor minder pijn.

R: 'Ben ik aan het wandelen en kan ik stevig doorlopen dan gaat het beter.' (R4)

Het aannemen van een andere houding zorgt volgens respondenten voor ontlasting van spieren en botten en daardoor pijnvermindering. Alcohol zorgt volgens de respondent voor stofjes in de hersenen, die zorgen voor reductie van de pijn.

R: 'En op het moment dat die hersenen doordrinkt worden door positieve factoren en daar kun je allerlei stofjes bij bedenken maar dat doet er even niet toe. Ehm. Denk ik dat dat er een dempend effect op pijn ontstaan en ook een sederend gebeuren. Als je maar gewoon zorgt dat je teut wordt heb je toch minder last van je pijn.' (R2)

Door het opbouwen van de algehele conditie kunnen je spieren meer aan volgens de respondent en hierdoor krijg je minder last van verkramping.

Respondenten benoemen externe factoren die zorgen voor pijnreductie (1,4,5). Zo wordt een warme temperatuur (1,4) en het gebruik van aanpassingen en hulpmiddelen (4,5) als pijnreducerend ervaren. De warme temperatuur zorgt volgens de respondenten voor ontspanning van de spieren.

R: 'Ik ben een keer naar Israël geweest in de herfstvakantie en ik heb daar bijna geen pijn gehad. Het was die warmte, je kon het op de een of andere manier beter verdragen.' (R1)

Voor de toekomst verwachten respondenten dat er effectieve (para)medische interventies zullen zijn, dit betreft operaties. Operaties in de toekomst zullen effectief zijn volgens de respondenten, dit baseren zij op ervaringen met effectieve operaties in het verleden (1,2). Een respondent zegt dat hij verwacht dat er door een operatie nog meer plaats rondom een zenuw wordt gemaakt, waardoor er vermindering van de afknelling van de zenuw zal zijn (2). Één respondent verwacht door manipulaties van een manueel therapeut schade aan het lichaam toe te brengen (4).

Zij denkt hierbij aan het afbreken van kleine botstukjes en het prikkelen van het gewricht.

R: 'En dat ik waarschijnlijk ook vaak misschien de gewrichten meer prikkel. Je kunt me niet wijs maken dat één keer in de week los gemanipuleerd worden, dat dat goed is voor de gewrichten.' (R4)

3.1.6 Emoties

Alle respondenten geven aan dat ze zich door hun beperkingen nutteloos voelen.

Daarnaast ervaren respondenten een moedeloos en een gefrustreerd gevoel (3,5). Het niet krijgen van een uitkering (3) en onzekerheid over de oorzaak van de pijn (5) wekt een moedeloos en gefrustreerd gevoel op.

Verbloemen van de klacht komt voor (4,5), nadien zorgt dit voor machteloosheid.

R: 'En als ik bij de dokter ben dan doe ik mijn klacht een beetje verbloemen. Dus die kunnen ook niet goed inschatten in hoeverre en hoe erg het eigenlijk is. Doordat ik schijnbaar het karakter heb om het weg te duwen. Alleen kan ik dit zelf niet veranderen, ik heb het niet in de hand.' (R4)

De respondenten ervaren verdrietige gevoelens, omdat de toekomst niet positief ingezien wordt (1,3,4,5). Een denkbeeld hierbij is; pijnklachten gaan gepaard met verdrietige gevoelens. Wanneer respondenten negatieve emoties ervaren, merken zij op dat de pijngewaarwording sterker is.

Hoop hebben respondenten op toekomstige interventies (1,2), een voor de respondent beter beloop van de klachten en over het krijgen van een duidelijke verklaring van de klachten (2). Dit zorgt voor gelukkige gevoelens.

4. Discussie en Conclusie

Het hoofdstuk discussie en conclusie is opgebouwd uit verschillende paragrafen. In paragraaf 4.1 wordt de vraagstelling beantwoord. In paragraaf 4.2 wordt de procesevaluatie beschreven. Het onderzoek wordt geëvalueerd aan de hand van een sterkte- en zwakteanalyse in paragraaf 4.3.

4.1 Discussie en conclusie

In dit onderzoek is door middel van interviews met chronische pijnpatiënten getracht de cognities en emoties die patiënten hebben over hun pijn, in kaart te brengen.

De vraagstelling hierbij luidde; ‘Wat zijn de cognities en emoties van patiënten met chronische pijn, die aangemeld zijn voor een pijnrevalidatieprogramma, betreffende hun eigen pijn?’ Deze vraagstelling zal aan de hand van de deelvragen beantwoordt worden.

Wat denken chronische pijnpatiënten over de oorzaak van hun pijn?

Er wordt door één respondent aangegeven dat een mogelijke oorzaak van pijn, psychosociale factoren zijn. Echter de behandeling van deze psychosociale factoren is niet effectief. Hieruit trekt de respondent de conclusie dat de oorzaak van zijn pijn somatisch is. Daarnaast geven alle andere respondenten alleen somatische oorzaken voor hun pijn aan. Dit komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek, aangezien hierin te vinden is dat veel individuen een biomedische verklaring voor hun pijn hebben en dit verklaren door schade aan weefsel. Dit beeld komt niet overeen met het beeld van behandelaren die meer uitgaan van een biopsychosociale visie (9).

Psychosociale factoren zorgen bij respondenten voor een toename van pijn. Gedachte hierbij is dat door psychosociale factoren verkramping van spieren plaatsvindt. Dit komt overeen met de musculaire oorzaak die respondenten aangeven voor hun pijn. Namelijk dat verkramping van de spieren een oorzaak is van de pijn.

Het valt op dat alle respondenten somatische verklaringen voor hun pijn hebben.

Er komt naar voren dat respondenten die een trauma hebben gehad in het verleden, aangeven musculaire, neurogene en mechanische oorzaken voor hun pijn te hebben. Hieruit kan worden geconcludeerd dat wanneer er een trauma plaatsvindt er verschillende structuren beschadigd raken, waardoor er verschillende oorzaken voor pijn te vinden zijn. Respondenten die geen

trauma in het verleden aangeven, hebben ook verschillende oorzaken voor hun pijn maar deze oorzaken komen onderling niet overeen.

Verder ervaren respondenten, die als oorzaak van hun pijn een opeenstapeling van gevolgen aangeven, neurologische symptomen. Deze opeenstapeling van gevolgen wordt gezien als herhaaldelijk schadelijke invloeden op het lichaam, hierdoor wordt het lichaam zwak. Het lijkt erop dat wanneer er een opeenstapeling van gevolgen is, er altijd neurologische symptomen optreden waarbij de vorm en aard van deze symptomen verschilt. Men zou kunnen aannemen dat het zenuwstelsel een rol speelt bij het chronisch worden van pijnklachten.

Als respondenten het beeld hebben dat leeftijd een oorzaak is van hun klachten, verwachten zij in de toekomst dat de klachten voor altijd zullen blijven bestaan. Het lijkt erop dat ouderdom voor respondenten betekent dat de kwaliteit van het lichaam minder wordt. Hierdoor wordt het lichaam kwetsbaarder en herstelt minder snel.

Daarnaast valt op dat respondenten aangeven dat de diagnose fibromyalgie wordt gesteld door een bloedonderzoek. Het ondersteunt de opvatting van de respondent dat de oorzaak van de pijn het ziektebeeld fibromyalgie is.

Tevens bevestigt het positieve effect van een manuele behandeling voor respondenten de gedachte, dat de mogelijke oorzaak van hun pijn mechanisch van aard is waarbij men het beeld heeft dat iets vast zit.

Wat denken chronische pijnpatiënten over de identiteit van hun pijn?

Het lijkt erop dat wanneer respondenten die een musculair, neurogeen of mechanisch symptoom ervaren, zij dit symptoom correleren met de oorzaken voor hun klachten.

Bijvoorbeeld wanneer een respondent tintelingen ervaart, geeft hij / zij als neurologische oorzaak van de klachten afknelling van een zenuw aan.

Wat denken chronische pijnpatiënten over de duur / het verloop van hun pijn?

De meeste respondenten denken dat de pijnklachten die ze momenteel ervaren nooit meer overgaan en dat deze toenemen in de loop der tijd.

In de literatuur komt naar voren dat er een beeld heerst; 'Later in het leven worden rugklachten progressief slechter'. Door drie respondenten wordt dit beeld bevestigd. Er wordt aangegeven dat pijnklachten in de toekomst erger worden omdat dit in het verleden ook zo is geweest (7).

Over de duur van de klachten wordt door drie vrouwelijke respondenten aangegeven dat de pijn voor altijd zal blijven bestaan. Dit in tegenstelling tot wat de mannelijke respondent aangeeft over de duur van de klachten. Hij hoopt in de loop der tijd reductie van zijn pijnklachten te krijgen. In de literatuur is terug te vinden dat rugklachten voor vrouwen betekenen dat er perioden van pijn zullen zijn voor de rest van iemands leven. Dit correspondeert gedeeltelijk met het beeld van de respondenten (7).

Wat denken chronische pijnpatiënten over de gevolgen van hun pijn?

Er komt naar voren dat alle respondenten door hun pijnklachten beperkt zijn in hun fysiek functioneren en in het dagelijks leven. Het valt op dat alle respondenten alleen fysieke beperkingen aangeven. Dit correleert met de opvatting dat de oorzaak van pijn somatisch is.

Wat denken chronische pijnpatiënten over de veronderstelde behandeling / genezing en de mate van controle over de pijn?

Het valt op dat de meeste respondenten denken dat er geen genezing van de pijnklachten zal optreden in de toekomst.

Er wordt door twee respondenten aangegeven dat een operatie zal leiden tot pijnreductie. Dit komt gedeeltelijk overeen met de literatuur aangezien er in de literatuur naar voren komt dat veel individuen een onrealistisch hoge verwachting hebben betreffende medische diagnose en behandeling (9).

Respondenten die in het verleden klachtenvermindering door een operatie hebben gehad, verwachten dat wanneer ze in de toekomst een operatie ondergaan, deze effectief zal zijn.

Welke emoties ervaren chronische pijnpatiënten?

Het valt op dat alle respondenten aangeven dat ze negatieve emoties ervaren door hun pijnklachten.

Twee vrouwelijke respondenten met een hoge pijnintensiteit die beperkingen ervaren geven aan zich nutteloos te voelen. Dit komt gedeeltelijk overeen met de literatuur waarin is te vinden dat vrouwen met een hoge pijnintensiteit en een hoog niveau van beperkingen, pessimistische gedachten hebben over pijn en de gevolgen hiervan (7).

Het valt de onderzoekers op dat de respondenten moeilijk een beeld kunnen schetsen over de oorzaak, identiteit, de duur / het verloop, gevolgen, veronderstelde behandeling / genezing en

de mate van controle over de pijn en emoties. Het lijkt erop dat respondenten bepaalde opvattingen over hun pijn hebben, maar dat ze geen verklaring voor deze opvattingen aan kunnen geven.

4.2 Procesevaluatie

Aan de hand van het vooraf opgesteld structuurschema en een draaiboek, konden de cognities en emoties van chronische pijnpatiënten over hun pijn duidelijk in kaart worden gebracht. De werving verliep in eerste instantie alleen via Stichting Revalidatie Hoensbroek. Aangezien deze werving te weinig respondenten opleverde, zijn er vervolgens respondenten geworven via Laurentius Ziekenhuis Roermond.

De interviews met de respondenten werden afgenomen in de periode februari tot en met april 2009. Het afnemen van de interviews is naar tevredenheid van zowel de respondenten als de onderzoekers verlopen.

4.3 Onderzoekenvaluatie

Om het onderzoek te evalueren wordt er een sterkte- en zwakteanalyse gemaakt.

Er zijn binnen dit onderzoek verschillende methoden toegepast om de betrouwbaarheid en de validiteit te waarborgen, zoals het toepassen van semigestructureerde interviews, het uitvoeren van gezamenlijke analyse van de gegevens en de transcripties van de interviews te laten verifiëren door de geïnterviewden om zo de belangrijkste informatie juist te interpreteren.

Dit kwalitatieve onderzoek kent toch een aantal zwaktes. Ten eerste is het een zwakte dat het saturatiepunt van informatie binnen een kwalitatief onderzoek doorgaans optreedt bij 10 à 15 interviews (21). In dit onderzoek zijn er vijf semigestructureerde interviews afgenomen, vanwege de praktische haalbaarheid. In de laatste interviews kwam er nog nieuwe informatie naar voren. Dit heeft tot gevolg dat het saturatiepunt niet bereikt is. Wenselijk was geweest een groter aantal respondenten te betrekken bij het onderzoek, om saturatie te bereiken. Ten tweede is het een zwakte dat door het beperkt aanbod van respondenten niet tot een gewenste variatie van de onderzoekspopulatie is gekomen. Wenselijk was geweest een groter aantal respondenten te betrekken bij het onderzoek om een zo groot mogelijke variatie te creëren. Ten derde is het een zwakte dat de onderzoekers geen ervaring hadden met het semigestructureerd interviewen. Dit zorgde er bij verschillende onderwerpen voor dat er

mogelijk niet goed is doorgevraagd. Wenselijk was geweest een interview training te volgen door de onderzoekers.

Literatuurlijst

- (1) Cranenburgh BHWF van. Pijn vanuit een neurowetenschappelijk perspectief. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg; 2002.
- (2) Köke A, Wilgen P van, Engers A, Geilen M. Graded activity een gedragsmatige behandelmethode voor paramedici. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2007.
- (3) Picavet HSJ, Schouten JSAG. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study. Pain. 2003; 102: 167-178.
- (4) Engers A, Köke A, Torenbeek M. Nederlandse dataset pijnrevalidatie. Hoensbroek: Stichting Revalidatie Limburg; 2007.
- (5) Vingerhoets AJJM. Patiënt en stress. Oorzaken en gevolgen. Verpleegkunde: 2000;15:214-224.
- (6) McIndoe, R. „Moving out of pain: Hands-on or hands-off” In: Shacklock, M. moving in on pain, Butterworth, Australia, 1995) (Köke A, Huynen J, Kerckhoffs-Hanssen M, et al. Multimodaal reconditionerings programma voor patiënten met chronische pijn: een praktische handleiding. Maastricht: Pijn Kennis Centrum; 1999.
- (7) Urguhart D., Bell R., Cicuttini F., Cui J., Forbes A., Davis S. Negative beliefs about low back pain are associated with high pain intensity and high level disability in community-based women. BMC Musculoskeletal Disorders. 2008;11:1-8.
- (8) Walsh A., Radcliffe J. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. European Journal of Pain. 2002;9:23-30.
- (9) Goubert L., Crombez G., De Bourdeaudhuij I. Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships. European Journal of Pain. 2003;11:1-9.
- (10) Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. L.D. Cameron & H. Levnthal eds. The self-regulation of health and illness behavior. 2003:42-65.
- (11) Hagger MS & Orbell S. A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. Psychol Health 2003;18:141-84.
- (12) van Wilgen CP, van Ittersum MW, Kaptein AA, Wijhe van M. Illness perceptions in patients with fibromyalgia and their relationship to quality of life and catastrophizing. Arthritis Rheum 2008;58:3618-26.

- (13) Sulli van M.J.L., Bishop S.R., Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment* 1995; 7: 524-533.
- (14) Consensus Rapport Pijnrevalidatie Nederland; Pijn en Kennis Centrum Maastricht; 2005; A. Köke e.a. blz. 19.
- (15) Baarda DB, Goede MPM de, Kalmijn M. Basisboek enquêteren en gestructureerd interviewen. Houten: EPN bv; 2000.
- (16) Baarda DB, Goede MPM de, Meer AGE van der. Basisboek interviewen. Groningen: Wolters/Noordhof bv; 2007.
- (17) Strübing J. Grounded Theory. Wiesbaden:VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2004.
- (18) Cox K, Louw D de, Verhoef J, Kuiper C. Evidence based practice voor verpleegkundigen. Methodiek en implementatie. Utrecht: Lemma; 2004.
- (19) Zwieten M van, Willems D. Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*. 2004; 47: 631-635.
- (20) Wester FPJ. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Muiderberg: Coutinho; 1991
- (21) Dr. D.B. Baarda, Dr. M.P.M. de Goede, Teunissen J. Basisboek kwalitatief onderzoek. Groningen: Wolters / Noordhof bv; 2001.

Bijlagen

Bijlage 1	Tabellen
Bijlage 2	Topiclijst
Bijlage 3	Interviewprotocol
Bijlage 4	Brief respondenten

Tabel 1: Trefwoorden

Tabel 1: Trefwoorden

PICO	Nederlandse trefwoorden	Engelse trefwoorden
Patiënten	Pijn Patiënt Bewegingsapparaat Bewegen Beweging Psychosociaal Chronisch	Pain Patient Locomotor system Move Movement Psychosocial Chronic
Outcome	Inzicht Oorzaak Gevolgen Verwachtingen Opvattingen Behandeling Pijnrevalidatie Dagelijks functioneren Pijnklachten Biomedisch Biologisch Schade Denken Gedachten Duur klachten Fysiotherapie Perceptie Gedrag	Comprehension Cause Consequences/ results Expactation Stand , idea, notion, view Treatment Painrehabilitation Daily Function/ daily life Pain complaints Biomedical Biological Injury

	Voorstelling Attitude	Think Thoughts, beliefs
Auteurs	Leventhal (illness beliefs model) Van Cranenburg Köke Vlaeyen Turk Geilen Vreeling Van Kleef	

Tabel 2: selectie criteria literatuuronderzoek

Inclusie criteria literatuuronderzoek
Leeftijd van de patiëntenpopulatie boven de 18 jaar
Taal van literatuur; Nederlands en Engels
Datum van publicatie tussen 2000 en 2008

Tabel 3: inclusie- en exclusie criteria onderzoekspopulatie

Inclusie criteria	Exclusie criteria
Patiënt met chronische pijnklachten	Patiënt zonder chronische pijnklachten
Geen deelname aan een pijnrevalidatieprogramma	Deelname aan een pijnrevalidatieprogramma

Bijlage 2- Topiclijst

Topiclijst interviews

Inleiding/ algemeen

Voorstellen van de interviewers. Bedanken voor de deelname. Het doel van het onderzoek (beeld krijgen van denkwijze chronische pijnpatiënten). Vertrouwelijkheid en anonimiteit (gegevens worden verwerkt zonder het noemen van namen). Mogelijkheid tot het stellen van vragen (tijdens het hele interview). Duur van het interview (1 uur). Benadrukken dat er geen foute antwoorden zijn.

Persoonlijke gegevens

Kunt u iets over u zelf vertellen?

Cognities over de oorzaak van de pijn

- 1) Waar komt uw pijn vandaan?
- 2) Wat maakt uw pijn erger?
- 3) Waarom denkt u dat juist **u** deze pijn heeft?

Cognities over de identiteit van de pijn

- 1) Kunt u omschrijven waar de pijn zich bevindt?
- 2) Welke andere klachten heeft u als u pijn heeft?
- 2) Komt de pijn volgens u in bepaalde periodes meer of juist minder voor?
- 3) Is uw pijn volgens u een waarschuwingssignaal van uw lichaam?

Cognities over duur/ verloop van de pijn

- 1) Wat betekent de term 'chronisch' volgens u?
- 2) Is de intensiteit van uw pijn steeds hetzelfde?
- 3) Kunt u eens vertellen wat u verwacht dat er met de pijn gaat gebeuren in de toekomst?
- 4) Hoe lang denkt u dat uw pijn zal duren?

Cognities over de gevolgen van pijn

- 1) Ervaart u op dit moment beperkingen door de pijn die u heeft?
- 2) Denkt u dat u in de **toekomst** (nieuwe/ andere) beperkingen gaat hebben door de pijn die u heeft?
- 3) Wat denkt u dat er invloed gaat hebben op de pijn die u heeft in de toekomst?

Cognities over de veronderstelde genezing / behandeling en de mate van controle over de pijn

- 1) Welke interventies heeft u ondergaan en verwacht u te ondergaan in de toekomst?
- 2) Op welke manier kunt u zelf invloed uitoefenen op uw pijn?

Emoties

- 1) In hoeverre heeft uw pijn invloed op uw gemoedstoestand?

Bijlage 3 - Interviewprotocol

Interviewprotocol	
Gebruikte apparatuur	Geluidsopnameapparatuur; 1 DMR-recorder
Personen	1 respondent, 2 onderzoekers waarvan 1 persoon het interview afneemt en de 2 ^e persoon de topiclijst afcheckt
Plaats	De respondent heeft de keuze uit 2 locaties; bij de respondent thuis of bij Stichting Revalidatie Limburg te Hoensbroek
Tijd	Februari- April 2009
Inleidende tekst	“Hallo. Wij zijn Selina en Desiree en we studeren aan de hogeschool in Heerlen. Wij zijn bezig met de opleiding fysiotherapie en op het moment zijn we bezig met het schrijven van onze scriptie. Onze scriptie heeft als thema hoe denkt een patiënt over zijn pijn, met name de patiënt met chronische pijn. Om dit duidelijk te krijgen, nemen wij enkele interviews af. Tijdens de interviews zal er worden gefilmd. Al deze informatie wordt verwerkt zonder het noemen van uw gegevens. En de verkregen informatie zal na afloop van het onderzoek vernietigd worden. Daarnaast moet u weten dat er geen foute antwoorden bestaan en dat het interview ongeveer een uur zal duren. Wanneer u vragen heeft, kunt u deze altijd stellen. Alvast bedankt voor uw medewerking.”

Bijlage 4 - Brief respondenten

Heerlen 21-01-2009

Betreft: Onderzoek 'hoe denkt een patiënt over zijn pijn?'

Geachte heer/mevrouw,

Middels deze brief willen wij informeren naar uw bereidheid om mee te werken aan het onderzoek met als onderwerp: 'Hoe denkt een patiënt over zijn pijn?'. Het onderzoek richt zich op de ideeën en opvattingen van patiënten met chronische pijn, aangezien over dit onderwerp nog weinig onderzoek is gedaan en dus nog weinig bekend is. Het is van belang dat deze informatie verworven wordt, zodat pijnrevalidatieprogramma's hierop kunnen inspelen om de behandeling meer patiëntgericht te maken. Het onderzoek maakt deel uit van een afstudeeropdracht van de opleiding fysiotherapie aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen. Het onderzoek zal in Limburg plaatsvinden in de periode tussen januari en mei 2009.

Deze brief informeert u over het doel, de aard en de duur van het onderzoek. Na het lezen van deze brief kunt u beoordelen of u interesse en tijd heeft om aan het onderzoek deel te nemen. In de bijgevoegde bijlage vindt u meer details over het onderzoek, onder meer over het interview en maatregelen omtrent uw privacy.

Als studenten fysiotherapie van de Hogeschool Zuyd, zijn wij, Desiree Lebens en Selina Hut, uitvoerend onderzoekers binnen dit onderzoeksproject. Onze directe begeleiders zijn A. Köke en Y. Nelissen. A. Köke is werkzaam in het revalidatiecentrum te Hoensbroek als fysiotherapeut. Y. Nelissen is werkzaam aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen als Senior Docent. Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de ideeën en opvattingen van chronische pijnpatiënten over hun pijn. Zo verkregen kennis kan in de toekomst resulteren in een aanpassing van het pijnrevalidatieprogramma te Hoensbroek. Het pijnrevalidatieprogramma kan door uw informatie aangepast worden op de individuele patiënt. Door inzicht te krijgen in uw mening over pijnklachten kan de behandeling in de toekomst nog beter afgestemd worden op de persoonlijke situatie van patiënten met pijn.

Meewerken aan het onderzoek houdt in dat wij een interview gaan afnemen op een locatie die u zelf kunt kiezen. Dit kan in het revalidatiecentrum plaatsvinden of bij u thuis. Wij zullen u vragen stellen over: de oorzaak, de aard, het verloop en de gevolgen van uw pijn.

Wanneer u belangstelling heeft voor deelname aan het onderzoek, kunt u onderstaande antwoordstrook naar ons opsturen in de bijgevoegde gefrankeerde enveloppe. Wij willen u vragen dit voor 31 januari 2009 terug te sturen. Na het insturen van uw antwoordstrook zullen wij telefonisch contact met u opnemen om een afspraak te maken voor afname van het interview.

Met vriendelijke groet,

Desiree Lebens & Selina Hut

Antwoordstrook

Ja, ik heb interesse in deelname aan het onderzoek “Hoe denkt de patiënt over zijn pijn?”.

Naam:

Adres:

.....

.....

Telefoon:

E-mail:

Geslacht: ☐ vrouw ☐ man

Extra Informatie over onderzoek

Algemeen

Indien u mee wilt doen aan het onderzoek, zullen wij u vragen de antwoordstrook in te vullen. Deelname aan het onderzoek geschiedt op volledig vrijwillige basis. Een eventuele beslissing om niet deel te nemen zal geen enkele invloed hebben op eventuele (para)medisch behandeling, nu en/ of in de toekomst. U kunt zich altijd terugtrekken door dit telefonisch of schriftelijk aan ons door te geven.

Interview

Het interview zal ongeveer één uur duren en wordt opgenomen met behulp van audio apparatuur. Het interview zal gepland worden op een datum en tijdstip waarop het u uitkomt. De door u gegeven antwoorden tijdens het interview worden verwerkt en geanalyseerd. Er zal een uitwerking van het interview aan u worden toegezonden. Aan u wordt gevraagd te beoordelen of de uitwerking van het interview overeen komt met dat wat door u in het interview is bedoeld. Vervolgens nemen wij telefonisch contact met u op om te informeren naar de juistheid van de uitwerking.

Privacy

Om uw privacy volledig te garanderen zullen alle gegevens, verkregen door het interview, anoniem worden verwerkt. Na afloop van het onderzoek zullen uw persoonlijke gegevens en de audio opname vernietigd worden.

Vragen

Indien u vragen heeft over deze brief of het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met ons.

Desiree Lebens; 0650920228

Selina Hut; 0624845703

