

# Vägen till ett liv värt att leva efter hög ryggmärgsskada

## En salutogen kvalitativ studie av tetraplegiker

Rikard Eriksson, Kristoffer Szum

Rikard Eriksson, Docent, Høgskolen i Østfold, Avdeling for helsefag, Norge.  
E-post: roe@hiiof.no. Kristoffer Szum, Kurator inom neurologisk rehabilitering,  
Sköndals Assistans.

Årligen drabbas ca 100-150 personer i Sverige av förvärvad traumatisk ryggmärgsskada som ger total förlamning. Teknologisk medicinsk utveckling har lett till att personerna kan överleva olyckorna, men återvänder till ett liv som är mycket fysiskt begränsat jämfört med innan skadan. Det är lätt att anta att personer som tvingas leva i ett sådant förändrat och begränsat fysiskt tillstånd är olyckliga, men studien visar att ryggmärgsskadade kan uppleva livskvalitet och mening i livet och att förmågan att omdefiniera sin livssituation och skapa en ny meningsfullhet är viktigt för att anpassa sig till det nya livet efter skadan och uppleva livskvalitet. Denna studie har fokus på vad det är som hjälper ryggmärgsskadade att nå högre livskvalitet och mening efter skadan.

Every year about 100-150 people in Sweden suffer a traumatic spinal cord injury that results in total paralysis. Technological medical advances have led to people being able to survive accidents, but return to a life that is very physically limited compared to before the injury. The study shows that those with spinal cord injuries can experience a quality of life and meaning in life and that the ability to redefine their life situation and create a new meaningfulness is important to adapt to the new life after the injury, and experience a quality of life. This study focuses on what it is that helps those with spinal cord injuries to achieve a higher quality of life and meaning after the injury.

## Inledning

Årligen drabbas ca 100-150 personer i Sverige av förvärvad traumatisk ryggmärgsskada genom dyk och sportrelaterade olyckor, motorcykelolyckor, fallolyckor eller andra former av olyckor (funka.nu, 2014). Framsteg inom medicin har lett till att personerna kan överleva olyckorna, men återvänder till ett liv som är mycket fysiskt begränsat jämfört med innan skadan. Ryggmärgsskada c1-c7 innebär att brottet uppstått vid en av halskotorna och leder till tetraplegi. Tetraplegi innebär en total eller delvis förlamning och känselbortfall i fyra kroppsdelar: armar, ben, bäcken och bål med andra ord från nacken och nedåt. Personen blir till stor del beroende av andra för att kunna sköta de flesta dagliga fysiska rutiner som att äta, klä på sig, sköta sin hygien, förflytta sig, och andra aktiviteter vilka innebär användandet av händer, armar och fötter. Brott vid de översta kotorna kan även leda till svårigheter med andning samt talförmåga. Det är lätt att anta att personer som tvingas leva i ett sådant förändrat och begränsat fysiskt tillstånd är olyckliga, men studier visar på att det inta alls behöver vara så utan att livet ändå kan uppfattas som rikt och tillfredsställande. Hamell (2004) visar i en kvalitativ studie av personer med hög ryggmärgsskada att samtliga personer upplevde livskvalitet och flera hög livskvalitet och att livet uppfattades som värt att leva trots total förlamning. En viktig omständighet var här möjligheten till en meningsfull och målinriktad sysselsättning. Deltagarna i studien hade

förändrat sina prioriteter och omvandlat sin erfarenhet av sitt fysiska tillstånd från att ha känt sig hjälplösa och onyttiga till en känsla av att vara värdefulla och kapabla (Hamell, 2004). Studierna visar att ryggmärgsskadade kan uppleva livskvalitet och mening i livet och att förmågan att omdefiniera sin livssituation och skapa en ny meningsfullhet är viktigt för att anpassa sig till det nya livet efter skadan och uppleva livskvalitet. Denna studie har fokus på vad det är som hjälper ryggmärgsskadade att nå högre livskvalitet och mening efter skadan.

## Syfte

Syftet med studien var att generera kunskap om processer som personer med traumatisk ryggmärgsskada gick igenom på vägen till ett liv med mening och livskvalitet.

## Metod

### Urval

Som urvalsmetod valdes strategiskt urval. Eftersom studiens huvudsyfte var att undersöka processen till ett meningsfullt liv så var det givetvis viktigt att respondenterna kände att de hade ett meningsfullt liv och därför efterfrågades de som kände/tänkte att de hade ett meningsfullt liv. Urvalsstorleken var 15 personer där bortfallet var 5 personer. Följande urvalskriterier användes vid valet av respondenter:

- Ålder vid skada  $\geq 15$  år
- Antal år sedan skadan skedde  $\geq 9$
- Övre åldersgräns 65 år.
- Nivå av skada: beroende av per-

sonlig assistans mer eller mindre under hela sin vakna tid på dygnet.

- Livsmening: Eftersom studien hade fokus på processen till ett liv med livsmening efter skadan skulle respondenterna ha förvärvat en känsla/tanke av att de hittat livsmening efter skadan.

### Genomförande

Då fokus låg på personens individuella berättelse valdes halvstrukturerade intervjuer som forskningsmetod. Både öppna och direkta frågor användes i intervjuguiden där inledande frågor ställdes för att få en övergripande förståelse om personens bakgrund och vart i livet personen befann sig vid intervjutillfället (Kvale, 2009). Fokus i intervjuguiden låg på vad individerna upplevde som meningsfullt i sina liv och processen till att nå dessa livsmeningar.

### Analysmetod

Som analysmetod valdes tematisk analys. Metoden används för att urskilja och beskriva återkommande mönster från transkriberade intervjuer. Utföraren började med att läsa igenom det transkriberade materialet för varje intervju två gånger och sorterade sedan upp texten genom kodning. Kodning innebär att sätta nyckelord i marginalen som sammanfattar vad de olika textsegmenten handlar om. Nästa steg innebar identifiering av teman som integrerade betydande delar av dessa nyckelord. Vissa nyckelord slogs ihop i ett tema och vissa användes inte då de inte ansågs vara tillämpliga uti-

från studiens frågeställningar. De teman som behållits blev de slutgiltiga teman som kom att representera alla intervjuerna (Howit & Cramer, 2011; Kvale, 2009).

### Etiska överväganden

Skriftligt informerat samtycke har erhållit från samtliga intervjupersoner att publicera studien som vetenskaplig artikel.

## Resultat

### Första perioden efter traumat

#### Den traumatiska krisen

Efter olyckan vårdades individerna på olika avdelningar på sjukhus och rehabiliterings kliniker. Hur länge de fick vård inom dessa varierade. I början led de av somatiska komplikationer så som att de inte kunde andas själva, inte kunde sitta upp, och inte kunde kommunicera med hjälp av sin röst. Dessa komplikationer minskade med tiden. Första perioden präglades av destruktiva tankar samt suicidtankar:

*"det var lika med döden kan man väl säga. Kunde inte ens andas själv, man tänkte vad är det för vits med det här."*

*"om jag aldrig mer kommer kunna dansa kan jag lika gärna dö."*

Tiden på sjukhuset var delvis präglad av osäkerhet kring vilken kroppslig funktion som kunde återvända. Viss funktion kunde återkomma då nervtrådar kunde växa ihop men det var svårt för läkarna att bedöma hur det skulle bli. Fick man inte tillbaks

den funktion som man hade hoppas på ledde det naturligtvis till besvikelse och ytterligare sorg. En annan aspekt var tryggheten, flera respondenter berättade att de upplevde en trygghet på sjukhuset som inte motsvarade verkligheten. De fasta rutinerna som att gå upp på morgonen, äta lunch, middag och allt runtomkring bidrog till denna trygghet. Varje förflyttning av avdelning inom vården innebar ett steg närmare verkligheten, att komma hem och detta var man orolig för.

### Att orientera sig mot ett liv värt att leva

Ta tag i livet och utvidga sitt perspektiv

Med tiden utvecklades livet till det bättre. Det kunde gå långsamt med kortare perioder där utvecklingen stannade till något men det blev bättre. Det hjälpte att själv fatta beslutet att ta tag i livet och man kunde behöva hjälp av andra att bli motiverad till detta och att förändra sina negativa tankar:

*"Och det har också varit till hjälp att hon (frun) är väldigt eller så där tuff, hon skulle aldrig acceptera att jag bara sjönk ihop till någon bög, hon blir skitförbannad på mig om jag håller på att ynka mig"*

Inspirationen personerna fick från andra som hade levt med liknande funktionshinder en längre period var viktig, de blev förebilder för de nyskadade. Dessa förebilder visade genom sitt sätt att leva att det ändå var mycket som de kunde klara av och att de kunde ha ett vanligt liv. Många av

respondenterna hade gjort åtskilliga längre resor utomlands. Flera när de fortfarande var nyskadade (1-3 år efter olyckan). Resandet förbättrade det psykiska måendet genom att vidga perspektiv, stärka självförtroendet när personen kände att han/hon klarade av denna utmaning och eftersom det var intressant och spännande.

### Nya rutiner, sysselsättning och mål

Att skapa sig en ny vardag med rutiner, arbete, sysselsättning och mål hade varit av stor betydelse för livskvaliteten. Några berättade att de i början haft behovet att tala om existentiella frågor, för att sedan gå över till en period med praktiskt fokus, där de funderade på sådant som de ville ägna sig åt och sedan tog de tag i det. Deras planer t.ex. på vad de ville studera kunde i vissa fall skilja sig avsevärt från planerna de hade innan olyckan, då de nu hade andra tankar kring vad de ville prioritera i livet. Att ha arbete eller studier innebar att förflytta fokus bort från funktionshindret, bidrog till en känsla av delaktighet i samhället, att vara behövd och nyttig:

*"..det var att jag försökte vara utåtriktad och jag tvingade mig själv till att göra massa saker, föreningsgrejen, starta den här firman, hålla på med massa projekt själv och gjorde en massa utlandsresor, så jag tvingade mig själv vara ute i samhället och delta och göra saker. Det är väll den största biten"*

### Förhållningssätt och hjälp på vägen

Att acceptera sin nya situation efter skadan var mycket svårt och kunde ta

lång tid. En man berättade att han försökte skynda sig igenom krisens första faser för att komma in i bearbetningsfasen men att det inte gick, att det behövde ta tid, att man inte kunde fuska sig igenom krisen och hoppa över någon fas, utan att man behövde gå igenom chockfasen och sorgfasen för att ta sig in i bearbetningsfasen.

*”att acceptera verkligen, acceptansen av den nya situationen, det var det svåraste. Det var lättare att gilla läget än att acceptera, ganska lika men när jag öppnade ögonen och såg så här är det nu har du förutsättningarna till 100% hur det ser ut. Deal with it, då var det mycket lättare”*

Flera av de intervjuade uttryckte att de kände att vården endast fokuserade på det fysiska och inte det själsliga/psykiska och att de hade känt ett stort behov av att få denna hjälp. Även om de träffat en kurator på sjukhuset så kände flera att personkemin inte stämde, att hjälpen var otillräcklig eller att de hade blivit bemötta på ett felaktigt sätt och därför inte ville fortsätta med fler samtal. Personerna sökte då vidare hjälp på egen hand. Det kunde ha gått åtskilliga år efter skadan innan de sökte hjälpen eller innan de hittade den rätta hjälpen. Det existentiella samtalet upplevdes som viktigt, att hitta en livsmening i den nya tillvaron och känna ett sammanhang, en djupare mening och finna svar på livets stora frågor. Hjälpen de fick kunde betyda mycket, ge ny energi att vilja gå vidare och förbättra sitt liv.

### Hantera hinder i vardagen och skapa flyt

Att assistansen fungerade problemfritt var viktigt. Ofta kunde det handla om att assistenter inte kom till jobbet på grund av sjukdom eller att barnen var sjuka:

*”Sen hade jag de här djupa, djupa dalar-  
na där jag kände att nej nu skiter jag i  
det här och då var det framför allt därför  
att assistansen inte fungerade.”*

Det kunde handla om att assistanssamordnaren inte kunnat lösa problemet med assistenternas frånvaro och att personen då var tvungen att åka in på sjukhus. Lösningar kunde vara att byta till en assistanssamordnare som kunde organisera assistansen på ett bättre sätt, att själv driva sin assistans och att se till att det alltid fanns någon som kunde ersätta ordinarie assistenter vid deras frånvaro. En annan svårighet var att behöva ha assistans under stor del eller hela dygnet. De var beroende av dessa och uppskattade deras jobb och den hjälp de fick men det kunde vara mycket påfrestande att ha dem vid sin sida en stor del av dygnet. Det kunde uppfattas som det svåraste eller bland de svåraste i livet med funktionshindret. Det underlättade att lära sig hantera assistansen. Genom att ha assistenter blev man påtvingad en ledarroll. Det var viktigt att man var tydlig med vilken hjälp man ville ha och på vilket sätt. Detta hjälpte även assistenterna som behövde vägledning och det skapade en trygghet för dem. Denna ledar-

roll kunde vara svår att inta, speciellt i början. Med tiden lärde sig individen hantera assistansen och förstå hur han/hon själv ville ha det, vilka personer man ville ha som assistenter, hur relationen med assistenten skulle se ut och hur man skulle samarbeta. Att lära sig styra över assistansen kunde även stärka personens egenmakt:

*”Ja och hur man gör, sen får det bli vad det blir man kan ju inte bli arg på dem för det. Det har jag gjort så många gånger så det har jag lärt mig hur man förklarar bäst som sagt människor är olika men ändå vad som funkar bäst”*

## **Mening med funktionshindret och ett liv med många kvaliteter**

### **Mening med funktionshindret**

Det kunde finnas en längtan att använda den svåra upplevelsen till någonting meningsfullt. En längtan som kunde få en att må bättre under svåra stunder. Så var det för kvinnan som inte visste vad hon ville göra, men som sedan valde att studera beteendevetenskap och att arbeta med att på olika sätt hjälpa andra. För henne hade den smärtsamma upplevelsen lett till självutveckling, djupare insikt i olika delar av livet samt fördjupat relationer till familjemedlemmar:

*”det känns som att jag genom olyckan har fått ställas med möten med mig själv. Jag har fått en väldig fart i min egen självutveckling på grund utan det, på gott och ont men mest på gott faktiskt.”*

Det fanns också andra exempel på hur funktionshindret och de förvä-

vade erfarenheterna från livet med funktionshindret utnyttjades till meningsfulla aktiviteter. En man gjorde utmanande resor och gjorde en film för att lära ut metoder att använda för att övervinna hinder under resor. Några personer valde jobb där de fick möjlighet att hjälpa andra funktions-skadade. Något som de flesta personerna gjorde var att besöka nyskadade för att ge dem hopp och stöd genom samtal och genom att visa att man kunde leva ett någorlunda normalt liv fast man hade en hög ryggmärgsskada.

### **Mål och sysselsättning**

Att man satte mål och var målmedveten var viktiga komponenter till känslan av mening i livet. Det handlade inte endast om att nå målet, men själva sökandet samt vägen dit hade sitt värde. Det kunde ge en känsla av att vara på rätt väg och att ha någonting viktigt att fylla sin tid med. Ett exempel på mål kunde vara att utbilda sig. För att klara av utbildningen med bra betyg så var man tvungen att anstränga sig från början, där arbetet blev meningsullt i ljuset av målet. Även mindre mål kunde vara nyttiga t.ex. att veta vad man ville få ut av sin vardag.

Arbete var ett viktigt bidrag till känslan av mening. Det handlade dels om att individen kände att han/hon hade någonting att bidra med och var behövd, att han/hon kände sig nyttig och att individen i slutet av dagen kände att han/hon utträttat ett bra arbete. Men det handlade också om gemenskap, att arbetet gav möjlighet till sociala möten, och att få träffa andra individer:

*"Att jobba, trots allt är det av stor vikt att känna sig efterfrågad och behövd. Det är...man står utanför en gemenskap på ett sätt som man kanske inte tänker på förrän man är utan jobbet. Att få frågan "vad jobbar du med"? Nä jag jobbar inte, det svaret ekar inte roligt i ens eget sinne. Däremot att jobba och folk frågar var var du förra veckan eller vart har du hållit bus det är positivt"*

### Delaktighet och relationer

Delaktighet var en annan viktig komponent till känslan av mening. Det kunde handla om att känna sig delaktig i samhället, t.ex. genom att arbeta så som tidigare nämnt. Det handlade också om att känna sig delaktig i en gemenskapskrets eller flera sådana. Man kunde ha en gemenskapskrets på jobbet, en hemma, en i slkten, en med vännerna o.s.v. Att känna sig som en del av någonting större, eller som en respondent beskrev det" att vara en tårtbit av en tårta". Även här handlade det om att känna sig behövd och delaktig. Det kunde handla om att man fick möjlighet att köra bil själv så att man kunde hjälpa vänner med transporter t.ex. då de flyttade. Relationer var viktigt för livsmening och välmående. Det kunde vara relationer till barn, partner, vänner, syskon, föräldrar och ens övriga familj. Det var speciellt viktigt med vänner som man haft under åtskilliga år och som man hade en djupare relation till.

*"möjligheten att välja vilka assistenter jag ska ha, den möjligheten känns underbar när jag tänker på det, tänk om det inte vore så och sen att ha haft möjligheten att träffa bra sköna människor*

*som är lite knäppa som jag så vi funkar ihop"*

### Leva med sorg

Respondenterna sörjde det liv som de levde före olyckan och sådant som de inte längre kunde göra på grund av funktionsnedsättningen. Ett sätt att stå ut när den var som värst var att påminna sig om att de jobbiga känslorna inte var varaktiga utan att de skulle gå över. Sorgen fanns kvar men den förändrades, den varierade och kunde upplevas som mycket stark under vissa perioder men den minskade med tiden:

*"Det klingar av men sorgen finns där hela tiden, alltså någon sa att det är som ett flor, det blir tunnare och tunnare men det finns där hela tiden. Och sen är det ju som med väder att när jag ser molnen komma så försöker jag påminna mig om att jag vet att det inte kommer vara kol svart hela tiden"*

Med tiden minskade sorgen, den blev tunnare även om den fanns kvar och kunde bli starkare under vissa kortare perioder. Det hjälpa då att göra sig påmind om att de jobbiga känslorna inte skulle hålla i sig. Efter en tid lärde man sig leva med den, tänkte inte lika mycket på den och man mådde bättre psykiskt. Man började fokusera på sin framtid och att lösa praktiska problem samt andra utmaningar och sorgen fick allt mindre utrymme i livet.

### Diskussion

Angels (2009) visade på att nyskadade kunde välja att acceptera det de

inte kunde förändra för att gå vidare i stunden. Det blev en tillfällig acceptans som kunde hjälpa dem att gå vidare och fokusera på det de kunde förbättra men en acceptans som de skulle överge när de hade styrkan att kämpa igen. Respondenterna i denna studie berättade att det var svårt att acceptera den nya situationen. Vidareutvecklingen av krisen, kriserna från reaktionsfasen in i bearbetningsfasen samt nyorienteringsfasen såg naturligtvis olika ut och kunde stanna upp p.g.a. en ny kris. För en del varade reaktionsfasen under en förhållandevis lång period. Olika former av stöd hjälpte personerna att gå vidare i krisens förlopp, så som krav från närstående och vänner att ta tag i livet, inspiration från andra som levt lång tid med funktionshinder samt att resa och på så sätt vidga sitt perspektiv och jämföra sig med andra som hade det värre i dessa länder. Inspirationen från andra var mycket viktig och visade på att han/hon kunde leva ett normalt liv och detta var mycket motiverande. Angels talade i sin studie om vikten av hopp. Hopp ledde till ökad motivation och förbättrad förmåga att hantera svårigheter samt att uppnå sina mål. Framsteg i att uppnå sina mål ledde till ökat hopp. På så sätt skapade hopp en positiv spiral som ledde till förbättrat psykiskt mående. Denna studie visade i likhet med Angels studie att när individerna så småningom började orientera sig mot framtiden och tog tag i livsmål och praktiska uppgifter för att nå dessa så började de må bättre psykiskt (Angel et al., 2009 & Cullberg, 2006).

I Kennedys studie var deltagarna re-

lativt nyskadade. Många nämnde positiv förändring i personlighet i det nya livet med funktionshinder, vilket bl.a. innebar att de förstod sig själva bättre, förvärvade nya färdigheter och mer tålamod samt kände mer empati för personer med funktionshinder (Kennedy et. al., 2013). Crewe undersökte upplevda fördelar och nackdelar i livet med ryggmärgsskada under en period på 20 år med skadan. Han observerade att de fördelar som personer kunde uppfatta angav vilka värderingar de hade och den mening som upplevelsen av funktionshindret fick i deras liv. Fördelar kunde vara nya möjligheter, större realism, djupare personliga relationer och en ny uppskattning av livet. De som anpassade sig på ett bra sätt till livet med ryggmärgsskada var sådana som kunde omdefiniera sina värderingar, vidga listan på saker som uppskattades och minska betoningen på fysik som ett sätt att mäta sig själv på (Hammel, 2004).

Att ha mål och att följa dessa var viktigt för känslan av mening i livet. I Angels studie på nyskadade patienter var mål en viktig motiverande komponent som ledde till att deltagarna utmanade sina begränsningar. Det kunde dock vara så att tidigare mål inte längre gick att uppnå och patienten utforskade då istället vilka värderingar som var viktiga för honom/henne och reviderade sina mål (Angel et.al., 2009). Även Hammels studie visade på att meningsfulla mål var en viktig faktor för känslan av livskvalitet (Hammel, 2004). I terapiformen med inriktning på acceptans är orienteringen mot uppnåeliga mål som stämmer överens med ens vär-

deringar en viktig del (Kåver, 2006). En förändring av fokus från det svåra till medvetna mål leder till positiva känslor (Kåver, 2007). I denna studie var arbetet ett viktigt mål samt viktig komponent för känslan av mening och fokus på arbetet avledde tankarna från det svåra. Arbetet gav känslan av att kunna bidra till samhället, att känna sig behövd, produktiv, delaktig och skapade möjligheter till sociala möten.

Både Hammels och Dijkers studie visade på att de som upplevde högst nivå av livskvalitet var de som hade levt med skadan längst tid (Hammel, 2004; Duggan & Dijkers, 2001). De som var minst entusiastiska var de som hade levt med skadan mindre än 6 månader (Hammel, 2004). I denna studie mättes inte nivåer av livskvalitet eller sådana förhållanden men ett sådant förhållande kunde ändå noteras. De som hade varit skadade under en betydligt längre period tenderade att vara mer positiva till livet med funktionshindret än flera som hade levt med funktionshindret en avsevärt kortare period. En omständighet som skulle kunna förklara detta är att sorgen avtog, en annan att individen vände sig och anpassade sig mer och mer till det nya livet med tiden.

### Slutsatser

Det som underlättade att ta sig vidare genom krisen till bearbetning samt nyorientering var personens eget beslut samt krav från anhöriga och vänner att ta tag i livet och bryta passiviteten, att jämföra sin situation med de som hade det ännu svårare, samt motivationen att sträva mot förbättring

för att kunna vara tillgänglig för sina barn. Förebilder från andra som levt längre med liknande funktionshinder och var nöjda med sina liv var en viktig motiverande kraft. Dessa personer kunde även lära de nyskadade många praktiska knep som kunde underlätta för dem. Existentiella, terapeutiska samt stödjande samtal kunde betyda mycket men det kunde ta tid innan personen kände att han/hon fått rätt hjälp. Nya vardagliga rutiner, livsmål, sysselsättning med arbete eller studier samt sysselsättning på fritid med intressen samt andra lustbetonade aktiviteter, att ha engagerat sig och ha tagit kommandot över sitt liv var viktigt för att återuppbygga sitt psykiska mående.

## Referenser

- Antonovsky A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Angel S. Kirkevoold M. Pedersen B.D. (2009). Getting on with life following a spinal cord injury: Regaining meaning through six phases. *International journal of qualitative studies in health and well being*, 4, 39-50
- Block P. Vanner A. E. Keyes B. C. Rimmer H.J. Sheels E.S. (2010). Project Shake-It-Up: Using health promotion, capacity building and a disability studies framework to increase self efficacy. *Disability & Rehabilitation*, 32 (9), 741-754
- Braun A. Clarke V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). 77-101
- Cullberg J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Duggan C.H. & Dijkers M. (2001). Quality of life after spinal cord injury: a qualitative study. *Rehabilitation Psychology*, 46 (1), 3-27

- Funka nu. Hämtad från webbsidan (12/9 - 2014): <http://www.funkanu.com/Design-for-alla/Tillganglighet/Statistik/>
- Hammel K.W. (2004). Quality of life among people with high spinal cord injury living in the community. *Spinal Cord*, 42, 607-620
- Hayes C.S. Luoma B.J. Band W.F. Mesuda A. Lillis J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy* 44, 1-25
- Howit D. & Duncan C. (2011). *Introduction to Research Methods in Psychology* (3rd ed.). Harlow: Pearson Education Limited.
- Kanter W.J. Manos C.R. Bowe M.W. Baruch E.D. Busch M.A. Rusch C.L. (2010). When is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review* 30, 608-620
- Karlsson A.K. Autonom dysfunktion ska dokumenteras enligt standard. (2009). *Läkartidningen*, 106 (11)
- Kennedy P. Lude P. Elfström M.L. Cox A. (2013). Perceptions of Gain Following Spinal Cord Injury. A qualitative Analysis. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, 19(3), 202-210
- Kvale S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervju*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver A. (2006). *KBT i utveckling, En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kåver A. (2007). *Att leva ett liv, inte vinna ett krig. Om acceptans*. Stockholm: Natur och Kultur
- Levi R. Hultling C. (2011). *Spinalishandboken, ny kraft för skadad ryggmärg*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Linell P. (1994). *Trankription av tal och samtal: teori och praktik*. Linköping: Univ., Tema kommunikation.
- Medicinsk ordbok. Hämtad från websida (17/7 - 2014): [www.medicinskordbok.se/component/content/article/9-b/57690-vasokonstriktion](http://www.medicinskordbok.se/component/content/article/9-b/57690-vasokonstriktion)
- Neuroförbundet. Hämtad från websida ( 5/12 - 2013): [www.neuroforbundet.se/diagnoser/ryggmargsskador/](http://www.neuroforbundet.se/diagnoser/ryggmargsskador/)
- Shepherd Center och KPK Interactive. Hämtad från websida (5/12 - 2013): [www.spinalinjury101.org/details/levels-of-injury](http://www.spinalinjury101.org/details/levels-of-injury)
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL).(1995). Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1403-1409.
- Thomassen, M. (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Thompson N.J. Coker J. Krause S.J. Henry E. (2003). Purpose in life as a Mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 100-108
- Yovel I. Mer N. Shakarov H. (2014). Examination of the Core Cognitive Component of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy: An Analogue Investigation. *Behavior Therapy*, 45, 482-494
- Vetenskapsrådet. Hämtad från websida (13/12 - 2013): [www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf](http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf)