

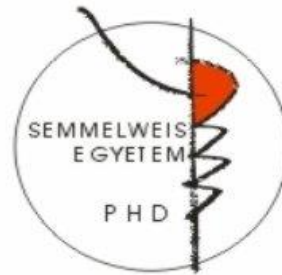
Attitűdök és a kognitív megközelítés szerepe a
krónikus deréktáji fájdalomban

Doktori értekezés

Dr. Simoncsics Eszter

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Stauder Adrienne, PhD, habil. egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Perczel Forintos Dóra, PhD, CSc, egyetemi tanár

Dr. Péntek Márta, PhD, DSc, egyetemi tanár, főorvos

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Tringer László PhD, CSc, professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Unoka Zsolt, PhD, egyetemi tanár

Dr. Fazekas Gábor, PhD, egyetemi docens

Budapest, 2023

Tartalomjegyzék

<i>Táblázatok jegyzéke</i>	5
<i>Ábrák jegyzéke</i>	7
<i>Rövidítések jegyzéke</i>	8
1.Bevezetés	10
1.1 A téma fontossága	10
1.2 A fájdalom definíciója	11
1.3 A fájdalom csoportosítása	14
1.3.1.A fájdalom csoportosítása szövetkárosodás alapján.....	14
1.3.2.A fájdalom időbeni változásai.....	14
1.4. A fájdalom kezelésének megközelítése	16
1.4.1.Biomedikális szemlélet	16
1.4.2.Biopszichoszociális szemlélet	17
1.4.2 A krónikus fájdalom, mint Önálló betegség a BNO-11-ben.....	18
1.5.A krónikus deréktáji fájdalom	20
1.5.1.Epidemiológia	20
1.5.3. A krónikus deréktáji fájdalom kezelésének költségvonzata	21
1.6. Szakmai irányelvek	21
1.6.1. A deréktáji fájdalom kezelésének szakmai irányelvei	21
1.6.3. Team munka.....	27
1.6.4. Betegoktatás	30
1.7. A pszichológiai tényezők és annak mérése	34
1.7.1.A fájdalom és a depresszió kapcsolata	34
1.7.2.Félelem és elkerülési hiedelmek	34
1.7.3.Fájdalom katasztrofizálás	36
1.7.4. A Krónikus fájdalomelfogadása.....	36
1.7.5.Fájdalom és személyiség kapcsolata	37
1.7.6 A derékfájással kapcsolatos ismeretek.....	38
1.7.7.Pszichoterápiás módszerek.....	38

1.8. Szocioökonómiai faktorok	46
1.9. Betegségteher	47
2 Célkitűzések és hipotézisek.....	48
2A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban	48
2B. Fájdalom elfogadása és betegségteher deréktáji fájdalomban	48
2C. Szakszemélyzet attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez	49
3.Módszerek	50
3.A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban	50
A vizsgálat háttere	50
A vizsgálat helyszíne, résztvevők kiválasztása	50
Beválasztási kritériumok	50
Kizárási kritériumok.....	51
Felhasznált kérdőívek és kérdések	51
Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (FABQ)	51
Likert fájdalom skála (NRS)	51
Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív (RMDQ).....	52
Oswestry derékfájás funkciómérő Index (ODI)	52
Zung depresszió skála (ZDS)	53
Fájdalom katasztrófizálás skála (PCS)	53
Etikai engedély	54
3. B. Fájdalomelfogadása és betegségteher deréktáji fájdalomban	54
A vizsgálat háttere	54
A vizsgálat helyszíne, résztvevők kiválasztása	54
Beválasztási kritériumok	54
Kizárási kritériumok.....	54
Felhasznált kérdőívek és kérdések	55
az alapvizsgálat során feltett kérdések és kérdőívek	55
Krónikus fájdalom elfogadása Kérdőív (CPAQ).....	56
Betegségteher Index (IIRS)	58
Beteg egészségi állapot kérdőív Depresszió skála (PHQ9).....	59
Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív (RMDQ).....	59

Etikai engedély	60
3.C. Szakszemélyzet attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez.....	60
A vizsgálat háttere	60
A vizsgálat helyszíne, résztvevők kiválasztása	60
Beválasztási kritériumok	61
Kizárási kritériumok.....	61
Felhasznált kérdőívek és kérdések	61
Etikai engedély	62
3.D.Statisztikai módszerek	62
4.Eredmények	64
4.A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban	64
4.B. Fájdalomelfogadása és betegségteher deréktáji fájdalomban	72
4.C. Szakszemélyzet attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez	84
5. Megbeszélés.....	92
5. A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban	92
5.B. Fájdalomelfogadása és betegségteher deréktáji fájdalomban	94
5.C. Szakszemélyzet attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez	97
6. Következtetések, az eredmények gyakorlati alkalmazása.....	102
7. Legfontosabb új megállapítások, az eredmények gyakorlati alkalmazása.....	104
8. Magyar nyelvű összefoglalás.....	105
9. Summary	105
10. Irodalom jegyzék.....	107
11. A jelölt saját publikációi.....	122
12.Köszönetnyilvánítás	124
Függelék:Kérdőívek.....	125

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1.Táblázat: A krónikus fájdalom BNO kódolása.....	19
2.Táblázat Vörös zászlók: olyan tünetek, jelek, amik segítenek a specifikus és nem specifikus derékfájás elkülönítésében	23
3. Táblázat: Sárga zászlók: pszichoszociális tényezők, amelyek a derékfájás krónikussá válásának kockázatát jelzik	24
4. Táblázat: A deréktáji fájdalom prevenciók lehetőségei.....	26
5.Táblázat: Transzdiszciplináris team: a szerepbővülés lehetőségei a rehabilitációs osztályunk team tagjai között	29
6.Táblázat: Diszfunkcionális gondolatok a fájdalommal kapcsolatosan.....	30
7.Táblázat: A krónikus fájdalomban szenvedő beteg információs szükségletei	31
8.Táblázat. Kerülendő laikus tanácsok a kezelés során.....	31
9.Táblázat:Javaslatok a krónikus deréktáji fájdalomban szenvedő betegek aggodalmainak tisztázására.....	33
10.Táblázat: A funkcionális interjú kérdéskörei.....	40
11.Táblázat: Hogyan torzulhat a derékfájós beteg viselkedése?	41
12.Táblázat: A pszichoszociális beavatkozások fő célkitűzései.....	42
13. Táblázat Mit tehet a beteg krónikus deréktáji fájdalom esetén?	42
14 Táblázat: A krónikus fájdalomelfogadása kérdőív átlagai nem szerinti eloszlásban	57
15.Táblázat: A krónikus fájdalomelfogadása kérdőív átlagai kor szerinti eloszlásban..	57
16.Táblázat: A krónikus fájdalomelfogadása munka aktivitás szerint	58
17.Táblázat: Az összes beteg és az összes kérdőívet kitöltők összehasonlítása.....	
18.Táblázat: Eredmények kérdőívenként	65
19.Táblázat: A félelem és elkerülési hiedelmek korrelációja a pszichológiai és funkcionális kérdőívekkel	66
20. Táblázat: Megerősítő faktoranalízisek modelljeinek magyarázó értéke	67
21. Táblázat: Feltáró faktoranalízis 3 komponense a fabq kérdőívben	70
22. Táblázat: Szocioökonomiai adatok akut-szubakut-krónikus deréktáji fájdalom szerinti bontásban	73
23. Táblázat: Korreláció a betegségteher, a fájdalomelfogadása és a szociokönmiai változók között	75
24.Táblázat:Kérdőív pontszámok átlaga a kezdeti és az után-követés időpontjában....	76

25.Táblázat: Korrelációk a kezdeti (T1), valamint az után követes (T2) betegségteher index, fájdalom, pszichológiai és funkcionális kérdőívek között.....	78
26.Táblázat: A betegségteher előre jelzői deréktáji fájdalomban.....	81
27.Táblázat: A betegségteherre ható tényezők deréktáji fájdalomban.....	83
28.Táblázat: A deréktáji fájdalom előfordulása önbevallásos kérdőív alapján egészségügyi szakdolgozók között.....	85
29.Táblázat: A szakdolgozók véleménye arról, hogy mikor kell a fájdalomcsillapító terápiát elkezdni.....	86
30. Táblázat:A fájdalomcsillapító terápia elkezdésének szükségessége a saját fájdalom élmény alapján.....	86
31.Táblázat: A félelem elkerülési hiedelmek kérdőív pontszámai szakma szerint	89
32.Táblázat:A félelem és elkerülési hiedelmek a megélt fájdalom szerint	90
33.Táblázat parciális korreláció a szakmai háttérrel kontrollálva aza FABQ kérdőív és alskálái, valamint a terápiákról alkotott vélemények között	91

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. Ábra: Fájdalom neuromatrix modell	Hiba! A könyvjelző nem létezik.	13
2. Ábra: A fájdalom miatti funkció vesztesben szerepet játszó biopszichoszociális tényezők és azok kölcsönhatása		17
3. Ábra: A derékfájás diagnózisának és kezelésének szakmai irányelvei és ajánlásai...		22
4. Ábra: Multidiszciplináris team tagjai derékfájás kezelésénél		28
5. Ábra: Megerősítő faktoranalízis modell 1.		68
6. Ábra: Megerősítő faktoranalízis modell 2		68
7. Ábra: Megerősítő faktoranalízis modell 3		69
8. Ábra: Megerősítő faktoranalízis modell 4		69
9. Ábra: A betegségteher egyes itemeire adott válaszok átlagpontszáma a deréktáji fájdalom időtartama szerinti csoportosításban		74
10. Ábra: Az egészségügyi szakdolgozók véleménye a deréktáji fájdalom kezelésének hasznosságáról.....		87
11. Ábra: Vélemények a derékfájás kezelési módjainak fontosságáról a személyes fájdalomélmény szempontjából.....		88

Rövidítések jegyzéke

ACT: Acceptance and Commitment Therapy, (Fájdalom és elköteleződés terápia)

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

CPAQ: Chronic Pain Acceptance Questionnaire (Krónikus fájdalomelfogadása kérdőív)

Fájdalomelfogadása CPAQ-A: Chronic Pain Acceptance Questionnaire Activity subscale (Krónikus fájdalomelfogadása kérdőív, Aktivitás alszála)

CPAQ-W: Chronic Pain Acceptance Questionnaire Willingness subscale (Krónikus Fájdalomelfogadása kérdőív vállalás alszála)

FABQ: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív)

FABQ_A: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire, Activity subscale (Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív, Aktivitás alszála)

FABQ_W: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire, Work subscale (Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív, Munka alszála)

FAM: Fizioerápiás asszisztensek és masszörök

IIRS: Illness Intrusiveness Rating Scale, (Betegségteher index)

IIRS Instr: Intrusiveness Rating Scale, Instrumental subscale (Betegségteher index, Mindennapi tevékenységek alszála)

IIRS Intim: Intrusiveness Rating Scale, Intimacy subscale (Betegségteher index, magánélet alszála)

IIRS Rel: Intrusiveness Rating Scale Relational subscale (Betegségteher index, Társas kapcsolatok és személyes fejlődés)

KVT: Kognitív Viselkedésterápia

MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy (Tudatos jelenlét alapú kognitív terápia)

NHS: National Health Service, (Brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat)

NICE: National Institute For Health And Care Excellence (Brit Egészségügyi Minőségbiztosítási Rendszer)

NRS: Numeric Rating Scale (Likert-fájdalom skála)

NSAID: Non steroid anti inflammatory drugs (Nem szteroid gyulladáscsökkentők)

ODI: Oswestry Disability Index (Oswestry derékfájás funkciómérő index)

OKJ: Országos Képzési Jegyzék

PCS: Pain Catastrophising Scale (Fájdalom katasztrofizálás skála)

PHQ9: Patient Health Questionnaire Depression Scale (Egészségi állapot kérdőív depresszió skála)

RMDQ: Roland Morris Disability Questionnaire (Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív)

TSK: Tampa Scale of Kinesiophobia (Tampa kinezióphobia skála)

VVT: Virtuális Valóság Terápia

WHO: World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

ZDS/Zung: Zung Self-Rating Depression Scale (Zung depresszió skála)

1.BEVEZETÉS

1.1. A téma fontossága

A fájdalom az a tünet, amivel a betegek leggyakrabban orvoshoz fordulnak.

Akut esetben cél a gyors diagnózis és a tünetmentesség elérése. Ezt legtöbbször el lehet érni, de az esetek egy részében a fájdalom tartósan fennmarad. Reumatológiai és rehabilitációs munkám során megtapasztaltam, hogy krónikus fájdalom esetén az eredményes kezelés önmagában a fájdalomcsillapítástól, illetve az azt kiváltó kórképgyógyulásától számos esetben független. Orvosként fontosnak tartom, hogy a korábban elfogadott dualista test-lélek szemlélet helyett az egyén fájdalomhoz való viszonyának komplexitását lássuk és kezeljük, átlépve az eddigi éles szakmai határvonalat az orvospszichológus között anélkül, hogy a kialakult kompetenciák sérülnének.

Ez nehézséget jelenthet, de egyben kinyitja a lehetőségek tárházát különböző gyógymódok, pszichoterápiák és önsegítő módszerek számára. Ezen módszerek közös célja a “coping”, vagyis megküzdés javítása azáltal, hogy a beteg a fájdalmát elfogadva számára értékes, lehető legteljesebb életet éljen, minimalizálva a betegség okozta terhet, javítva az életminőséget.

Dolgozatom a krónikus deréktáji fájdalom fennmaradásának jobb megértése és a rehabilitáció számára hasznos és szükséges szemléletváltás kezdeményezése céljából született.

Bevezetésként bemutatom, mi is maga a fájdalom, amit vizsgálunk és kezelünk. Milyen típusai vannak szöveti károsodás, időrend szerint. Összefoglalom a szakmai irányelvek útmutatásait, azok gyakorlati betartásának nyomon követését a klinikai audit módszerével. A kezelésben résztvevők team munkájának jelentőségét is elemzem a kutató munka elméleti bevezetéseként. A deréktáji fájdalomban használt funkcionális és pszichológiai kérdőívek összefoglaló bemutatása fontos része a dolgozatnak.

A vizsgálatokat rehabilitációs osztályon, valamint reumatológia szakrendelőben kezelt betegek körében végeztem. Mivel a krónikus deréktáji fájdalom team munka, a

benne résztvevő tagok attitűdje és tudása is hatással van a terápia sikerességére, ezért erről is készült egy tanulmány.

Jelen témánk a krónikus fájdalom, ezért fontos annak megértése miért nemcsak az időbeliség különíti el a krónikust az akut fájdalomtól, és speciális jellegzetességei miatt miért szükséges a korábban széles körben elfogadott biomedikális modell kiterjesztése komplex biopszichoszociális megközelítésre. Ennek elméleti alapjait veszem végig.

A biopszichoszociális modellből kiindulva, vizsgálataim fő fókuszja a pszichés tényezők, ezek közül a félelem és elkerülési magatartás, mint a krónikussá válás rizikófaktora, valamint a fájdalomelfogadás, mint protektív tényező kerül kifejtésre.

A betegségteher index-el mértem fel milyen mértékben korlátozza a beteg mindennapi aktivitását a deréktáji fájdalom. A betegségterhet a fájdalom maga, valamint pszichés és szocioökonómiai tényezők együttesen határozzák meg. Vizsgálatomban ezek szerepét értékelem.

1.2. A Fájdalom Definíciója

A fájdalmat kezdetben egy reflexnek tartották, majd a megfigyelések és kutatások alapján arra a következtetésre jutottak, hogy inkább szubjektív élménynek tekinthető.

A fájdalom a Nemzetközi Fájdalomkutató Társaság (International Association for the Study of Pain – IASP) definíciója alapján egy olyan kellemetlen érzékelési és érzelmi élmény, amely valós, vagy lehetséges szöveti károsodással áll összefüggésben, vagy ilyen sérüléssel összefüggő élményre emlékeztet (Raja et al., 2020).

Kapu-kontroll elmélet

Korábban azt gondolták, hogy a fájdalom információt szolgáltat az érintett szöveti területről, de ez az elmélet nem volt tartható, hiszen számos tényező befolyásolja a fájdalom érzetét. Nem mindegy, hogy kivel, mikor, milyen körülmények között, milyen elvárások mellett jelentkezik a fájdalom. Ismert példa, amikor az élsportolók verseny helyzetben akár törött csonttal is végig csinálják az adott távot/programot.

A fájdalom élmény módosulásának kapu elmélete Melzack és Wall (1965) nevéhez fűződik. Azt állapították meg, hogy a myelinizált vastag primer afferens rostok ingerülete bezárja, illetve kinyitja a kaput a felszálló nociceptív impulzusok előtt. Külső tényezők közbe léphetnek, változtathatják a fájdalomkapu tágasságát a lehetséges maximális nyitástól a maximális zárásig (Melzack & Wall, 1965). Habár ez a jelenség magyarázatot ad a külső ingerekre adott különböző mértékű fájdalomélményre, azonban a krónikus állapotokban tapasztalt eltérések kizárólag ez alapján nem értelmezhetőek.

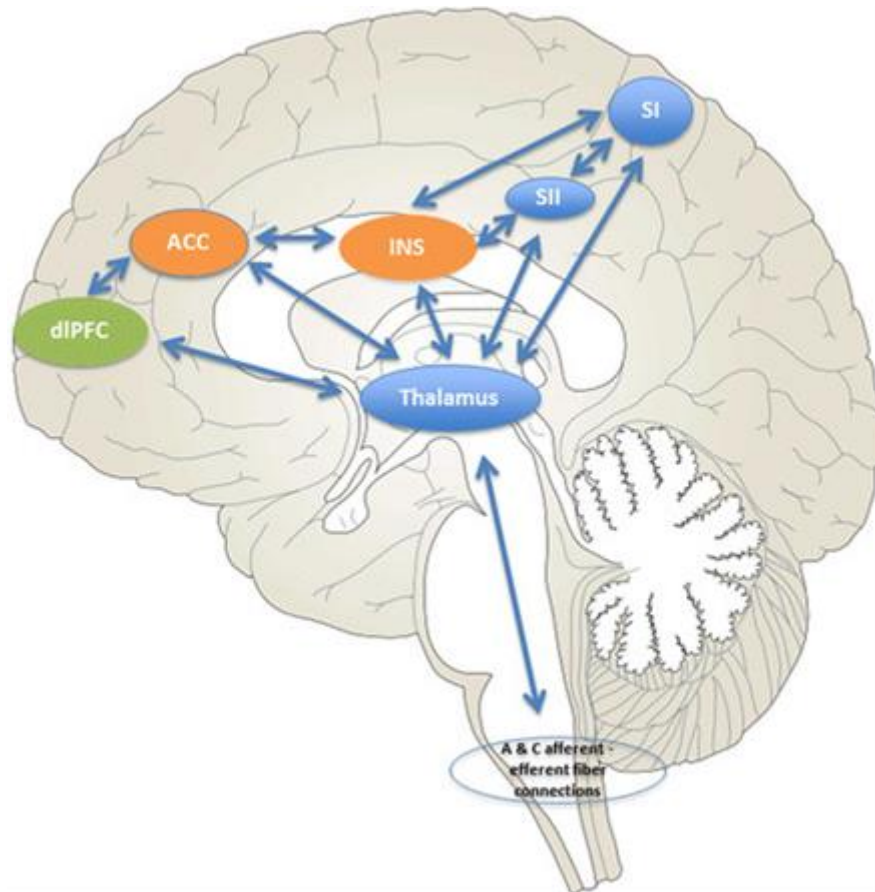
Fájdalom mátrix elmélet

Két kiváló összefoglaló cikk, szerzői Moosley (2003) és Ianetti (2010) alapján érthetőjő áttekintést ad a fájdalom neuromatrix elmélet fejlődéséről.

A képalkotó módszerek fejlődése, elsősorban a funkcionális MRI vizsgálat lehetővé tette, hogy igazolják, nincs egy kitüntetett ún. „fájdalomérző központ” az agyban.

A mátrix elmélet lényege (Melczak 1989), hogy egyidejűleg mindig számos agyterület aktiválódik, és ezek a területek egymással is kölcsönhatásban vannak. Ez magyarázhatja a fájdalomra adott válaszok sokszínűségét. Az 1. ábrán láthatóak a legfontosabb, a fájdalommal összefüggésbe hozott agyterületek és azok interakciója.

A fájdalom érzésekor aktiválódik a primer és a szekunder szomatoszenzoros kéreg, a prefrontális kéreg, az elülső cingulum, az insula és a thalamus is (Treede et al., 1999). Az aktiválódott területek közül érdemes kiemelni az elülső cingulumot, amit „akció központnak” is lehet nevezni, hiszen itt dől el, hogy „mit kell tennem fájdalom esetén” (Craig 2002). Ez a terület határozza meg a fájdalomélmény intenzitását és tervezi meg a megfelelő válasz reakciót. Ezt lehet a fájdalom érzelmi központjának is tekinteni. Az érzelmi-motoros feldolgozást a thalamus, a prefrontális és a hátsó parietális kéreg végzi (Ingvar 1999). Így válik érthetővé, hogy a gondolatok, az érzések és a cselekedetek kölcsönösen befolyásolják egymást és a fájdalom érzetet magát. A gondolataink tartalma és az azokhoz való viszonyunk meghatározza, hogy milyen fájdalmat élünk át, hogyan érezzük magunkat és hogyan viselkedünk.



1. ÁBRA FÁJDALOM NEUROMATRIX MODELL

(Monroe et al., 2015)

A fájdalom élmény kialakulásában részt vevő agyterületek és azok kapcsolatai

ACC: corpus callosum, INS: insula, SI, SII: elsődleges és másodlagos szenzoros kéreg, dIPFC: dorsolateralis prefrontalis kéreg, A&C afferent fiber connections kapcsolatok afferens idegrostokkal

SZOMATOSZENZOROS AMPLIFIKÁCIÓ

Barsky nevéhez fűződik a szomatoszenzoros amplifikáció koncepció megfogalmazása és a jelenség mérésére alkalmas skála kidolgozása (Barsky 1979, Köteles 2017),(Barsky, 1992),(Köteles, 2018). Az elmélet szerint a tünetészlelés folyamatában a perifériás szenzáció kortikális feldolgozását pszichés tényezők jelentősen befolyásolják. Az amplifikációban szerepet játszik a testi érzetekre irányuló fokozott figyelem, a gyenge vagy bizonytalan érzetek negatívként való minősítése, és az érzetek

zavaró, fenyegető tünetként való értelmezése. A negatív érzelmi állapotok, mint pl. a depresszió fokozzák a fájdalom amplifikáció iránti vulnerabilitást (Von Korff & Simon, 1996)(Le Borgne et al., 2017).

1.3. A fájdalmak csoportosítása

A fájdalmakat csoportosíthatjuk, a szöveti károsodás alapján, illetve a kialakulásának és fennmaradásának ideje alapján. Ebben a fejezetben ezt a két felosztást mutatom be.

1.3.1. A fájdalmak csoportosítása szövetkárosodás alapján

- *Nociceptive fájdalom* tényleges szöveti károsodáskor jelentkező érzet. Sherrington használta először ezt a fogalmat, és írta le a hozzá tartozó neurológiai rendszert (Sharpey-Schäfer, 1898). Fontos tudni, hogy a nocicepciónak nemcsak a fájdalom kialakulásában van szerepe. A fizioiógias működés során a mozgások szabályozását végzi. A fájdalom megjelenését interleukin felszabadulás is kíséri, amely módosítja a fájdalmat azáltal, hogy a gyulladásos mediátorok szenzitizálják a nociceptorokat.
- Neuropátiás fájdalom: szomatoszenzoros idegrendszer károsodása következtében kialakult fájdalom.
- Nociplasticus fájdalom: a fájdalom a megváltozott fájdalom érzékelés miatt alakul ki, anélkül, hogy lenne tényleges vagy potenciális szöveti sérülés. Korábban centrális szenzitizációnak hívták.

1.3.2. A fájdalom időbeni változásai

A fájdalom élmény az idő múlásával változik, megítélése és kezelése is más hozzáállást kíván. Három csoportba való sorolás alakult ki a szakirodalmi adatok alapján.

- Akut szakasz: 0-6 hét

Ebben a szakaszban a fájdalom legtöbbször magától is elmúlik, illetve ilyenkor rövid, nem specifikus kezelés a panaszokat tudja csökkenteni. Persze fontos tudni, hogy már ebben a fázisban a biológiai és pszichológiai alapja a fájdalom krónikussá válásának jelen vannak. Adekvát fájdalomcsillapítással a krónikussá válás veszélye csökkenthető (Carr & Goudas, 1999).

- Szubakut szakasz 6-12 hét

Ez a szakasz jelent átmenetet az akut változások és a krónikus állapot között. Ilyenkor még számos terápiás lehetőség áll rendelkezésre, hogy a panaszok ne váljanak tartóssá. Jelen kutatásaink eredményei is megerősítik, hogy ebben a szakaszban lehet hatékony terápiás intervenciókat indítani.

- Krónikus 12 hét után

A krónikussá váló fájdalom nemcsak egy tartósan fennálló tünet, hanem egy önálló kórkép. A várható gyógyulási időn túl fennálló fájdalmat nevezzük krónikusnak, deréktáji fájdalom esetén 12 hét után. A szakirodalom két típusát különbözteti meg, az egyik az elsődleges krónikus fájdalom, ide tartoznak a fájdalom szindrómák, többek között a fibromyalgia. A második csoport egy alapbetegséghez tartozó tünet együttest jelent. Ide sorolható pl. a deréktáji fájdalom, arthrosis, neuropátiás fájdalom, migrén, onkológiai betegségek. Ezek a fájdalmak több kategóriába sorolhatóak, A WHO legújabb BNO besorolása már tartalmazza ezen panaszok besorolását az MG 30.00 kód alatt (WHO ICD-11), (R.-D. Treede et al., 2015), (lsd.1.6 fejezet, 1. táblázat).

1.4. A fájdalom kezelésének megközelítése

1.4.1. Biomedikális szemlélet

A biomedikális modell Virchow-tól származik, aki azt állította, hogy minden betegséget valamilyen sejt szintű károsodás okoz. Annak ellenére, hogy már kezdetektől sok kritika érte, a 20. században széles körben elfogadott volt.

A biomedikális modellnek számos különböző meghatározása van, néhány dolog azonban közös bennük, amelyeket Wade és munkatársai összegeztek:

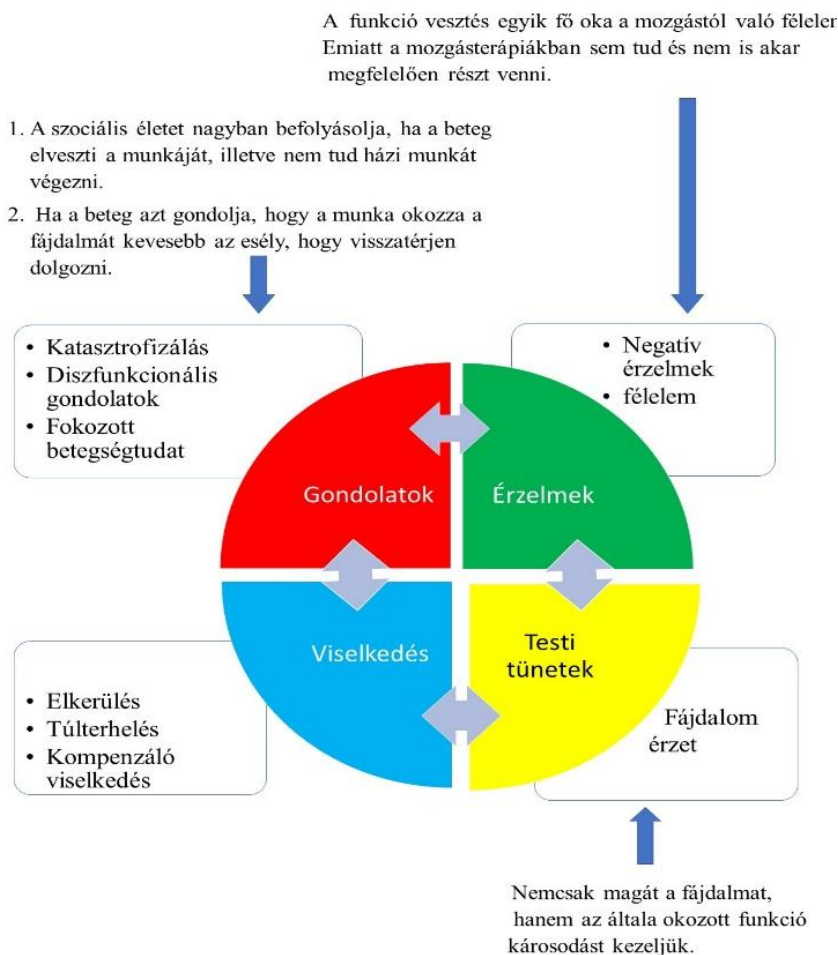
- A betegségek és tünetek a testben keletkező károsodásokból származnak (általában szerv vagy szervrendszerek szerkezete vagy funkcióját érinti).
- Ha a betegségek kimenetelét egyéb tényezők befolyásolják is, azok a betegség kialakulására és tüneteire nem hatnak.
- A mentális állapot, mint például a hangulati zavar elkülönülten kezelendő a testi tünetektől.
- A beteg a körülmények áldozata és nem felelős a betegség megjelenéséért és a fennállásáért.
- A beteg a kezelések passzív befogadója, habár felelős a kezelés által előírtak betartására (Wade & Halligan, 2004).

A biomedikális modell a test-lélek dualizmus eredeti felfogásához kapcsolódik. Az egészségügyi ellátórendszer, a költségvetés és a terápiás eljárások is úgy szerveződnek, mintha tiszta, különválaszthatóak lennének a testi és a lelki betegségek, figyelmen kívül hagyva azt a tényt, hogy az egyén lelki állapota befolyásolja a testi tünetek megjelenését.

A biomedikális szemlélet alapján a gerinc strukturális elváltozásai határozzák meg a fájdalom és a funkciókárosodás mértékét (Harris & Macnab, 1954). Még a rehabilitációban is, ahol már a komplexebb eljárások megjelennek, a testi tünetek miatti rehabilitáció és a pszichiátriai rehabilitáció külön szakterületnek számít.

1.4.2. Biopszichoszociális szemlélet

A biomedikális modell kiszélesítését Engel kezdeményezte (George Engel, 1977). Ez alapján a betegségek manifesztációját nemcsak a testi tünetek, de a pszichés és szociológiai tényezők is befolyásolják. A fájdalom mátrix / kapukontroll elmélet alapján érthető, hogy a biopszichoszociális szemlélet alkalmazása miért szükségszerű a krónikus fájdalom terápiájában. Mivel a gyógyulás nem várható kizárólag a szomatikus terápiáktól, multidiszciplináris módszereket szükséges alkalmazni, amire a járóbeteg ellátásban, a fájdalom klinikákon és a rehabilitációban is lehet lehetőséget teremteni. A fájdalom élmény komplexitását az alábbi ábrán szemléltetem (2. ábra).



2. ÁBRA A FÁJDALOM MIATTI FUNKCIÓ VESZTÉSBEN SZEREPET JÁTSZÓ BIOPSZICHOSZOCIÁLIS TÉNYEZŐK ÉS AZOK KÖLCSÖNHATÁSA

Saját szerkesztés

A nem specifikus deréktáji fájdalom kezelésének fő célja már a tünetek jelentkezésétől, hogy a páciens a fizikai aktivitását megőrizze és a mindennapi tevékenységét el tudja látni. Kamper és társai 2014-ben szisztematikus irodalomkutatásuk alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a biopszichoszociális megközelítés hatékonyabb, mint a biomedikális ezen célok elérésében. A betegek kisebb fájdalmat élnek meg, kevesebbet hiányoznak a munkából, és kevesebb a funkcionális károsodásuk (Kamper et al., 2014).

A multidiszciplináris kezelés a bizonyítottan hatékonysága ellenére sem terjedt el elég széleskörben. A biopszichoszociális modell szerinti ellátás az Országos Gerincgyógyászati Központban került bevezetésre 1995-ben azóta ott a krónikus derék fájdalom miatt kezelt betegek pszichológiai támogatást is kaphatnak a szomatikus kezelések mellett.

A gyermek ellátásban úttörő módon Major János és munkatársai vezették be a krónikus fájdalom komplex kezelését a Bethesda Gyermekkórházban. Publikált eredményeik alapján a betegek fájdalma csökkent, a mindennapi funkcióik javultak és kétéves távlatban is kevesebb orvosi ellátásra volt szükségük (Major et al., 2017).

1.4.2. A krónikus fájdalom, mint Önálló betegség a BNO-11-ben

Definíció: a krónikus fájdalom állandó vagy visszatérő fájdalom, amely több mint 3 hónapig tart, de általánosságban tovább, mint az adott betegség várható gyógyulási ideje.

A BNO legújabb változata a krónikus fájdalmat, mint külön betegségcsoportot definiálja, amelyet a téma fontossága, illetve a BNO-11 újdonsága miatt mutatjuk meg az 1. táblázatban.

1. TÁBLÁZAT A KRÓNIKUS FÁJDALOM BNO KÓDOLÁSA

(Treede et al, 2015)

1. Elsődleges krónikus fájdalom (a fibromyalgiával együtt)
1.2. Lokális krónikus fájdalom (a nem specifikus deréktáji és a krónikus medencetáji fájdalommal együtt)
1.x. Egyéb krónikus fájdalom
1.z. Krónikus máshova nem sorolható fájdalom
2. 2.1. Krónikus fájdalom tumor vagy metasztázis miatt
2.2. Krónikus kemoterápia okozta fájdalom (krónikus neuropátiás fájdalom)
2.3. Krónikus fájdalom a tumorról kapcsolatos műtét miatt (krónikus műtét utáni vagy poszttraumás fájdalom)
2.4. Krónikus fájdalom radioterápia miatt
2.x. Egyéb krónikus fájdalom a tumor miatt
2.z. Máshova nem sorolható krónikus tumoros fájdalom
3. Krónikus műtét utáni vagy poszttraumás fájdalom
3.1. Krónikus műtét után fájdalom
3.2. Krónikus poszttraumás fájdalom
3.x. Egyéb krónikus műtét utáni vagy poszttraumás
3.z. Máshova nem sorolható krónikus műtét utáni vagy poszttraumás fájdalom.
4. Krónikus neuropátiás fájdalom
4.1. Perifériás neuropátiás fájdalom
4.2. Centralis neuropátiás fájdalom
4.x. Egyéb neuropátiás fájdalom
4.z. Máshova nem sorolható neuropátiás fájdalom
5. Krónikus fej és orr-arc fájdalom
5.1. Krónikus elsődleges fejfájás
5.2. Krónikus másodlagos fejfájás
5.3. Krónikus orr-arc fájdalom
5.z. Máshova nem sorolható fej és orr-arc fájdalom
6. Krónikus visceralis fájdalom
6.1. Krónikus visceralis fájdalom tartósan fennálló gyulladás miatt
6.2. Krónikus visceralis fájdalom vascularis ok miatt
6.3. Krónikus visceralis fájdalom elzáródás/tágulat miatt
6.4. Krónikus visceralis fájdalom trakció/kompresszió miatt
6.5. Krónikus visceralis fájdalom kombinált mechanizmus miatt
6.6. Krónikus visceralis fájdalom, ami kisugárzik máshonnan
6.7. Krónikus visceralis fájdalom tumor miatt
6.8. Funkcionális vagy nem megmagyarázható visceralis fájdalom (elsődlegesen: krónikus elsődleges fájdalom)
6.x. Egyéb krónikus visceralis fájdalom
6.z. Máshova nem sorolható krónikus visceralis fájdalom
7. Krónikus musculosceletalis fájdalom
7.1. Krónikus musculosceletalis fájdalom tartósan fennálló gyulladás miatt

1.5. A krónikus deréktáji fájdalom

1.5.1. Epidemiológia

Akut deréktáji fájdalom esetén az érintettek 58%-a nem fordul orvoshoz. Ezzel együtt is ez a leggyakoribb mozgásszervi betegség, amivel a betegek felkeresik a rendelőt, és egyben az egyik leggyakoribb funkciókárosodással, betegszabadsággal és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételével járó állapot (Hartvigsen et al., 2018).

A derékfájs előfordulását meghatározandó összefoglaló tanulmányukban Hoy és munkatársai azt állapították meg, hogy az első derékfájs epizód éves incidenciája 6,3% és 15,4% közé tehető. A teljes népességben az előfordulási arányról szóló adatok között vannak a legnagyobb eltérések, de ez azzal magyarázható, hogy sokan nem mennek orvoshoz a panasszal, vagy csak alapellátást veszik igénybe. A prevalenciát a különböző felmérések 1.0% és 58.1% közé teszik (átlag: 18,1%; medián: 15,0%).

Miután a deréktáji fájdalom jelentkezik, terápiával vagy akár anélkül is teljes gyógyulásra lehet számítani az első 6 hétben. A remisszió értékelése nem egységes, különböző értékelő skálákat, illetve kérdőíveket használnak, ez magyarázza, hogy gyakoriságát 54-90% közé teszik. Átlagosan az eseteknek 10%-ában a tünetek három hónapon túl is fennállnak, krónikussá válnak (D Hoy et al., 2010). Az erre vonatkozó kutatások között nagy a szórás, a gyakoriság 2-48% közötti (Qaseem et al., 2017). Az előfordulását azért is nehéz pontosan definiálni, mert az ismert akut-szubakut-krónikus kategóriák ellenére a különböző epidemiológiai vizsgálatok a visszatérő panaszok, illetve az ellátási szükségletek alapján más-más besorolást használnak.

Magyarországi adatok tekintetében a 2003-os OLEF jelentésre hagyatkozunk, amely szerint a gerinc fájalmak (a nyaki és háti panaszokkal együtt) egy hónapos incidenciája nőkben 60% férfiakba 49% volt. (<https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/852/KronikusBbetegsegekOLEF2003.pdf>)

Kutatásomban külön foglalkozom a nővérek derékfájásával is, ezért fontosnak tartom megemlíteni Ofori-Attah és Németh magyar ápolók körében végzett vizsgálatát. Ebben a nappali műszakban dolgozók 35,1%-a, az éjszakai műszakban dolgozók 27,1%-a számolt be aktuális mozgásszervi fájdalomról (Ofori-Attah & Németh, 2015).

1.5.3. A krónikus deréktáji fájdalom kezelésének költségvonzata

A deréktáji fájdalom miatti direkt kiadások és indirekt költségek egyre nagyobb anyagi terhet jelentenek a világon mindenütt, a fejlett és fejlődő gazdaságokban egyaránt. Mértékét jól szemléletes, hogy 2015-ben 60,1 millió károsodott egészségi állapotban leélt évért volt felelős világszerte (YLD) ami 54%-os emelkedést jelent 1990-hez képest (Vos et al., 2016).

Összehasonlítva más krónikus betegségekkel, a legnagyobb részt a deréktáji fájdalom terápiája szakítják ki a költségvetésből, megelőzve a depressziót, a nyaki fájdalmat, a migrént, az artrózist. A „The Global Burden of Disease Study 2013” értékelés alapján “years lived with disability”, vagyis a károsodott egészségi állapotban leélt évek besorolásban, amelyet 188 országban végeztek (Hoy et al., 2014).

Az anyagi ráfordítás egyrészt direkt kiadásokból áll (diagnózis felállításához szükséges képalkotók, gyógyszerek, kórházi kezelés, terápiás kezelések), másik részét az indirekt költségek teszik ki (átmeneti és tartós betegállomány, munkaképesség elvesztése és az életminőség romlása) (Hartvigsen et al., 2018), (Hong et al., 2013) (Pellise et al., 2009).

1.6. Szakmai irányelvek

1.6.1. A deréktáji fájdalom kezelésének szakmai irányelvei

Magyarországon a jelenleg hatályos legújabb szakmai irányelv 2021-ben jelent meg (EMMI Szakmai Irányelv 3, 2021), amely a diagnosztika és a terápiás algoritmus vonatkozásában követi a nemzetközi irányelveket. Részletesen foglalkozik az akut (0-6 hét), a szubakut (6 hét után) és a krónikus (12 hét után) deréktáji fájdalmak elkülönítésével (3. ábra). Az ábrában kiemeltük az egyes szakaszokban ajánlott diagnosztikus és terápiás lépéseket. A kezelés célja az akut szakban a teljes remisszió, valamint a krónikussá válás megelőzése. Kiemelném, hogy az irányelvek minden szakaszban javasolják az ágynyugalom kerülését, az aktivitás lehetőség szerinti megtartását.

Ugyanakkor a nemzetközi ajánlásoktól eltérés, hogy a pszichológia terápiákra és a krónikus ellátásra vonatkozó javaslatok nem kerültek be ebbe az anyagba (EMMI Szakmai Irányelv 3, 2021).

Akut derékfájás diagnózis felállítása

Súlyos betegségek jeleinek felmérése
Neurológiai eltérések keresése
Ha nincs javuló tendencia a beteg pszichoszociális hajlamosító faktorok keresése
Nincs szüksége rutin képalkotóra nem-specifikus derékfájás esetén

Akut és szubakut fázis

Beteg megnyugtató a jó prognózissal kapcsolatban
Javaslat, hogy maradjon aktív
Szükség esetén gyógyszeres kezelés (meghatározott ideig)
Ágynyugalom nem javasolt
Gyógytorna nem javasolható

Krónikus állapot

Passzív terápiák kerülendők
Csak rövid ideig javasolt gyógyszer/ manuálterápiát adni
Rövid oktató programokban részvétel
Gyógytorna terápiában részvétel
Kognitív és viselkedés terápia
Multidiszciplináris kezelés (biopszichoszociális modell alapján)

3. ÁBRA A DERÉKFÁJÁS DIAGNÓZISÁNAK ÉS KEZELÉSÉNEK SZAKMAI IRÁNYELVEI ÉS AJÁNLÁSAI

(2006 SPINE)

Kiemelt figyelmet érdemlő rizikó tényezők

Kiemelt jelentősége van az olyan tünetek felismerésének, amik súlyos és veszélyes kórképre utalnak és sürgős, illetve speciális ellátást igényelnek. Ezeket nevezzük „vörös zászlónak” (red flag, vészjel) Ezeket a 2. táblázatban foglaltam össze.

A „sárga zászlók” azokra a pszichoszociális tényezőkre hívják fel a figyelmet, amelyek a derékfájás krónikussá válásának kockázatát jelzik lsd. 3. táblázat (EMMI Szakmai Irányelv 3, 2021).

2. TÁBLÁZAT VÖRÖS ZÁSZZLÓK: OLYAN TÜNETEK, JELEK, AMIK SEGÍTENEK A SPECIFIKUS ÉS NEM SPECIFIKUS DERÉKFÁJÁS ELKÜLÖNÍTÉSÉBEN

(EMMI SZAKMAI IRÁNYELV 3, 2021)

Anamnézis:	<p>beteg fiatalabb, mint 20 éves, ill. idősebb, mint 55 év</p> <p>gerinotrauma, infekció közelmúltban malignus tumor metabolikus csontbetegség</p> <p>hajnali kereszttáji fájdalom, amely mozgásra javul (spondylitis ankylopoeticára utaló tünet) pihentetésre sem múló fájdalom (véltetően nem mozgásszervi fájdalom) vizelettartási vagy -indítási nehézség)</p> <p>Cauda equina szindromára utaló jelek: mindkét végtagba kisugárzó fájdalom, izomgyengeség, a gáttájékon zsibbadás, érzéscsökkenés, vizeelési és székelési problémák,</p> <p>hosszú távú szisztémás kortikoszteroid használat,</p> <p>fogyás általános elesettség láz, hőemelkedés</p>
Fizikális vizsgálat:	<p>egy-egy csigolya kopogtatási vagy nyomásérzékenysége,</p> <p>a sarokra zökkenési próba pozitivitása szakroiliakális ízületek ütögetési érzékenysége, érzészavar a nyeregzónában</p> <p>alsó végtagi parézis az alsó végtagokban hosszúpálya-tünetek</p>
Laboratóriumi jelek	<p>CRP és/vagy vérsüllyedés</p> <p>leukocitózis monoklonális gammopátia</p> <p>emelkedett csont eredetű alkalikus foszfatáz emelkedett prosztataspecikus antigén vagy más tumormarker</p>

3. TÁBLÁZAT SÁRGA ZÁSZLÓK: PSZICHOSZOCIÁLIS TÉNYEZŐK, AMELYEK A DERÉKFÁJÁS KRÓNIKUSSÁ VÁLÁSÁNAK KOCKÁZATÁT JELZIK

(EMMI szakmai irányelv 3, 2021)

A derékfájással kapcsolatos tévhitek:	a derékfájás potenciálisan rokkantságot okoz, a passzív kezelések (fürdő, elektroterápia) hasznosabbak, mint a torna
Nem megfelelő viszonyulás a fájdalomhoz	félelem a legcsekélyebb fájdalomtól. a mindennapi aktivitás csökkentése
Munkával kapcsolatos problémák	elégedetlenség a munkával, a támogató munkahelyi légkör hiánya. járadék, táppénz, rokkantnyugdíj lehetősége motiválja a beteget
Negatív érzelmi állapotok	szorongás, depresszió, stressz, testi tünetek, fájdalom túlzott megélése, nyomott kedélyállapot, visszahúzódás a társadalmi élettől

A házi orvosok kompetenciái

A házi orvosok kompetenciáit egy régebbi 2010-ben készült ajánlás foglalja össze, amely szerint a házi orvos önállóan is kompetens a nem specifikus deréktáji fájdalom kezelésében. Ezért a házi orvosoknak tájékozottnak kell lenniük a diagnosztikus és terápiás beavatkozások vonatkozásában. Ebbe beletartoznak a képalkotó eljárások, a speciális laboratóriumi vizsgálatok, a rehabilitációs technikák és eljárások, a balneoterápia indikációi és kontraindikációi, valamint a gyógyászati segédeszközök alkalmazásával kapcsolatos ismeretek (Házi orvosok Szakmai Kollégium, 2010).

NICE-irányelvek

A brit egészségügyi ellátásban az úgynevezett NICE-irányelveket (National Institute for Health and Care Excellence) használják ellátási protokollként. Ebben a deréktáji fájdalom kezelésénél hangsúlyozzák a klinikai kivizsgálás fontosságát, de a radiológiai képalkotó módszereket csak súlyos betegségek, tumor, infekció, trauma vagy gyulladás kizárására ajánlják. Kiemelik a betegoktatás fontosságát, az öngyógyítás előtérbe helyezését és a fizikai aktivitás megőrzését. A fájdalom kezelésében a lépcsőzetes fájdalomcsillapítás gyakorlatát tartják szükségesnek. Krónikus esetekben javasolják a komplex fizikális (tornagyakorlatokat, manuális terápiát és akupunktúra a beteg preferenciáit figyelembe véve) és pszichológiai kezelést. Az etiológiától függően és terápiareszisztens esetekben javasolják a sebészi beavatkozás mérlegelését (Vereckei et al., 2012).

Gyógyszeres kezelésre vonatkozó ajánlás: A szakmai irányelvekben mindenütt ajánlanak gyógyszeres kezelést is. Ennek pontos beállítása a gyógyszeres fájdalom csillapítás szakmai irányelveinek segítségével lehetséges. Az előírások szerint először napi 3-4 gr-ig paracetamolt kell adni. Ha a fájdalom nem csökken, NSAID-okat (nem szteroid gyulladásgátlókat) és/vagy minor opioidokat ajánlott adni. Harmadik fokozatként major opioidok (pl.fentanil, oxycodon) és/vagy NSAID-ok, beleértve a coxibokat, kerülhetnek alkalmazásra. A 65 év feletti betegeknél a NSAID-kat gyomorvédő szerrel együtt kell adni (savlekötő, illetve protonpumpa gátló formájában) (Nice, 2009). Az elmúlt években a major opioidok adása háttérbe szorult, annak erős addiktív hatása miatt (Buchbinder et al., 2020).

Fájdalom management

Az elmúlt években a szakmai irányelvek kiegészültek a fájdalom management fogalmával, ami a beteg saját megküzdési stratégiáinak alkalmazását jelenti a derékfájás kezelésében. Azon módszerek összessége, amelyek segítenek a betegnek elfogadni az állapotát és megtanulni, hogyan tud a panaszok ellenére a lehető legteljesebb, aktív életet élni (Jorgensen et al., 2018),(Qaseem et al., 2017),(National Institute for Health and Care Excellence, 2016).

Az európai szakmai irányelvek kitérnek a primer prevenció fontosságára is, amelynek ismertetése a 4. táblázatban látható (Spine, 2006).

4. TÁBLÁZAT A DERÉKTÁJI FÁJDALOM PREVENCIÓS LEHETŐSÉGEI

(Spine, 2006 1.6.2. Klinikai Audit)

Lakossági prevenció	• Fizikai aktivitás
	• Információk, oktatás, gyakorlás
	• Derék megtámasztása
	• Bútorok Cipők, Betétek
	• Manuál terápia
Munkahelyi prevenció	• Fizikai aktivitás
	• Információ / Tanácsadás/ Javaslatok
	• Derék öv/ derék támaszok
	• Munkavédelmi cipők és betétek
	• Fizikai és szervezési ergonómia
	• Multidimenzionális megelőzés
	• Megváltozott munkakör betegszabadságból való visszatérés után
Gyermekkorai prevenció	• Iskolai megelőzés
	• Befolyásolható rizikótényezők
	• Életviteli tanácsadás
	• Fizikai aktivitás
	• Iskolával kapcsolatos és pszichoszociális tényezők

A szakmai irányelvek, úgynevezett guideline-ok segítenek abban, hogy a gyógyítás a lehető legegységesebben, azonos szempontok szerint történjen az ellátó helyektől függetlenül. Természetesen minden szabályzás és irányelv valódi értékét az adja, amennyit betartanak belőle. A klinikai audit rendszere segíthet ennek nyomom követésében, és a fejlesztési irányok meghatározásában (Vereckei, 2010).

A klinikai auditnak minden szakterületen, így a fájdalom terápiában is helye van. 2010-ben egy nemzetközi, multicentrikus vizsgálat keretében az előző fejezetben tárgyalt fájdalom csillapítási protokoll betartását, a kezelési előírások gyakorlati megvalósítását mértük fel. Öt európai ország 8 reumatológiai klinikájának részvételével, összesen négyszáz, különböző reumatológiai betegségben szenvedő beteg kezelését elemeztük.

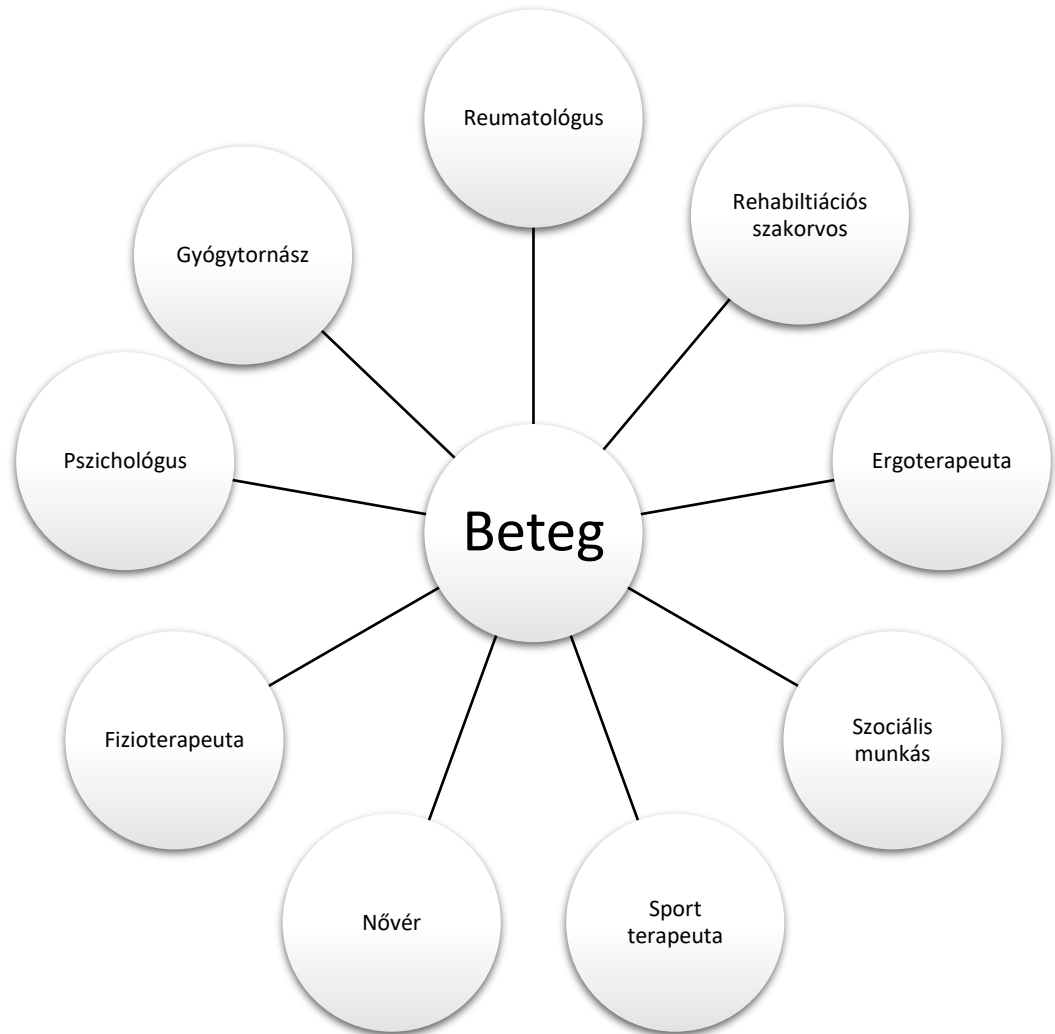
A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az európai központok heterogének, nem egységesek a gyakorlatok és az alacsony adherencia különböző fokait tükrözik.

Ugyanakkor az irányelvek betartása jobb minőségű ellátást és valószínűleg jelentős megtakarítást jelent (Simoncsics et al., 2010). Ezt támasztja alá a Gremaux és munkatársai által végzett vizsgálat, amelynek eredménye alapján a betegek, háziorvosok és szakorvosok körében a szakmai irányelvek jobb tudatosítása és oktatása csökkentheti a fájdalom okozta betegség terhet és javíthatja az életminőséget (Gremeaux et al., 2015).

1.6.3. Team munka

A mozgásszervi rehabilitáció, így a deréktáji fájdalom kezelése is, team munkában zajlik. Ez egy olyan átfogó tevékenység, amelyben mindenkinek meg van a saját kompetenciája, elvégzi saját feladatát és hozzájárul a közös eredmény létrehozásához, ami több, mint az egyének összegzett teljesítménye (Vekerdy-Nagy, 2010).

A csapatmunkára egyre nagyobb szükség van, mert növekszik a szakmán belüli specializáció, viszont az előregedő, esetlegesen multimorbid betegeket ellátó rehabilitáció nem nélkülözheti a holisztikus szemléletet. A szakmai protokollok egyre gyakrabban előírják a multidiszciplináris team meglétét, azaz a reumatológus szakorvos mellett legyen rehabilitációs szakorvos, gyógytornász, fizioterápiás asszisztens, masszőr, pszichológus, ergoterapeuta, szociális munkás, sport terapeuta. Az általuk alkalmazott eljárások szükségesek a megfelelő minőségű gyógyulás eléréséhez (Nancarrow et al., 2013),(lsd. 4 ábra).



4. ÁBRA MULTIDISZCIPLINÁRIS TEAM TAGJAI DERÉKFÁJÁS KEZELÉSÉNÉL

(Saját szerkesztésű ábra)

Több fajta team modell van jelen a rehabilitációban. Klasszikus esetben két típust különböztetünk meg, az egyik a multidiszciplináris team munka (több szakma képviselője foglalkozik a beteggel külön-külön (pl. több szakorvoshoz elmegy a beteg), a másik az interdiszciplináris team (több szakma működik együtt, megosztva a tudást, a képességeket a beteg érdekében), (Nancarrow et al., 2013). Létezik azonban egy harmadik modell, amely a közös munka értelmezését tovább finomítja, ez a transzdiszciplináris team (Shaw et al., 2008), melyet a páciens problémájának egységes értelmezése jellemez. A szerepek egyenlők, átjárhatókká válnak, amelyet az 5.táblázat mutat be.

5. TÁBLÁZAT TRANSZDISZCIPLINARIS TEAM: A SZEREPBŐVÜLÉS LEHETŐSÉGEI A REHABILITÁCIÓS OSZTÁLYUNK TEAM TAGJAI KÖZÖTT

(Shaw (2008) alapján)

Orvos-pszichológus
Gyógytornász-sport terapeuta
Gyógytornász-pszichológus
Nővér-ergo-terapeuta
Dietetikus-pszichológus
Szociális munkás-pszichológus
Mátrix osztály-betegtársak

Közös konszenzus alapján a tudás birtoklásának újra értelmezése történik, a beteg és a többi team tag is aktív résztvevője az ellátásnak és gondolkodásuk egyfelé irányul. A krónikus fájdalom kezelésének specialitása, hogy a szenvedő páciensnél hol a fájdalom, hol a mozgás nehezítettség, hol a pszichés komponensek kerülnek előtérbe, ennek megfelelően a különböző terapeuták feladatai közül átmenetileg vagy hosszabb távon más-más válik kiemelkedően fontossá.

A team munka minősége nagyban befolyásolja a gyógyító munka eredményességét, nemcsak a páciensek, de a betegellátók és az egészségügyi szolgáltatók számára is mérhetően (Nancarrow et al., 2013). Az együttműködéshez három dolog szükséges: competence, confidence és commitment, magyarul szaktudás, bizalom és elkötelezettség. A kompetencia érzés a folyamatos képzéstől, a közös értékek kialakításától, a visszajelzéstől és az egyértelmű célok meghatározásától várható. Ennek megvalósulásáért folyamatosan tenni kell. A team tagjainak ismernie kell egymás tudását, egymás képességeit, és az ellátás alapvető elveiről közös véleménnyel kell lenniük. A bizalom egymás munkájában, az elkötelezett, betegcentrikus szemlélet szükségessége kiemelten fontos a rehabilitációban (Nancarrow et al., 2013).

1.6.4. Betegoktatás

A beteg aktív részvétele a fájdalom menedzsmentben, az aktív, egészséges életmód kialakításában elengedhetetlen. A terápiás betegoktatás célja a betegek (és hozzátartozóik) képzése, a betegséggel, annak terápiájával és a gyógyulást segítő viselkedésformákkal kapcsolatban. A betegoktatás a beteg ismereteit bővítve hatással van a gondolkodására, csökkenti a szorongását és javítja az együttműködését. A betegoktatásban a team minden tagja részt vállalhat.

Betegoktatás és kommunikáció javításra készítettem több előadást és oktató anyagot betegek és szakdolgozók részére. Az alábbiakban ezek legfontosabb témaköreit mutatom be.

1. Felismerés: a diszfunkcionális gondolatok a krónikussá válás rizikófaktorai, ezért fontos a felismerésük az orvosi vizit során. A leggyakoribb diszfunkcionális gondolatokat a 6. táblázatban foglaltam össze.

6. TÁBLÁZAT DISZFUNKCIONÁLIS GONDOLATOK A FÁJDALOMMAL KAPCSOLATOSAN

(Simoncsics, Fay, Kiss, 2010)

Mivel nagy fájdalmaim vannak, súlyos betegségem van
Ha fokozódik a fájdalmam, biztosan lebénulok
A mozgás okozza a fájdalmamat
A fájdalom sosem fog elmúlni
A családomban mások is egész életükben derékfájósok voltak, nekem is ezzel kell együtt élnem

2. Betegvezetés

Betegvezetés alatt azt értjük, hogy tisztázzuk, mik azok a tünetek és panaszok, amelyek veszélyesek lehetnek és gyakorlati tanácsokat adunk, milyen módon tud a fájdalmai ellenére is a számára értéket képviselő lehető legteljesebb életet élni.(7. táblázat)

7. TÁBLÁZAT A KRÓNIKUS FÁJDALOMBAN SZENVEDŐ BETEG INFORMÁCIÓS SZÜKSÉGLETEI

(saját összeállítás)

Miért kell a beteget „vezetni” krónikus derékfájás kezelése során?

Mert szenved

Mert aggódik

Mert túl sok /téves információja van

Mert mi értünk a gyógyszerekhez

Mert megerősítésre vár

Mert ha mérjük, és rögzítjük a fájdalom mértékét objektívebben tudunk dönteni

Mert átsegíthetjük a holtponatokon

A krónikus betegség során folyton ismétlődő panaszok miatt előfordulhat, hogy az egészségügyi ellátásban dolgozók elvesztik a türelmüket, azonban ekkor sem szabad olyan mondatokat mondani a betegnek, amik elbizonytalanítják, hibáztatják, vagy a reménytelenség érzetét keltik (8. táblázat).

8. TÁBLÁZAT KERÜLENDŐ LAIKUS TANÁCSOK A KEZELÉS SORÁN

(saját összeállítás)

Kommunikációs javaslatok a krónikus deréktáji fájdalom ellátása során

10 mondat amit soha nem mondj krónikus betegnek!

Nem fájhat ez ennyire!

Ne lustálkodjon már, keressen munkát!

Ön csak figyelemre vágyik!

Az Ön betegségét a stressz okozta.

Fájdalom nélkül nincs nyereség.

Minden fejben dől el.

Ki kéne már mozdulnia otthonról.

Milyen szerencsés, hogy egész nap ágyban feket!

Imádkozzon hatékonyabban!

Ön milyen jól néz ki!

A kezelő személyzet megkérdezése során kiderült, hogy a deréktáji fájdalomban szenvedő betegek által feltett kérdések közül a legnehezebb és legfrusztrálóbb az, hogy „Mikor fog elmúlni a fájdalom?”. Mivel erre nehéz válaszolni, hiszen a gyógyulást számos, sokszor nem ismert tényező befolyásolja, ezért fontos olyan kommunikációs eszközöket alkalmazni, ami a reálisan értékeli a helyzetet és javítja a terápiás együttműködést.

Akut esetben megnyugtathatjuk a beteget, hogy rövid idő után tünetmentesen gyógyul és nagy valószínűséggel nem fog visszatérni a fájdalma. Ha krónikus panasszal találkozunk fontos, hogy a gondolkodásuk fókuszából a fájdalmat, mint problémaforrást eltereljük és más a mozgásra, valamint az életminőséget javító lehetőségek fontosságát emeljük ki. Ehhez nyújtanak segítséget az orvosi gyakorlatban javasolt technikák, amelynek útmutatásai alapján állítottam össze javaslataimat krónikus deréktáji fájdalomban szenvedő betegek aggodalmainak tisztázására (Pilling, 2008)(9. táblázat).

9. TÁBLÁZAT JAVASLATAIM A KRÓNIKUS DERÉKTÁJI FÁJDALOMBAN SZENVEDŐ BETEGEK AGGODALMAINAK TISZTÁZÁSÁRA

(Pilling 2008 alapján)

Átfogalmazás

„Soha nem fog már elmúlni a deréktáji fájdalom?” „Arra kíváncsi, hogy számíthat-e még arra, hogy újra előjöhet-e a fájdalom?”

Érzelmi visszatükröződés

„Úgy érzem örökké fog tartani és soha nem múlik el” „Úgy látom érzelmileg igénybe veszi Önt a fájdalom jelenléte és kétségei vannak pedig sokat tud tenni a gyógyulásáért”

Összefoglalás

„Az anyám is egész életében derékfájós volt, nekem is ezzel kell együtt élnem.” „Úgy látom nagyon erősen hat Önre a családi minta, és emiatt kétségei vannak azzal kapcsolatban, hogy tud-e Önmaga tenni a fájdalom ellen”

Normalizálás

„Nem hiszem, hogy rendszeresen tudnék tornázni, vagy megengedné a főnököm, hogy átrendezzem az asztalomat az irodában” „Valóban nem könnyű új szokásokat elsajátítani, vagy a főnökkel konfliktust felvállalni, hiszen mindenki félti a munkahelyét, de érdemes végig gondolni milyen kisebb lépésekkel lehetne elindulni.

Átkeretezés

„Nem vagyok képes semmire amíg a fájdalmaim el nem múlnak” „Látom Önnek fontos, hogy a feladatait ellássa, és keresi a megoldást.”

Megoldásközpontú kérdés

„Sokszor nincs kedvem kimenni sétálni, pedig tudom, hogy javítana az erőnlétemen és kevésbé fájna a derekam.” „Mikor van kedve kimenni sétálni, mi történik akkor? „

1.7. A pszichológiai tényezők és annak mérése

1.7.1. A fájdalom és a depresszió kapcsolata

A deréktáji fájdalom esetén a szakmai irányelvek kiemelik a pszichoszociális tényezők szerepét (Isd. 3. táblázat). Talán a leggyakrabban vizsgált téma a krónikus fájdalomban a depresszióval való összefüggés (Von Korff & Simon, 1996).

A kutatások alapján a krónikus deréktáji fájdalomban szenvedőknél a depresszió prevalenciája 45-65% közé tehető (Dersh et al., 2002). Pinheiro és munkatársai összefoglaló tanulmánya alátámasztja, hogy a depresszió negatív prognosztikai értékkel bír a deréktáji fájdalomban (Pinheiro et al., 2016).

Wong és munkatársai (Wong J.,2021), egy újabb review cikkben 63326 beteg adatait dolgozták fel 62 közlemény alapján. Ezek összességében azt mutatták, hogy akut derékfájás esetén a betegek gyakrabban vesznek igénybe egészségügyi ellátást, ha depresszió is kíséri a tüneteiket. A nyomott hangulat nagyobb fájdalom intenzitással, rosszabb funkcióval és kevésbé eredményes felépüléssel jár együtt. A nagyszámú irodalom feldolgozása ellenére a szerzők további megerősítő vizsgálatok elvégzését javasolják, pontosítandó, hogy valójában milyen mértékben befolyásolják a depressziós tünetek a betegség kimenetelét. Az eddigi eredmények azzal együtt azt sugallják, hogy a depresszió felmérését és kezelését érdemes megkezdeni minden betegnél a derékfájás terápiája során.

1.7.2. Félelem és elkerülési hiedelmek

Ahhoz, hogy megértsük a félelem jelentőségét a fájdalommal kapcsolatban, röviden érdemes magáról az érzésről említést tennünk. A félelem egy érzelmi válasz, amelyet a vészhelyzetben fellépő fájdalom indít el, és a kiváltó ingert elkerülő viselkedést vált ki (Davis, 2006). Másként fogalmazva: a fájdalom és a félelem a legerősebb elkerülő magatartást beindító ösztönök az emberben.

Az anatómiai ismereteink alapján a fájdalom és a félelem a reticularis rendszerben szoros kapcsolatban van. Habár a félelem és az elkerülés előzetes tapasztalás nélkül is megjelenik, életünk során operáns kondicionálással is tanuljuk ezt a viselkedést. Fordyce véleménye szerint, az elkerülő magatartásnak inkább az előzetes feltevésekhez van köze, ezért fennmaradásához egész kicsi megerősítő impulzus is elegendő (Fordyce, 1984).

Krónikus deréktáji fájdalom esetén a félelem miatti elkerülő magatartás a fizikai aktivitás csökkentését, illetve felfüggesztését jelenti. Számos negatív következménye van: romlik a fizikai terhelhetőség, csökken a szellemi frissesség, erősödik a betegszerep, a családi kapcsolatok minősége romlik. A gyógyszereszedéstől való függőség alakulhat ki, és fokozódik az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele. A legnagyobb probléma azonban, hogy az elkerülő magatartás sem rövid, sem hosszú távon nem járul hozzá a deréktáji fájdalom megszűnéséhez (Crombez et al., 2012).

Ha vizsgálni kívánjuk a fájdalommal kapcsolatos gondolkodási és viselkedési tényezőket, két módszer áll rendelkezésre, egyrészt az interjúkészítés, másrészt kérdőívek használata. Az előbbi (kvalitatív módszer) előnye az alaposág, az utóbbi (kvantitatív módszeré) pedig a könnyű reprodukálhatóság. Ezzel magyarázható, hogy az elmúlt években számos kérdőívet készítettek. Az elsők között említhető a kapukontroll-elmélet felállításáról ismert Melzack által összeállított McGill fájdalom kérdőív, amely nagyon részletes, 78 kérdésből áll. A fájdalomra, mint érzetre kérdez rá, de a mindennapi funkcióra gyakorolt hatását (mozgásképeség, mindennapi aktivitás), illetve a fájdalom egyéb aspektusait nem méri (Melzack, 1975). A McGill fájdalom kérdőívnek egy rövidített változata (15 tétel) is készült (Melzack, 1987). A Fájdalom és károsodás kapcsolati skála, „Pain and Impairment Relationship Scale” kérdőív a fájdalom és a funkciókárosodás kapcsolatát is méri (Slater et al., 1991). A Fájdalom Attitűd kérdőív (Survey of Pain Attitude) rövidített változata (30 tétel) a krónikus derékfájós betegek hosszú távú követésére alkalmazható (C. Tait & Chibnall, 1997). Ezen kérdőívek azonban csak részben érintik a félelem és elkerülési magatartás területét.

Két olyan felmérő eszköz van, amely a fizikai aktivitástól, a testmozgástól való félelmet számszerűsíti. Az egyik a Tampa Kinezofóbia Skála (TSK) (Swinkels-Meewisse et al., 2003), amelynek sajátossága, hogy az ismételt sérülés veszélyétől való félelmekre is rákérdez. A másik a Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ), amely kérdőívet két célból hozták létre: egyrészt napi klinikai gyakorlati alkalmazásra, másrészt annak vizsgálatára, hogy a fájdalom, a félelem és az elkerülés milyen kapcsolatban áll a funkciókárosodással és a munkából való kieséssel.

A TSK és a FABQ kérdőívek között van átfedés, Swinkels-Meewisse vizsgálatában a korreláció $r = 0,39$ volt a TSK és FABQ fizikai aktivitás alsókálái, illetve $r = 0,33$ a TSK és FABQ munka alsókálái között (Swinkels-Meewisse et al., 2003), míg

Crombez ugyan ezen kérdőívek között erősebb, $r = 0,76$, illetve $r = 0,53$ korrelációt talált (Crombez et al., 1999). Saját kutatásomban az FABQ kérdőívet választottam lefordításra, tekintettel arra, hogy méri mind a fizikai aktivitással kapcsolatos hiedelmeket, mind a munkaképességgel kapcsolatos attitűdöket, Mind a két tényező fontos kimeneti változó mind az egyén, mind a társadalom szintjén. A téves hiedelmek felmérése révén az általános rehabilitációs kezeléseket célzottan ki lehet egészíteni betegoktatással vagy pszichoterápiával is. Ezáltal javítható a beteg együttműködése, és végül jobb terápiás eredményeket érhetünk el. A FABQ kérdőív validálása mellett szóló másik érv, hogy a kérdőív számos európai és távoli kultúrák által beszélt nyelven is elérhető. Többek között használható németül, franciául, olaszul, japánul, arabul és finnül is, ami lehetőséget nyújt eredményeink nemzetközi vizsgálatokkal való összehasonlítására (Pfungsten, 2016), (Chaory et al., 2004), (Monticone et al., 2012), (Matsudaira et al., 2014), (Terho et al., 2016), (Isd magyar nyelvű változata a függelékben).

1.7.3. Fájdalom Katasztrofizálás

Sullivan és munkatársai a katasztrofizálást tartják a fájdalom élmény egyik legfontosabb pszichológiai előrejelzőjének. A katasztrofizálás akkor alakul ki, ha az egyén a tényleges vagy potenciális fájdalmat túlzóan értelmezi és ezen gondolatokat fenntartja. (Sullivan és mtsai, 2001). A katasztrofizálás három komponense – a rumináció „Csak azon jár az eszem, hogy mennyire akarom, hogy a fájdalom elmúljon”, a felnagyítás „Ez rettenetes, és úgy érzem, hogy teljesen elnyom” és a tehetetlenség „Nincs semmi, amit tehetnék, hogy csökkentsem a fájdalom erősségét” (M. . Sullivan et al., 1995), (O. Sullivan, 2015). A fájdalom katasztrofizálás mérésre leggyakrabban használt kérdőív a Fájdalom katasztrofizálás skála (Pain Catastrophising Scale), (M. . Sullivan et al., 1995), (Kököneyei, 2008).

1.7.4. A Krónikus fájdalom elfogadása

Az elfogadást általánosan úgy értelmezhetjük, mint „hajlandóságot arra, hogy kapcsolatban maradjunk bizonyos gondolatokkal és érzésekkel anélkül, hogy követnénk vagy megváltoztatnánk őket”. Fontos kiemelni, hogy nem egy passzív beletörődést jelent, hanem a fájdalommal együtt, illetve annak ellenére a lehető legteljesebb életet élje (McCracken et al., 2004). Adaptív megküzdési mód, a gyógyulást segíti.

A fájdalom területére adaptálva McCracken és Eccleston definíciója szerint: „fájdalommal élni rosszallás nélkül, s anélkül, hogy csökkenteni, vagy elkerülni igyekeznénk azt.” (McCracken & Eccleston, 2003).

Az elfogadásnak szerepe van betegség pozitív kimenetel szempontjából azáltal, hogy a fájdalom elfogadása javítja a funkciókat, csökkenti a fájdalom súlyosságát és javítja az életminőséget, amelyet számos kutatás megerősített (Cederberg et al., 2015), (Vowles, McNeil, et al., 2007), (Janowski et al., 2010). Az elfogadást védő faktorként azonosították a krónikussá válás szempontjából (Jeong & Cho, 2016).

Az elfogadás folyamata két tényezőre bontható. Az egyik a fizikai és a szociális aktivitás megtartása („activity”), vagyis az a viselkedés, hogy az egyén mennyire tud részt venni a mindennapi életében a fájdalom ellenére. A másik tényező a fájdalom vállalása („commitment”) azt jelenti, hogy az egyén nyitottan áll a kellemetlenségekhez is, és tudomásul veszi, hogy nem tud változtatni rajta (Vowles, McCracken, et al., 2007). Ennek azért van jelentősége, mert a betegek elfogadás mutatói a két szempont vonatkozásában nem mindig mutatnak egységes képet. A szerint, hogy amelyik tényező milyen mértékben jellemző, más-más rehabilitációs szükségletek jelentkezhetnek.

1.7.5. A fájdalom és személyiség kapcsolata

A krónikussá válásban a betegek személyisége is szerepet játszik. A gyógyuláshoz megküzdési stratégiákra van szükség, amelyek ezen betegeknél kisebb nagyobb mértékben hiányoznak. A megküzdéshez fontosak az önsegítő és önépítő intrapszichés erők, a motiváltság, az értékek, az önkontroll. Az emocionális élet károsodása is rontja a gyógyulási képességet. Ezek felmérése és a rehabilitációs folyamatban korrekciója szükséges (Nagy et al., 2020).

1.7.6. A derékfájással kapcsolatos ismeretek

Az átadott ismeretnek az adott beteg tudásának és képzettségi szintjének megfelelőnek kell lennie. A beteg számos helyről kaphat információkat az egészségügyi személyzetten túl a családtól, ismerősöktől, internetről. A betegoktatás tervezéséhez hasznos lehet azokat az ismereteket felmérni, amikkel a páciens rendelkezik. Erre a szabad kikérdezésen kívül kérdőív használata is lehetőséget nyújt, például a deréktáji fájdalommal kapcsolatos betegség specifikus tudást felmérő kérdőív (Low Back Pain Knowledge Questionnaire), amelyet Kovács-Babócsay és munkatársai validáltak magyar nyelven (Kovács-Babócsay et al., 2019).

1.7.7. Pszichoterápiás módszerek

A krónikus fájdalom multidiszciplináris kezelésének egyik fontos eleme a pszichoterápia. Ezek közül a különböző szakmai irányelvek a kognitív és viselkedés terápiát, a mindfulness, a hipnózist, az elfogadás és elköteleződés terápiát (ACT), a rövid interperszonális terápiát, a virtuális valóság terápiát, a különböző biofeedback kezeléseket és a tükör terápiát ajánlják (Gelo et al., 2016), (P. Bagdi, 2014).

A kognitív és viselkedésterápia

A beteg fájdalmainak értékelése annak szubjektív megítélése miatt talán az orvosi munka legnehezebb feladata, hiszen a fájdalom nem mérhető, nem látható. Csak akkor van úgynevezett „fájdalomprobléma”, ha a beteg elmondja, illetve a viselkedéséből és testbeszédéből következtetünk erre. Hogy hogyan viselkedik a beteg, ha fájdalmat érez, az nemcsak attól függ, hogy milyen erősségű és típusú hatás éri, hanem egy tanulási folyamat eredménye is. Ezt magyarázzák a tanulási modellek. A két legismertebbet mutatom be, ami segít a fájdalommal kapcsolatos viselkedés kialakulásának megértésében

Az egyik modell a klasszikus kondicionálás. Felismerése Ivan Petrovics Pavlov 19-sz-i orosz fiziológushoz köthető. A tanulás alapját a feltételes reflex adja. A fájdalom okozta viselkedésváltozások a következőképpen alakulnak ki: a semleges jel a mozgás,

az informális jel a „rossz mozdulat”, a következmény a fájdalom jelentkezése. A beteg a két dolgot összekapcsolja, és a mozgást tartja a fájdalom okának, ezért azt elkerüli.

A másik modell az operáns tanulás, amely B. F. Skinner amerikai pszichológus nevéhez kötődik. Ebben az esetben azzal magyarázható a viselkedés változása, hogy az egyén szembesül tetteinek következményeivel. Esetünkben a fájdalmat csökkentő és fokozó tapasztalatok befolyásolják a beteg viselkedését. Ez hasznos lehet, ha a panaszok fellépése esetén beveszi a felírt gyógyszert, mert megtapasztalja, hogy az használ. Ugyanakkor kóros állapot alakulhat ki, ha a beteg úgy érzi, hogy „akkor történnek velem jó dolgok, ha fájdalmaim vannak, máskor pedig nem”, ezért nem törekszik a megfelelő terápia alkalmazására és kerüli a fizikai aktivitást.

A beteg fájdalmának felmérése a kognitív viselkedésterápia során eltér a hagyományos orvosi konzultáció anamnézis – fizikális vizsgálat – diagnózis – kezelés elvétől, és figyelembe veszi mindazon okokat és körülményeket, amelyek a kórkép krónikussá válásában és fenntartásában szerepet játszottak/játszanak.

Módszere a funkcionális interjú, melynek során a beteg magatartására, viselkedésére kérdezzük rá, összefüggésben a saját belső és külső környezetével, ami jelenti az érzelmi háttér feltérképezését, a társadalmi kapcsolatokat, valamint a munkavégzéssel összefüggő problémák tisztázását. A terápiás tervet az ebből levont következtetések alapján állítjuk össze (Routier, 2005). Felvétele hosszabb időt vesz igénybe, de részletes képet kaphatunk a fájdalom krónikussá válásához vezető és az azt fenntartó tényezőkről. A bizalmi légkör alakítható ki, amelyben a beteg megtapasztalja, hogy a fájdalmait valósan fogadjuk el. Mindez hozzájárulhat a terápia sikerességéhez. A 10. táblázatban foglaltam össze milyen kérdésköröket foglal magában a funkcionális interjú.

10. TÁBLÁZAT A FUNKCIONÁLIS INTERJÚ KÉRDÉSKÖREI

(Keefe, Smith, 2002)

A fájdalom kialakulásának körülményei	Mikor? Milyen segítséget kapott? Milyen tapasztalatok a kezeléssel kapcsolatosan?
Viselkedési anomáliák	Elkerülés (munka, fizikai aktivitás) Túlterhelés
Érzelmek	Düh, Félelem Aggodalom
Testi érzetek	Fájdalom Szédülés Fáradtság
Elképzelések	A fájdalom okának és mibenlétének megítélésére
Gondolkodás:	A fájdalomra vonatkozó torzult és végzetes gondolatok
Személyes kapcsolatok	Nehézségek, környezet hiedelmei
Gyógyszerek	Rossz szedési szokások, abúzus,
Elvárások	A terápia eredményességével kapcsolatban (munkába visszaállás)
Attitűd	A gyógyulással, a terapeutával kapcsolatban

A kognitív viselkedésterápia (KVT) rendszerét Aaron Beck dolgozta ki az 1960-as években. E terápiás módszer alapja, hogy az egyének gondolkodása, értékrendje és hiedelmeik befolyásolják az érzelmeiket és a viselkedésüket (Perczel Forintos, 2011). Amikor az információ feldolgozása torzul és az események félreértelmezésre kerülnek, pszichés betegségek jöhetnek létre. A terápia ezen gondolati és viselkedési torzulások megváltoztatását célozza. A krónikus fájdalomban a betegek félelmeit és gondolatait a mozgásképtelenségtől való aggodás jellemzi legjobban. Ez tetten érhető a fájdalom

okának értelmezésében, a betegség súlyosságáról alkotott véleményben, a terápiában való inkább passzív részvételében, a kezelésekkel kapcsolatos túlzott elvárásokban és a rossz gyógyulási hajlamban. Azt gondolják, hogy „Ha a fájdalom állandó, akkor az súlyos betegség jele.”, vagy „Ha a fájdalom már nyugalomban is jelentkezik, akkor a fizikai aktivitás ártani fog.”

Ha a fájdalom krónikussá válik, számos negatív, a rossz állapotot fenntartó következménnyel kell számolni. Ezeket foglalja össze a 11. táblázat.

11. TÁBLÁZAT HOGYAN TORZULHAT A DERÉKFÁJÓS BETEG VISELKEDÉSE?

(Boureau, 1999)

- Elszigetelődik a fájdalom miatt.
- A fájdalomra nő különböző testhelyzetekben (ülve, állva, járás közben) és érzelmi indulati helyzetben, mindennapi stressz jelentkezésekor, ami a fizikális terhelhetőség csökkenésével, fáradékonysággal jár.
- A fájdalommal kapcsolatos inadekvát viselkedés (elkerülés, pihenés), ami ugyan reakció az adott helyzetre, de nem hatásos stratégia a fájdalom csökkentésére, megelőzésére.
- Külső és passzív megoldási módok keresése (pl. masszázs), ami oka vagy következménye annak, hogy a beteg nem hisz a saját megoldási képességében

A kognitív és viselkedés terápia során a beteg aktívan vesz részt a gyógyulási folyamatban. A beteg megtanulja, hogy a gondolatai, az elképzelései mennyire befolyásolják az állapotát, és viselkedése (elkerülés és túlterhelés) mennyire rontja az egészségi állapotát. Érdemes a terápiát minél hamarabb (leghatásosabb szubakut stádiumban) megkezdeni, így megelőzhető a torzult gondolatok kialakulása, illetve rögzülése, könnyebben kialakíthatóak a megfelelő gyógyszereszedési szokások, a terápiában az önkontroll jobban elsajátítható. A beteg megtanulja, hogyan kezelje a fájdalommal járó helyzeteket és miként tudja hatékonyan ellátni mindennapi feladatait (lásd 12., 13. táblázat).

12. TÁBLÁZAT A PSZICHOSZOCIÁLIS BEAVATKOZÁSOK FŐ CÉLKITŰZÉSEI

(WOBY ET AL., 2008)

- Viselkedés: fájdalomcsillapítással kapcsolatos szokások módosítása
- Érzetek: megfigyelése, sz.e. depresszió kezelése
- Elképzelések: fájdalommal kapcsolatos képzetek elemzése és pozitív képek megjelenítése
- Gondolkodás: végletes tévképzetek és torzult gondolatok átértékelése és relativizálása
- Kapcsolatok: javítása
- Gyógyszerek: megfelelő gyógyszerzedés elsajátítása
- Elvárások: reális célok megfogalmazása
- Attitűd: pozitív, elfogadó terápiás légkör kialakítása

13. TÁBLÁZAT MIT TEHET A BETEG KRÓNIKUS DERÉKTÁJI FÁJDALOM ESETÉN?

(Saját összeállítás)

- Fájdalom esetén egyszerre vagy külön-külön alkalmazza a különböző módszereket
- Reálisan ítéli meg a saját helyzetét és a problémáit
 - Tisztában van azzal, hogy érzelmi állapota szoros kölcsönhatásban van a testi érzeteivel
 - A mindennapi teendőit úgy osztja be, hogy a fájdalmai ne fokozódjanak

A pszichoszociális beavatkozások eredményességét értékelve az figyelhető meg, hogy maga a fájdalomérzet a vizuális analóg skálák tanulsága szerint keveset változik a programok végeztével, azonban annak elfogadása javul. A betegek megélése változik: „még mindig vannak fájdalmaim, de már nem tulajdonítok neki olyan nagy jelentőséget.” Összességében a betegek életminőségének javulása és az egészségügyi ellátás igénybevételének csökkenése várható (E. Simoncsics, 2013).

Elfogadás és elköteleződés terápia

A kognitív terápiák egyik alternatív megközelítése a Fájdalomelfogadás terápia (Acceptance and Commitment Therapy; ACT), (Hayes et al., 1999). Az elfogadás spontán módon is segíti a gyógyulást, de az elfogadás és elköteleződés terápiában célzottan is ennek javítására törekszenek. Az ACT terápia lehet egyéni, csoportos vagy internet alapú.

A fájdalomelfogadás a pszichológiai flexibilitás részeként segít a gyógyulásban. A pszichológiai flexibilitás azt jelenti, hogy az egyén egy cél érdekében komplex módon tudja saját belső erőforrásait mozgósítani (Cederberg et al., 2015), (Wicksell et al., 2010). Hat összetevője van: a vállalás, a kognitív átstrukturálás, az önértékelés, az aktív viselkedés, az értékek, és a jelen pillanat megélése (Fish et al., 2010). Úgy tűnik, hogy a krónikus fájdalom esetében a pszichológiai protektív tényezők közül az elfogadásnak van a legnagyobb szerepe (Jeong & Cho, 2016). Az elfogadás mértéke a személy fájdalmai ellenére vezetett teljes élet melletti elköteleződését mutatja

Mindfulness -Tudatos Jelenlét Terápia (MBCT)

A kognitív és viselkedés terápiák harmadik hullámához tartozik a mindfulness based cognitive therapy (MBCT). A terápia során a beteg megtanulja, hogyan fókuszáljon a jelen pillanatra. Egy olyan speciális tudati állapotot sajátíthat el, ahol ítékezés nélkül megtapasztalja az adott pillanatban jelentkező érzeteket és gondolatokat, megnyitva a lehetőségeket arra, hogy tudatosan válaszoljon egy adott helyzetre - jelen esetben a fájdalomra-, nem pedig csak reflex-szerű reakciót adjon. Ez segítséget nyújt abban, hogy eltávolodjon a fájdalom érzettől, és meg tudja élni az élet teljességét. A többi kognitív viselkedés terápiákhoz hasonlóan aktív részvételt kíván a résztvevőktől. Fő üzenete az, hogy a személyiség több és gazdagabb, mint gondolataink összessége (Kabat-Zinn, 2015).

A krónikus fájdalom kezelését célzó didaktikus, nyolc, illetve négy üléses MBCT módszertanát Melissa A. Day dolgozta ki. Ennek során a mindfulness módszerek mellett a betegek megtanulják, hogy mit jelent a fájdalom matrix. Megértik, hogy a

fájdalmukkal kapcsolatos gondolataik hogyan korlátozzák a mindennapi életüket. A tudatos jelenlét gyakorlásával megtapasztalják, hogy számos pozitív élményben lehet és van részük a fájdalom mellett is (Day, 2017).

Hipnózis

„A hipnózis olyan társas interakcióként határozható meg, amelyben az egyik személy (a hipnotizőr) egy másik személynek (a hipnotizálnak) elképzelt élményekre vonatkozó szuggesztiókat ad, amelyek megváltozott érzékeléssel, emlékezettel és akarat cselekvéssel járnak. Klasszikus esetben ez az élmény és a vele társuló viselkedés érzéksalódással határos szubjektív meggyőződéssel és kényszerrel határos akaratvesztéssel társul.” (Kihlstrom 1985, idézi (Vértes, Bányai 2006)). A hipnózis a legintenzívebb szuggesztiós eljárás, egy olyan különleges, fiziológiai sajátosságokkal együtt járó pszichológiai állapot, amely felületesen hasonlít az alvásra, és a személy a tudatos állapotától eltérő tudatszintre kerül. Ezen állapotot felfokozott érzékenység és befolyásolhatóság jellemzi, amely során az illető belsőleg tapasztalt érzékeléseknek ugyanakkora jelentősége tulajdonít, mint általában a külső valóságnak. Segítségével megtanulható a fájdalom fennmaradását okozó gondolati minták megváltoztatása. Így az új gondolati minták új automatikus reakciókat hoznak létre, amik segítenek csökkenteni vagy teljesen megszüntetni a fájdalmakat¹. Eleinte műtéti érzéstelenítési eljárásként próbálták kis és alkalmazták a hipnoterápiát. Habár a gyógyszeres analgesia használata a műtétek során kiszorította az invazív beavatkozások területéről a hipnózist, továbbra is helye van a fájdalomcsillapításban. A hipnoterápia alkalmazásának története az 1700-as évekre tekint vissza, Anton Mesmer ezzel a módszerrel kezelte betegeit.

Egy szisztematikus összefoglaló tanulmányt Montgomery és munkatársai a 2000-ben készítettek, ami bizonyította a hipnoterápia hatékonyságát krónikus fájdalomban (Montgomery et al., 2000).

Krónikus deréktáji fájdalomban a nem hipnózis terápiához hasonlítva a hipnózis kezelés eredményesebben csökkentette a fájdalmat Elkins és munkatársai által végzett, széles körben idézett vizsgálat alapján (Elkins et al., 2007).

Rövid interperszonális terápia

A rövid interperszonális terápia akkor lehet hasznos, ha a krónikus fájdalom depresszióval jár együtt. Az interperszonális terápia a hangulat változásait, illetve annak zavarát a konkrét életeseményekkel hozza összefüggésbe. A kezelés lényege, hogy egy olyan interperszonális problémára fókuszál, ami az egyén számára fontos, javítja a páciens kommunikációját, és erősíti a páciens társas támogatását. Jellemzően a jelenre összpontosít, és a terapeuta aktívan bevonja a páciens (Poleshuck et al., 2010).

Virtuális valóság terápia

A Virtuális Valóság terápia (VVT) egy új, fejlődésben lévő terápiás terület. A kezelés során a számítástechnika segítségével támogatja a fájdalommal való megküzdést. A VVT-vel szintetikus 3D-elemek, panorámafényképek és videók segítségével valós helyzetekben tudja a beteg képzelni magát. A teljes jelenlét élménye elhitheti az aggyal, hogy nem az orvosi rendelőben, hanem máshol van. Más szóval a virtuális valóság segítségével a rendelőből való kilépés nélkül olyan világokba lehet kerülni, amelyek nyugalmat árasztanak. Feladatokat lehet végeztetni, amelyek korábban félelmet keltettek. Ily módon átprogramozhatóvá válnak reakciók, bevett szokások kontrollált és megismételhető körülmények között. A virtuális helyszínek gyakori változtatásával természetesen az is elérhető, hogy egyre több mozgást és feladatot el tudjon végezni a beteg és később a valós életben is aktív tudjon maradni. Fájdalom terápiával kapcsolatos vizsgálatokat először 2001-ben végeztek Hoffmann és munkatársai, (Hoffman et al., 2001) bár kevés beteget vontak be, a fájdalom csökkenés minden egyes kezelés után szignifikánsan csökkent, és a betegek szívesen vettek részt mind az 5 alkalommal. A kezelés kombinálható mindfulness gyakorlatokkal is, ami által a tudatos jelenlét a fizikai aktivitás fokozásához hozzájárul (Gromala et al., 2015).

Biofeedback kezelés

A biofeedback kezelés során a páciens visszajelzést kap az általa adott fiziológias válaszról, és ezáltal segít megváltoztatni azt. Erre példa, ha a beteg a

fájdalommal kapcsolatosan fokozott izomfeszülést, vérnyomás emelkedést vagy a bőr hőmérsékletének változását tapasztalja. A visszajelzés lehet hang, vagy egy vizuális jel. Aszerint, hogy milyen fiziológiai jellemzőt vizsgálunk, használható elektromiográfia, bőr hőmérsékletmérő, elektroencephalográfia, elektrodermális mérő, illetve ezek kombinációja is használható (Gatchel et al., 2003).

Tükör terápia

Egy olyan kezelési mód, ahol a tükör segítségét veszik igénybe. Maga a hatásmechanizmus nem ismert, de a legvalószínűbb magyarázat az, hogy segít a motoros és szenzoros rendszer reintegrációjában. Azáltal, hogy újra értelmezi a testi tudatot, csökkenti a félelem és elkerülési hiedelmeket ezáltal javítja a mozgáskészséget. Bár még kevés bizonyíték áll rendelkezésre, az eddigi eredmények biztatóak. A kezelés fő előnye, hogy olcsó és nem jár mellékhatással. A betegek önállóan is végezhetik. Gyakorlati megvalósítás: napi 15 perc, egyszerű gyakorlatok, ülő vagy álló helyzetben is végezhető, a mozgást a tükörben követve mindkét oldal egyszerre dolgozik (Wittkopf & Johnson, 2017).

1.8. Szocioökonómiai faktorok

A fájdalom krónikussá válásában és fennmaradásában a testi és pszichés tényezők mellett a beteg emberi-tárgyi környezetét és gazdasági helyzetét meghatározó faktorok is szerepet játszanak. Rosszabb kimenetelre számíthatnak az idősebb korúak, a nők, azok, akik nem dolgoznak, illetve elégedetlenek jelenlegi munkájukkal. A szociális támogatás hiánya is negatív prognosztikai tényezőnek számít. Az alacsonyabb iskolai végzettségű, a rosszabb gazdasági helyzetben lévő betegek nehezebben küzdenek meg a krónikus fájdalommal (Cruz et al., 2020).

1.9. Betegségteher

A fájdalom és annak krónikussá válása a beteg életének számos területét negatívan befolyásolja. Úgy érzi, hogy nem teljesen egészséges. Nem tudja a munkáját részben vagy teljesen elvégezni, ezáltal romlik az anyagi helyzete. Az aktív és passzív pihenését is zavarja a fájdalom. A partnerrel, a közeli és távoli ismerősökkel, illetve a rokonokkal való kapcsolattartás is nehezítetté válhat. Más területek, mint az önkifejezés, a közösségi tevékenység és a vallásos élet kisebb-nagyobb mértékben korlátozódhatnak (Flanagan, 1978). Ezen hátrányok összessége az, amitől az egyén úgy érzi, akadályozva van abban, hogy számára értékes életet éljen.

A beteg életvitelét nehezítő faktorok összessége a betegségteher. Azokat a nehézségeket, amiket az egyén megél, egyrészt maga a betegség (jelen esetben a fájdalom), másrészt a kezelések és azok mellékhatásai (kivizsgálásra, terápiákra szánt idő, pénz, betegállomány, gyógyszeres kezelés mellékhatásai) együttesen okozzák.

A betegségteher index-szel (IIRS) fel lehet mérni, hogy a betegség, illetve annak kezelése a beteg életét mennyire nehezíti a számára értékes aspektusok szempontjából (Devins et al., 1990), (Devins, 2010).

2 CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

2. A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban

Hipotézis (H)1. A Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (FABQ) magyar nyelven is használható, valid mérőeszköz krónikus deréktáji fájdalomban szenvedő betegek esetén. Vizsgálatom célja az volt, hogy magyar nyelvre fordítsam és adaptáljam a kérdőívet.

H2. A magyar nyelvű Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív ugyanazokat a faktorokat méri, amelyek az eredeti angol nyelvű verzió alapján meghatározta.

Vizsgálatom célja az volt, hogy magyar nyelven elérhetővé tegyem a Félelem és elkerülés hiedelmek kérdőívet (FABQ). Az FABQ használata lehetővé teszi, hogy kiszűrjük és időben kezeljük azokat, akiknél a mozgástól való félelem kockázati tényező a fájdalom krónikussá válása szempontjából, ezáltal segítve a rehabilitációs és pszichoterápiás munkát, valamint a krónikus deréktáji fájdalommal kapcsolatos kutatásokat.

Magyar nyelvre lefordítottam és 2015 és 2022 között több kutatásban is felvettem az FABQ kérdőívet. A kérdőív használhatóságának bizonyításra vizsgáltam nyelvi validálását, és divergens és konvergens validitását. A kitöltések elég mat erősíteni a nemzetközi szakirodalomban is használt fizikai aktivitás, munkától való félelem kétfaktoros értékelési módszer helyességét. Másrészt tisztázni akartam, hogy van-e más az eredményeket további faktorokat feltáró csoportosítási lehetőség a kérdőívben.

2.B. Fájdalom elfogadása és betegségteher deréktáji fájdalomban

H3. A krónikus deréktáji fájdalom és annak kezelése jelentős betegségteherrel jár, és a mindennapi élet több területét is negatívan befolyásolja.

H4. A krónikus fájdalom elfogadása csökkenti a betegségterhet. Ezért a kutatás célja a betegségteher és fájdalom elfogadás közti összefüggés meghatározása.

H5. A fájdalom elfogadás csökkenti, míg egyes pszichológiai faktorok (depresszió, diszfunkcionális gondolatok) és a rossz szociális helyzet (alacsony végzettség, magányosság, alacsony jövedelem) növelik a betegségterhet.

Vizsgálatom célja az volt, hogy meghatározzam a betegségterhet krónikus deréktáji fájdalomban és felmérjem annak időbeli változását. Meg akartam határozni a betegségteher és fájdalom elfogadása közti összefüggést. Értékelni akartam a fájdalom elfogadása, valamint a pszichológiai és szocioökonómiai faktorok hatását a krónikus deréktáji fájdalom okozta betegségteherre.

2.C. Szakszemélyzet attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez

H6. Feltételeztem, hogy különbségek vannak a fájdalom terápiairól és a fájdalomcsillapítás szükségességéről alkotott véleményekben a szakmai háttér és a szakmai tapasztalatok (munkában eltöltött évek), valamint a saját megélt fájdalom függvényében.

H7. Feltételeztem, hogy a szakmai háttér és a saját fájdalom élmény befolyásolja a mozgástól, illetve a munkától való félelem elkerülési hiedelmeket.

H8. Feltételeztem, hogy a félelem és elkerülési hiedelmek befolyásolják a deréktáji fájdalom kezeléséről kialakított véleményeket

Vizsgálatom célja volt tisztázni, milyen véleménykülönbségek lehetnek a fájdalom kezelésében alkalmazott módszerek, illetve a fájdalom csillapítás szükségességének vonatkozásában a szakmai háttér, a munkatapasztalat (munkában eltöltött évek), valamint a saját megélt fájdalom függvényében.

3. MÓDSZEREK

3.A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban

A vizsgálat háttere

A vizsgálat során a validálás nemzetközileg elfogadott standardjait követem. A folyamatnak két fázisa volt. Az elsőben a kérdőív fordítása és nyelvi validálása volt a cél. A másodikban a kulturális adaptálhatóság és klinikai alkalmazhatóság megítélését végeztük. Két, mozgásszervi betegségekkel foglalkozó szakorvos a szöveget angolról magyarra fordította, majd a szövegeket összevetve egy kérdőív állt össze. Ezt hivatalos szaknyelvi fordító az eredeti nyelvre visszafordította. Az így létrejött kisebb eltéréseket egy harmadik, anyanyelvi szinten beszélő angol tanárral egyeztetve javítottuk ki. A kérdőívet 10, különböző végzettségű egészségügyi dolgozóval ellenőriztettem. A klinikai alkalmazhatóság megítélése céljából 90, legalább három hónapja deréktáji fájdalomban szenvedő betegnek adtam oda a Félelem és elkerülési hiedelmek (FABQ) kérdőívet.

A vizsgálat helyszíne, résztvevők kiválasztása

A betegeket a Délpesti Centrumkórház (a vizsgálatkor használt név: Egyesített Szent István és Szent László Kórház) Rehabilitációs Centrum Telephelyén osztályos ellátásban részesült betegek közül választottam ki a megjelenés sorrendjében 2015. október 1. és 2016. július 30 között.

Beválasztási kritériumok

- Beválasztásra azok kerültek, akik megfeleltek a következő kritériumoknak:
- 18 év feletti életkor,
- Nem: nők és férfiak,
- Tünetek: legalább három hónapja fennálló deréktáji
- Fájdalom mértéke a fájdalomskálán (NRS 0-10) 4 felett az elmúlt egy hónap átlagában
- A páciens beleegyezett a tesztek kitöltésébe.

Kizárási kritériumok

Kizárási kritérium volt, ha specifikus ok állt a fájdalom hátterében: pl. tumor, osteoporotikus törések, gyulladás, vagy ha más belgyógyászati, nőgyógyászati vagy urológiai ok magyarázta a panaszokat.

Felhasznált kérdőívek és kérdések

Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (FABQ)

A Félelem és elkerülés hiedelmek kérdőív 16 kérdést tartalmaz. Mindegyik kérdésre hétfokozatú skálán adható válasz: a 0 azt jelenti, hogy egyáltalán nem ért egyet a válasszal, a 6 pedig a teljes egyetértés értéke. A kérdőív pontjainak összegzésén kívül az alpontoknál, az eredeti verzióknak megfelelően, a fizikai aktivitásra vonatkozó kérdéseknél (FABQ-A) négy, a munkával kapcsolatos kérdéseknél (FABQ-W) hét válasz pontjait kell összeadni. Az összpontszám 0–66-ig terjedhet, a munkával kapcsolatos félelem pontszáma 0–42-ig, a fizikai aktivitással kapcsolatos félelem pontszáma 0–24-ig.

A krónikussá válás szempontjából egy alacsony rizikójú és egy magas rizikójú csoportba sorolhatóak a betegek. Az aktivitás alskálán 0-13 alacsony, 14 felett magas a krónikussá válás esélye, míg a munka alskálán 0-28 alacsony és 29 felett magas rizikójú csoportról beszélünk.

Likert fájdalom skála (NRS)

A fájdalom intenzitásának mérésére 11 pontos Likert-skálát (Numeric Rating Scale, NRS) használtunk, ahol 0: egyáltalán nincs fájdalma; 10: a lehető legnagyobb fájdalom volt. A fájdalom erősségét három kategóriába lehet sorolni: 1-4 enyhe, 5-7 közepes, 8-10 súlyos fájdalom (Boonstra et al., 2014).

Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív (RMDQ)

A Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív 24 tételű önkitöltős kérdőív arról, hogy a deréktáji fájdalom mennyire van hatással a mindennapi aktivitásra. A kérdésekre igen-nem válasz lehetséges. Példa mondatok „A derékfájásom miatt otthon maradok” „Gyakran változtatok testhelyzetet, hogy a derekam ne fájjon”. Mindegyik igen válasz egy pontot ér. Az eredmények összessége alapján 0 pontnál nincs funkciókárosodás, 24 jelentős funkciókárosodás állapítható meg. Jelen kutatásom alapján a megbízhatóság Cronbach alpha értéke 0,864. A kérdőív az enyhe-közepes deréktáji fájdalommal akut, szubakut és krónikus időtávon is jól használható (Roland & Fairbank, 2000)(Valasek et al., 2015).

Oswestry derékfájás funkciómérő index (ODI)

Az ODI kérdőív alapján megállapítható milyen módon hat a beteg mindennapi életére a deréktáji fájdalom. Tíz kérdésből áll. A válaszok 0-5 között változnak: 0 nincs hatással az egyén életére, 5 a lehető legnagyobb hatással van az egyén mindennapi tevékenységeire.

Az értékelés során az eredmény az adott válaszok összpontszáma az elérhető pontszám százalékában. Például, ha az összpontszám 18, a 10 kérdés maximális pontszáma 50, akkor az eredmény 36%. Ez a módszer lehetővé teszi, hogyha a beteg valamelyik kérdésre nem válaszol (pl. szexuális élet), akkor is összehasonlíthatóak az eredmények.

Értékelés

- 0% -20%: minimális funkciókárosodás: a beteg a panaszok ellenére teljes életet él. Nincs szükség kezelésre, legfeljebb javaslatot lehet tenni emeléseknél gerinc védelemre és rendszeres gerinc torna végzésére.
- 21%-40%: mérsékelt funkciókárosodás: A beteg fájdalmat és nehézséget él meg üléskor, emeléskor és állásakor. Az utazás és szociális élet nehézséget jelent és valószínűleg nem tud dolgozni. A szexuális élet és az alvás számottevően nem érintett. A betegnél konzervatív kezelés hatásos lehet.

- 41%-60%: súlyos funkciókárosodás: A napi aktivitásban a fájdalom jelentősen korlátozza a beteget. Részletes kivizsgálásra van szükség.
- 61%-80%: nagyon súlyos funkciókárosodás: a deréktáji fájdalom a beteg életének minden területében gátat jelent. Aktív beavatkozás szükséges.
- 81%-100%: A beteg vagy ágyhoz kötött, vagy eltúlozza a panaszait. Ennek mérlegelése alapján kell a további teendőket meghatározni (Roland & Fairbank, 2000).

Zung depresszió skála (ZDS)

Ez a depressziót felmérő kérdőív 20 kérdést tartalmaz. Állítások vannak, amelyek jó és nyomott lelkiállapotra is utalnak. A kérdéseket 1-4-es skálán lehet megválasztani, aszerint, hogy a kitöltő milyen gyakran tapasztalja meg őket. 1: soha, vagy nagyon ritkán, 4 mindig vagy nagyon gyakran. A negatív gondolatokat egyenesen, a pozitívokat fordított értékkel számoljuk össze. Az összpontszám szerint 4 kategóriát lehet megállapítani: normál 40 alatt, enyhe 41-47, középsúlyos 48-56, súlyos 57 felett. (Zung, 1965). A magyar nyelvű validálás 1991-ben történt (Such, 1991).

Fájdalom katasztrofizálás skála (PCS)

A katasztrofizáló gondolatokat a Fájdalom katasztrofizálás skála (Pain Catastrophising Scale) magyar nyelvű változatával mértük. A PCS 13 kérdésből áll, az egyes kérdések pontszáma 0–4 lehet, aszerint, hogy mennyire jellemző valakire az adott állítás. A teljes pontszám 0-52 között lehet. A kitöltők 30 pont feletti értéke magas rizikót jelez a fájdalom krónikussá válása szempontjából. Három alszálaja van: a rumináció (8, 9, 10, 11 kérdések), a felnagyítás (6, 7, 13 kérdések), és a tehetetlenség (1, 2, 3, 4, 5, 12 kérdések), (M. . Sullivan et al., 1995), (O. Sullivan, 2015) A magyar nyelvű validálást Kökönyei Gyöngyi végezte (Kökönyei, 2008).

Etikai engedély

A vizsgálatot a Területi Egészségügyi Tanács 2015. szeptember 11-én kiadott kutatásetikai engedélye alapján végeztük (száma: 44009-1/2015/EKU).

3.B. Fájdalom elfogadása és betegségteher deréktáji fájdalomban

A vizsgálat háttere

Longitudinális kérdőíves vizsgálatot végeztem reumatológián megjelent deréktáji fájdalomban szenvedő betegek körében.

A vizsgálat helyszíne, résztvevők kiválasztása

Az adatgyűjtést négy magyarországi reumatológiai szakrendelésen történt. Ezek közül három állami finanszírozású (egy vidéki, két fővárosi), egy budapesti pedig magán finanszírozású rendelő volt. A kezelő orvos tájékoztatta és kérte meg a beteget, hogy vegyen részt a kutatásban. A beleegyező nyilatkozat aláírása után a beteg megkapta a kinyomtatott kérdőíveket, vagy a linket kapta meg a kérdőív online kitöltéséhez a beleegyező nyilatkozaton megadott email címen. Sem a vizsgálatot végző kollegák, sem a résztvevők nem részesültek anyagi kompenzációban.

Beválasztási kritériumok

- Deréktáji fájdalommal jelentkezik a beteg a vizsgálaton
- Életkor: 18 és 70 év között
- A kérdőívek kitöltésének vállalása,
- Az után-követésbe való beleegyezés

Kizárási kritériumok

- Specifikus ok miatti fájdalom (tumor, fertőzés, törés)
- Súlyos pszichiátriai betegség (diagnosztizált, kezelés alatt)

A kérdőívek mintegy felét a magánrendelésen (N=62, 48%) töltötték ki, a többit állami finanszírozású szakrendelőben (N=65, 52%). A kezdeti és az után-követéses felmérés között a betegek a szokásos, általában kombinált kezelésben részesültek, amely gyógyszeres terápiából (73%), fizioterápiából (70%), szakrendelői gyógytornából (72%) otthoni gyógytornából (65%), és akupunktúrából (11%) állt.

127 beteg egyezett bele a részvételbe, 79-en nyomtatott formában 48-an online vállalták a kitöltést. Átlagosan két hónap múlva kértem meg a résztvevőket, hogy válaszoljanak az után-követési kérdésekre. Amennyiben első alkalommal nem értem el őket, még háromszor telefonon vagy emailben értesítettük őket. Az után-követés során 97 beteg volt bevonható, 64 fő online és 33 fő telefonon töltötte ki a kérdőíveket.

Felhasznált kérdőívek és kérdések

Adatgyűjtés az alapvizsgálat (T1) és az után-követés (T2) során történt az alapvizsgálat során feltett kérdések és kérdőívek

Panaszok időtartama: mikor kezdődött a fájdalma?

1. 3 napon belül
2. 4 nap-1 hét
3. 1 hét-3 hét
4. 3 hét-6 hét
5. 6 hét-12 hét
6. több mint három hónapja.

Az adatok feldolgozásakor három csoportba soroltuk a résztvevőket: akut (3 napon belül, 4 nap-1 hét, 1 hét-3 hét, 3 hét-6 hét), szubakut (6 hét-12 hét), és krónikus (több mint három hónap) alcsoportokba.

Demográfiai és szocioökonómiai háttér tényezők:

- kor, nem, családi állapot (egyedül és vagy házastárs/élettárssal él),
- végzettség (általános iskola, szakmunkásképző, szakközépiskola, gimnáziumi érettségi, főiskola vagy egyetemi diploma),
- lakóhely (Budapest, megyeszékhely, város, község, falu/tanya),
- anyagi helyzet (nagyon szűkös, szűkös, átlagos, jó, nagyon jó),
- munka aktivitás (aktívan dolgozik, betegállományban van, inaktív),
- munka típusa (fizikai, szellemi).

Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív (CPAQ)

A krónikus fájdalom elfogadásának mérésére szolgáló kérdőív első változatát Geiser dolgozta ki (Geiser, 1992). Az eredetileg 34 tételes kérdőívet McCracken és munkatársai rövidítették le 20 kérdésre (McCracken et al., 2004).

A kérdésekre 7 fokozatú skála mentén lehet válaszolni: 0: sosem igaz - 6: mindig igaz. Az összpontszám mellett két alskála határozható meg, az egyik a fájdalom vállalás alskála (CPAQ-w, 10 kérdés), a másik a fájdalom aktivitás alskála (CPAQ-a, 10 kérdés).

A CPAQ-20 kérdőívet számos nyelvre fordították le, a magyar nyelvű változat Kökönyei Gyöngyi PhD értekezésében található (Kökönyei, 2008). A kérdőív még rövidebb, 8 tételes változatát (4 - 4 kérdés a vállalás és az aktivitás alskálán) Fish és munkatársai állították össze 2010-ben (Fish et al., 2010). Ezt a változatot is több nyelven validálták, és jó megbízhatóságot találtak norvég nyelven (Eide et al., 2017), svédül (Rovner et al., 2014), olaszul (Monticone et al., 2012), és egyszerűsített kínai nyelven is (Liu et al., 2016).

Nemrég egy nagyon rövid, 2 kérdéses változat használatára tettek javaslatot Vowles és munkatársai, amelyet a mindennapi klinikai gyakorlatban is lehet használni. (Vowles et al., 2020)

A magyar nyelvű fájdalom elfogadása kérdőív rövidített változatainak megbízhatóságát egy korábbi, nem publikált kutatásunk alapján vizsgáltuk, ahol 50 beteg

töltötte ki a 20 tételes kérdőívet. A mintánkban a 20 tételes krónikus fájdalom kérdőív pontszámai erősen korrelálnak a 8 és a 2 tételes változattal: $r=0,919$ ($p<0,001$) volt a 8 tételes, és $r=0,786$ -at ($p<0,001$) a két tételes verzióval. A kérdőív 20 és 8 tételes változatának megbízhatósága jónak (a Cronbach-alfa 0,81; 0,67) mutatkozott.

Elvégeztem a krónikus fájdalom elfogadása kérdőív rövidebb változatainak összehasonlítását a nemek eloszlása (14. táblázat), az életkor (15. táblázat) és munka aktivitás (16. táblázat) szempontjából. Egyik kategóriában sem voltak ez eltérések szignifikánsak. Alacsonyabb az elfogadás a nők, a 61-65 éves korosztály és a tartós betegállományban lévők között. A legmagasabb értékek az aktív korosztályban.

14. TÁBLÁZAT A KRÓNIKUS FÁJDALOM ELFOGADÁSA ÁTLAGAI NEM SZERINTI ELOSZLÁSBAN

	Férfiak (N=10)		Nők (N=40)		Összes (N=50)	
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD
CPAQ20	62,2	13,8	51,3	16,4	53,6	16,4
CPAQ8	25,7	6,9	21,3	7,4	22,1	7,44
CPAQ2	6,3	2,8	5,3	2,9	5,5	2,9

CPAQ: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív 20/8/2 kérdéses változatok

15. TÁBLÁZAT A KRÓNIKUS FÁJDALOM ELFOGADÁSA KÉRDŐÍV ÁTLAGAI KOR SZERINTI ELOSZLÁSBAN

N=50	50 év alatt (N=13)		51-60 év (N=14)		61-65 év (N=11)		66 év felett (N=12)	
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD
CPAQ20	55,16	21,77	56,00	14,49	47,9	15,56	54,30	13,09
CPAQ8	24,01	7,93	23,28	6,84	18,2	6,64	22,16	7,84
CPAQ2	6,30	3,03	5,50	2,27	4,36	3,35	5,83	3,07

16. TÁBLÁZAT KRÓNIKUS FÁJDALOM ELFOGADÁSA MUNKA AKTIVITÁS SZERINT

N=47	Aktív=22		Tartós Betegállomány=5		Nyugdíjas N=20	
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD
CPAQ20	58,0	3,98	45,4	6,34	51,47	3,10
CPAQ8	23,95	1,66	21,2	1,39	20,63	1,71
CPAQ2	6,04	0,64	4,60	0,75	5,3	0,67

Jelen ismertett kutatásunkban a 8 kérdéses változatot használtuk, amelynek belső konzisztenciája jónak bizonyult (Cronbach alpha értékek: 0.769 a teljes kérdőívre, 0.833 a CPAQ-a, és 0.781 a CPAQ-w alskálára.

Betegségteher index (IIRS)

A betegségteher index 13 kérdésből áll. Mindegyik tényezőnél értékelni kell, hogy mennyire befolyásolja a betegsége az adott élethelyzetben, kapcsolatban vagy aktivitásban. A válasz lehetőségek 1-7-ig változnak (1: egyáltalán nem, 7 teljes mértékig). Az összpontszám 14-91 között van. A kérdőívnek három faktora van: „kapcsolatok”, „intimitás” és „szociális élet (Devins, 2010) Mivel a különböző alcsoportokban más-más számú kérdés tartozik ezeknél nem az összpontszámokat hanem az átlagokat hasonlítjuk össze. Nagyobb értékek nagyobb betegségterhet jeleznek. A magyar változatot és annak alskáláit Novák és munkatársai validálták. 2005-ben (Novak et al., 2005). A belső megbízhatósága az alskáláknak jelen kutatásomban jónak bizonyult (Cronbachs alpha 0,812 kapcsolatok, 0,770 intimitás, 0,728 szociális élet, és 0,882 a teljes kérdőívre).

Beteg egészségi állapot kérdőív depresszió skála (PHQ9)

A Beteg Egészségi Állapot Kérdőív, Depresszió Skála (Patient Health Questionnaire, Depression Subscale, PHQ9) 9 tételből áll. Mindegyik állítás egy a depresszióra jellemző tünetre vonatkozik, amelyek 0-3 fokozatú skálán értékelhetőek. A nagyobb számok súlyosabb tünetekre utalnak. Az összpontszám alapján meghatározott 4 súlyossági kategória: 0-4 pont nincs depresszió, 5-9 pont minimális, 10-14 enyhe, 15-19 közepesen súlyos, 20-27-ig súlyos depressziót jelez (Kroenke et al., 2001). A kérdőív magyar nyelvű változata széles körben használt. Elérhető a <https://ifightdepression.com/hu/hangulatmero-teszt> honlapon. Bár pszichometriailag nincs validálva. Jelen tanulmányban a megbízhatósága jónak bizonyult. (Cronbach's $\alpha = 0,882$).

Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív (RMDQ)

A kérdőív részletes leírása a 3A fejezetben, az FBAQ validálását bemutató vizsgálat módszertani részében található.

Likert Fájdalom Skála (NRS)

A kérdőív részletes leírása 3A fejezetben, az FBAQ validálását bemutató vizsgálat módszertani részében található. Jelen vizsgálatban a jelenlegi, az átlagos és a maximális fájdalom intenzitásra kérdeztem rá.

Az után-követés (T2) alkalmával feltett kérdések:

Munka aktivitás: (aktívan dolgozik, betegállomány, nem aktív)

Fájdalom: jelenleg, átlagosan, maximálisan,

Hányszor jár orvosnál az első kérdőív kitöltése óta

Részesült-e valamilyen ambuláns/kórházi kezelésben

Milyen kezeléseket kapott és mennyire érezte hatásosnak (1 egyáltalán nem - 5 teljes mértékig): gyógyszer, fizioterápia, gyógytorna rendelőben/otthon, manuál terápia, akupunktúra, homeopátia, pihenés, pszichoterápia, műtét

Amennyiben dolgozott deréktáji fájdalommal, csökkentette-a munkahatékonyságát

Előfordult-e, hogy nem tudott elmenni kezelésre a munkája miatt?

Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív (RMDQ):

Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív (CPAQ)

Betegségteher index (IIRS)

Beteg egészségi állapot kérdőív, Depresszió skála (PHQ-9)

Etikai engedély

A vizsgálatot a Semmelweis Egyetem Etikai bizottsága engedélyezte (SE RKEB no 108/2020).

3.C. Szakszemélyzet attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez

A vizsgálat háttere

Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatot végeztem nővérek, fizioterápiás asszisztensek és gyögmasszőrök körében.

A vizsgálat helyszíne, résztvevők kiválasztása

A vizsgálatot azon egészségügyi dolgozók között végeztem, akik különböző szakmai továbbképzésen vettek részt Budapesten 2016. november és 2017. november időintervallumban. A résztvevők a papír alapú kérdőívet a regisztráció során kapták meg, és a képzés vezetője kérte meg őket, hogy töltsék ki az oktatás megkezdése előtt, így az esetleges új információk nem befolyásolták a válaszokat. A kitöltés körülbelül 15-20 percet vett igényben.

A képzés résztvevői egészségügyi szakmai továbbképzés keretében az ország bármely részéről érkezhettek. A résztvevők érkezési helyéről nem gyűjtöttünk adatokat. A szakképzések témái különbözőek voltak: „Új terápiás módszerek a fizioterápiában” (2 kurzus), „Krónikus fájdalom kezelése” (2 kurzus), „Új higiéniai ismeretek” (1 kurzus).

Beválasztási kritériumok

A beválasztás feltétel a képzésre való regisztráció volt, mely szakmai végzettséghez volt kötött.

A részvétel önkéntes volt, nem járt érte semmilyen juttatás. Amennyiben leadták az anonim kérdőívet, azt hozzájárulásnak tekintettük az adatok feldolgozásához. Mivel a fizioterápia asszisztensek és a gyógymasszőrök képzése nagyon hasonló, egy csoportban kezeltük őket és a "FAM" rövidítést használva hivatkozom erre a csoportra a szövegben. A nővéreknek szakközépiskolai végzettségük van, a fizioterápiás asszisztensek és a masszőrök OKJ-s képzésben vettek részt. Ez utóbbi kettőnek az elméleti alapok oktatása megegyezik, csak a szakmájukhoz tartozó képzésben, vagyis a fizioterápiás technikai és a masszázs módszerek adják az eltéréseket. Az elméleti és gyakorlati képzések aránya 50-50%. A kérdőívünk szempontjából az elméleti tudás a meghatározó.

Kizárási kritériumok

Speciális kizárási kritérium nem volt.

Felhasznált kérdőívek és kérdések

A kiadott kérdőívnek két része volt:

1 rész: a szerzők által összeállított kérdések:

Munka tapasztalat (hány éve dolgozik a szakmában, mi a szakterülete: nővér, fizioterápiás asszisztens, gyógymasszőr).

Saját deréktáji fájdalommal kapcsolatos élmények: volt-e már deréktáji fájdalma, ha igen hányszor, milyen erős, mi volt a legerősebb fájdalma (NRS 0-11) A fájdalom erősségét három kategóriába soroltuk: 1-4 enyhe, 5-7 közepes, 8-10 súlyos fájdalom

Vélemények a deréktáji fájdalom kezeléséről: „határozza meg az alább felsorolt terápiák fontosságát: (1: nem fontos 2: kicsit fontos 3: fontos 4: nagyon fontos 5: elengedhetetlen): gyógytorna, gyógyszer, elektromos terápia, masszázs, homeopátia, akupunktúra, műtét, pszichoterápia

Milyen erős fájdalom kell kezelést kezdeni?

Ha a beteg említi a fájdalmat kezelni
Ha a fájdalom egynél nagyobb, akkor kezelni
Ha a fájdalom egynél nagyobb, akkor kezelni kell
Csak ha 8-nál nagyobb a fájdalom, akkor kell kezelni.

2. rész a Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív

A FABQ magyar nyelvű változatát azok töltötték ki, akik korábban már megélték deréktáji fájdalmat. (leírás lsd: 1.8.2 fejezet)

Etikai engedély

A vizsgálatot a Területi Egészségügyi Tanács 2015. szeptember 11-én kiadott kutatásetikai engedély módosított változata alapján végeztem (száma: 44009-1/2015/EKU).

3.D. Statisztikai módszerek

3.D. A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban

A résztvevők adatait leíró statisztikával értékeltem. A kérdések belső konzisztenciáját Cronbach-alfa (0-1) értékkel mértem. A 0,7 feletti érték azt jelzi, hogy a megfogalmazott kérdések egy összefüggő rendszert alkotnak és alkalmasak lekérdezésre, mérésre. A különböző folyamatos változók kapcsolatának vizsgálatához és a teszt-reteszt vizsgálatához Spearman-korrelációt alkalmaztam. A statisztikai vizsgálatokat az SPSS programcsomaggal végeztem el. A megerősítő faktoranalízishez AMOS programot használtam. Szignifikáns eltérésnek a $p \leq 0,05$ értéket tekintettem.

3.D. B. Fájdalom elfogadása és betegségteher deréktáji fájdalomban

A statisztikai elemzéshez SPSS-t használtam. Leíró statisztikákat használtam a minta jellemzésére: esetszám (N), százalék (%), átlag (M) és standard deviáció (SD). Tekintettel a normál eloszlástól való nem szignifikáns eltérésre folytonos változók esetében, paraméteres statisztikai módszereket alkalmaztam az összefüggések elemzésére. A páros mintás t-próbát használtam a kiindulási (T1) és a követési (T2) közötti változások becslésére.

A hatásméretet egy web alapú alkalmazással (<https://effect-size-calculator.herokuapp.com/#form3>) számítottam ki. Pearson korrelációt használtam a folytonos változók közötti keresztmetszeti kapcsolat elemzésére. Megvizsgáltam az egyes skálák pontszámváltozásai közötti összefüggést is. Többszörös lineáris regressziót végeztem, hogy megvizsgáljam az egyes változók prediktív erejét a betegségteher pontszámra. A regressziós elemzésbe csak azokat a betegeket vontam be, akiknél a deréktáji fájdalom az után-követés során is jelen volt. Szignifikáns eltérésnek a $p \leq 0,05$ értéket tekintettem.

3.D.C. Szakszemélyzet attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez

A team tagok adatait leíró statisztikai módszerekkel elemeztem. Az korrelációkat Pearson korrelációs analízissel végeztem. A számszerűsíthető adatoknál átlagot és szórást néztem.

Két csoport összehasonlítására a chi négyzet próbát használtam, kettőnél több csoport esetén egyszempontos varianciaanalízist végeztem (ANOVA). Szignifikáns eltérésnek a $p \leq 0,05$ értéket tekintettem.

4.EREDMÉNYEK

4.A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban

Vizsgálatban résztvevők jellemzői: a FABQ kérdőívet 90, legalább három hónapja deréktáji fájdalomban szenvedő beteg töltötte ki. Az összes kérdésre 43 beteg adott választ. A két csoport alapadatai szignifikáns különbséget nem mutattak (17. táblázat).

17. TÁBLÁZAT AZ ÖSSZES BETEG ÉS AZ ÖSSZES KÉRDŐÍVET KITÖLTŐK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

	FABQ-t kitöltők	Összes kérdőívet kitöltők
Esetszám	N=90	N=43
Kor (SD)	60,43(11.53)	58,65 (12,11)
Nem	83% nő	81% nő
NRS (SD)	6,64 (1,74)	7,02 (1,61)
FABQ-a (SD)	18,11 (4,94)	19,02 (4,35)
FABQ-w (SD)	24,1 (11.39)	23,37 (12,06)
FABQ-sum (SD)	58,9 (14,03)	58,02 (21,34)

NRS: Likert fájdalom skála, kezdeti fájdalom

FABQ-sum: félelem és elkerülés hiedelmek kérdőív összpontszám

FABQ-a: fizikai aktivitással kapcsolatos alskála

FABQ-w: munkával kapcsolatos félelem alskála

A validáláshoz használt kérdőívek átlageredményeit a 17. táblázatban foglaltuk össze. A fájdalom intenzitása (NRS = $7,02 \pm 1,61$) közepes volt. Az Oswestry Derékfájás funkciómérő index (ODI) alapján ($22,93/50 = 45,86\%$) alapján az átlagos funkciókárosodás súlyos volt; ezzel egybehangzóan a Roland Morris derékfájás kérdőív (RMDQ) $13,27 \pm 4,16$ szintén súlyos funkciókárosodást jelez. A Zung kérdőív ($43,88 \pm 7,58$) átlaga az enyhe depresszió kategóriába esik. A PCS pontszám ($25,24 \pm 11,25$) nem jelez kifejezett rizikót krónikussá válás szempontjából (<30 pont). A CPAQ-20 átlagpontszáma $74,38 \pm 14,48$ volt. (18. táblázat)

18. TÁBLÁZAT EREDMÉNYEK KÉRDŐÍVENKÉNT

Mérő eszköz	Mérési intervallum	Átlag érték (N=43)	SD
NRS	0–10	7,02	1,61
ODI	0–50	22,93	9,07
RMDQ	0–24	13,27	4,16
Zung	20–80	43,88	7,58
PCS	0–42	25,24	11,25
FABQ-a	0–22	19,02	4,63
FABQ-w	0–42	23,37	12,62
FABQ-sum	0–96	58,02	13,95
CPAQ 20	0-120	74,38	14,48

FABQ: Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (a: aktivitás, w: munka alszála, sum: összpontszám)

RMDQ: Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív

Zung: Zung depresszió kérdőív

PCS: Fájdalom katasztrófizálás skála

CPAQ-20: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív

ODI: Oswestry derékfájás funkciómérő Index

NRS. Likert fájdalom skála

A kérdések teszt-reteszt megbízhatósági koefficiense $r = 0,758$, ami jó ismételtetőséget jelent. A kérdőív belső konzisztenciáját vizsgálva az összes kérdést együtt nézve Cronbach-alpha = 0,8 értéket kaptamk; a fizikai aktivitás alszálat nézve a Cronbach-alpha 0,66, a munkával kapcsolatos félelem alszála vonatkozóan 0,86 volt.

A konvergens validitás meghatározására a FABQ kérdőív és egyéb, a krónikus derékfájás vizsgálatára használt kérdőívekkel való korrelációját használtam. A FABQ-összpontszám a fájdalom katasztrófizálással gyenge pozitív együtt mozgást ($r = 0,373$, $p =$

0,014), míg a fájdalom elfogadással negatív korrelációt ($r=-0,344$) mutatott. Az alsókálák vonatkozásában az FABQ munka katasztrófizálással mutatott erősebb összefüggést ($r=0,382$, $p=0,001$), míg az aktivitás alsókálával való korreláció nem volt szignifikáns ($r=0,161$, $p=0,30$) Ugyanakkor a félelem, az elkerülés és a hiedelmek nem mutattak összefüggést sem az életkorral, sem a fájdalom intenzitását, a funkciókárosodást, illetve a hangulati nyomottságot mérő kérdőívekkel (19. táblázat).

19. TÁBLÁZAT A FÉLELEM ÉS ELKERÜLÉSI HIEDELMEK KORRELÁCIÓJA A PSZICHOLÓGIAI ÉS FUNKCIONÁLIS KÉRDŐÍVEKSEL

	Idő	NRS	RMDQ	ODI	Zung	FABQ a	FABQ w	FABQ sum	PCS	CPAQ 20
FABQa	0,086	-0,18	-0,04	0,12	0,05	1,00	0,36*	0,62**	0,16	-0,34*
FABQ w	0,032	0,10	0,08	0,15	0,12	0,36*	1,00	0,96**	0,38*	-0,28
FABQ sum	0,055	0,03	0,05	0,16	0,11	0,62**	0,96**	1,00	0,37*	-0,34*

Pearson korreláció, szignifikancia szint * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Idő: tünetek jelentkezésétől eltelt idő, FABQ: Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (a: aktivitás, w: munka alsókála, sum: összpontszám), RMDQ: Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív, Zung: Zung depresszió kérdőív, PCS: Fájdalom katasztrófizálás skála, CPAQ-20: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív, ODM: Oswestry Derékfájás Funkciómérő Index

Megerősítő faktoranalízis

A megerősítő faktoranalízis során a két faktor – a fizikai aktivitástól, illetve a munka végzéstől való félelemhez tartozó kérdések korrelációját vizsgáltam. Az eredmények alapján négy változatot lehetett elkülöníteni.

1. Az eredeti Wadel fél verzió szerint az aktivitástól és a munkától való félelem alsókálák kérdései erősen korrelálnak a két faktoral. Ez megerősíti használhatóságukat (5. ábra).

2. A második modellnél két kérdést, az aktivitásból az 5-t és a munkától való félelemből a 15-t kivéve még erősebb magyarázó modellt lehet összeállítani (6 ábra).

.

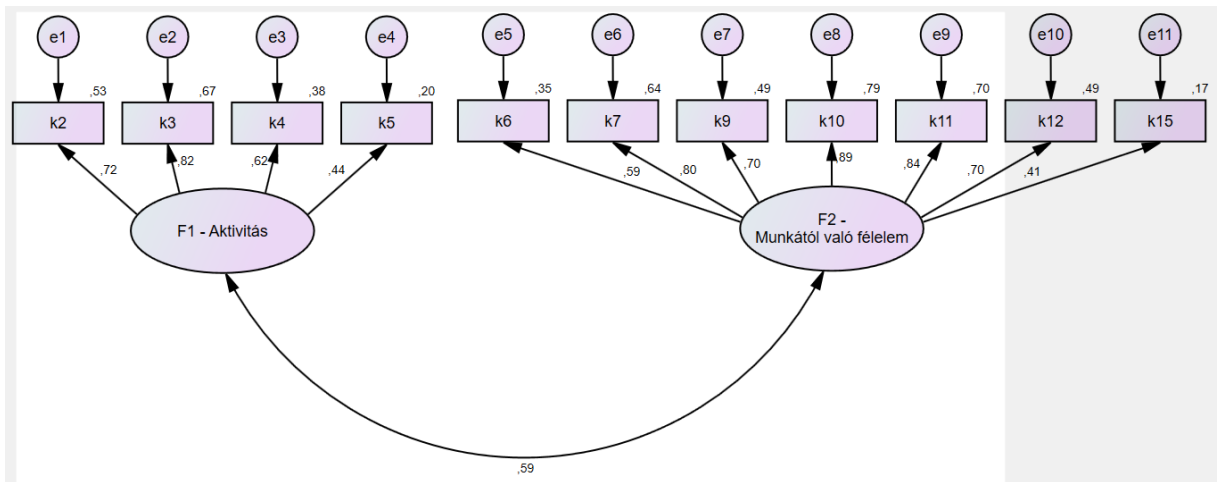
3. A harmadik modellben a 15-s kérdés „Nem hiszem, hogy három hónapon belül vissza tudok térni a mindennapi munkámhoz” erősíti az aktivitás alsókálát (7. ábra).

.

4. A negyedik modellben több látens változó is magyarázhat egy komponenset. (az 6,10, 15 az aktivitást (8. ábra).

19. TÁBLÁZAT MEGERŐSÍTŐ FAKTORANALÍZISEK MODELLJEINEK MAGYARÁZÓ ÉRTÉKE

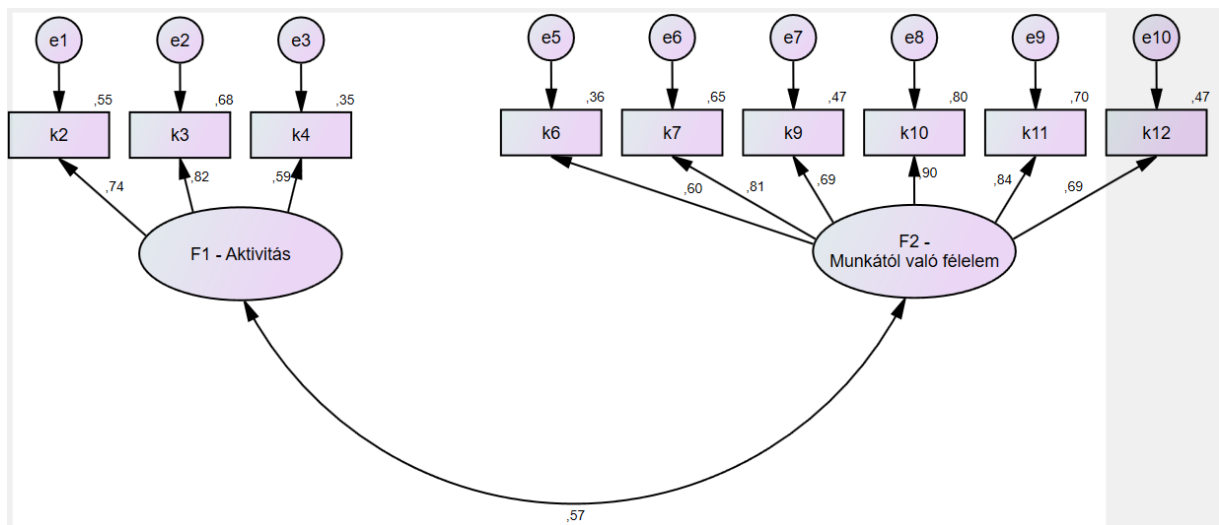
	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
Modell 1	0,881	0,818	0,901	0,846	0,900	0,107
Modell 2	0,920	0,862	0,934	0,885	0,934	0,106
Modell 3	0,888	0,828	0,908	0,857	0,907	0,104
Modell 4	0,901	0,836	0,919	0,865	0,918	0,100



5.ÁBRA MEGERŐSÍTŐ FAKTORANALÍZIS MODELL 1.

k : kérdés (aktivitás: 2,3,4,5; munkától való félelem: 6,7,9,10,11,12,15)

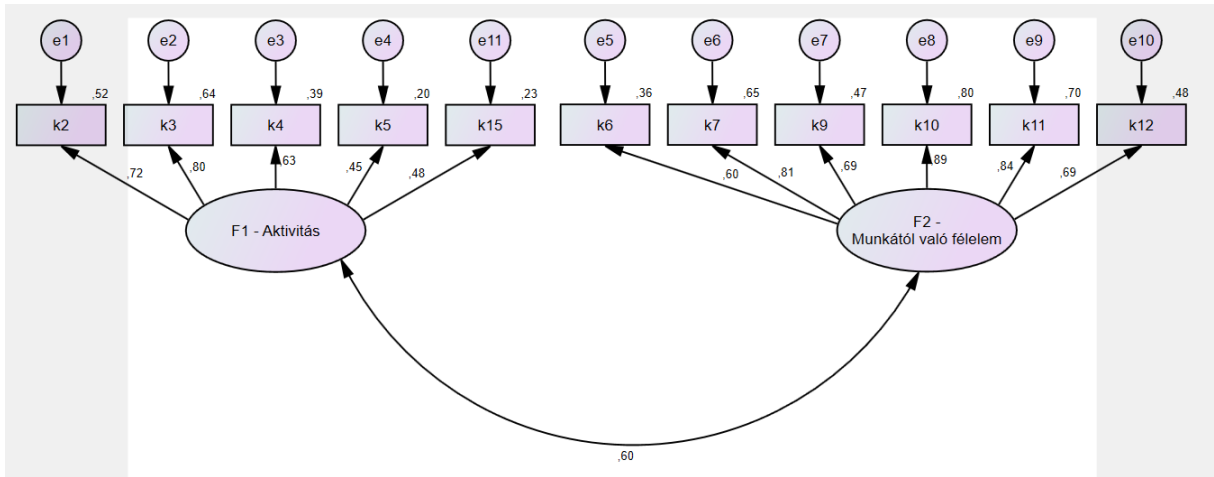
F: faktor (aktivitás, munkától való félelem)



6. ÁBRA MEGERŐSÍTŐ FAKTORANALÍZIS MODELL 2

k: kérdés (aktivitás: 2,3,4; munkától való félelem: 6,7,9,10,11,12)

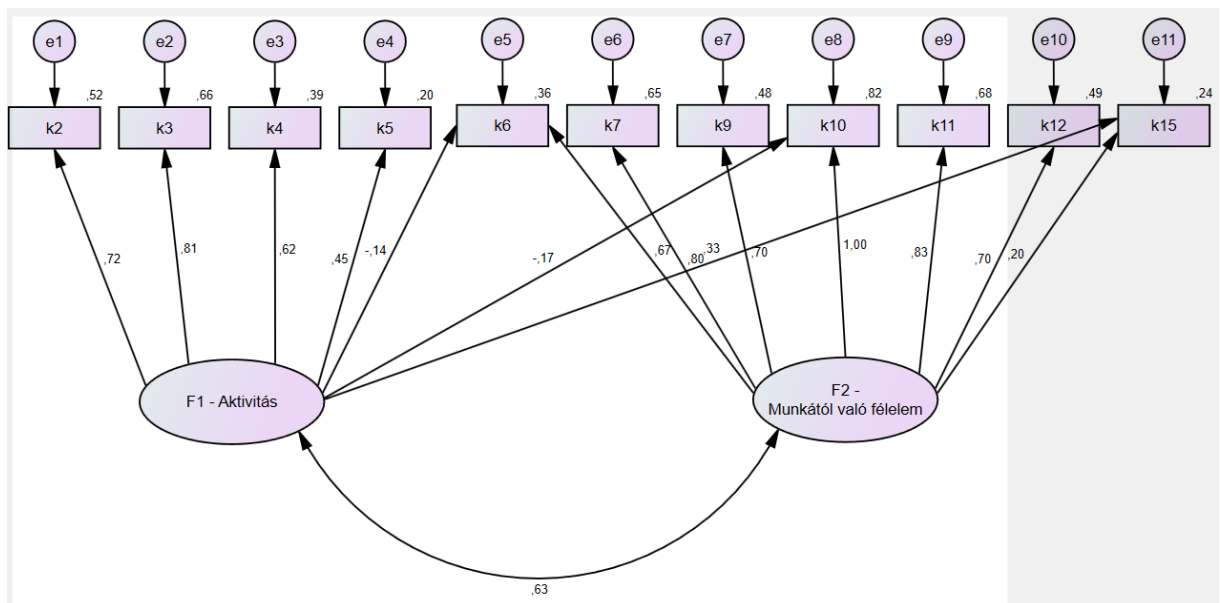
F: faktor (aktivitás, munkától való félelem)



7. ÁBRA MEGERŐSÍTŐ FAKTORANALÍZIS MODELL 3

k: kérdés (aktivitás: 2,3,4,5,15; munkától való félelem: 6,7,9,10,11,12)

F: faktor (aktivitás, munkától való félelem)



8. ÁBRA MEGERŐSÍTŐ FAKTORANALÍZIS MODELL 4

k: kérdés (aktivitás: 2,3,4,5,6,10,15; munkától való félelem: 6,7,9,10,11,12,15)

F: faktor (aktivitás, munkától való félelem)

Feltáró faktoranalízis

A feltáró faktoranalízis során azt vizsgáltam, hogy hány faktorra lehet a kérdőívet bontani. A számítás során az egyenértéket egyesre (1) állítva három faktort kaptam. Az egyes tételek töltési határértékét 0.5 re állítva az egyes faktorokhoz tartozó kérdések jól elkülönültek, kivéve az 5. tételt (21. táblázat).

21 TÁBLÁZAT FELTÁRÓ FAKTORANALÍZIS 3 KOMPONENSE A FABQ KÉRDŐÍVBEN

Kérdések	Komponensek		
	1	2	3
K1			,765
K2			,827
K3			,774
K4			,609
K5			,474
K6	,754		
K7	,784		
K8	,555		
K9	,559		
K10	,832		
K11	,823		
K12	,561		
K13		,668	
K14		,724	
K15		,891	
K16		,860	

A feltáró faktoranalízis alapján a kérdőív kérdései következőképpen csoportosíthatóak:

A fizikai aktivitás faktorhoz kapcsolódó tételek:

- 1 A fájdalmam oka a fizikai aktivitás
- 2 A fájdalmamat a fizikai aktivitás fokozza
- 3 A fizikai aktivitás árthat a gerincemnek
- 4 Nem szabad olyan fizikai aktivitást végeznem, ami a fájdalmamat fokozza

A munka, mint oki tényezővel kapcsolatos faktor tételei:

- 6 A fájdalmam kialakulásában a munkámnak vagy a munkahelyi balesetnek van szerepe
- 7 A munka fokozta a fájdalmamat
- 8 Igényt tartok arra, hogy mások tekintettel legyenek a fájdalmamra
- 9 A munka, amit végzek, túl nehéz számomra
- 10 A munkám fokozza, vagy fokozhatja a fájdalmamat
- 11 A munkám árthat a derekamnak
- 12 Nem szabadna a mindennapi munkámat a jelenlegi fájdalommal elvégezni

A munkaképességgel kapcsolatos faktor tételei:

- 13 Nem tudom a mindennapi munkámat a jelenlegi fájdalommal elvégezni
- 14 Nem tudom a mindennapi munkámat elvégezni, ameddig a fájdalmamat kezelik
- 15 Nem hiszem, hogy 3 hónapon belül vissza tudok térni a mindennapi munkámhoz
- 16 Nem hiszem, hogy valaha vissza fogok térni a korábbi munkakörömbe

Az 5. tétel két csoportban is bír magyarázó értékkel, de ha kihagyjuk, akkor a csoportbeosztás egyértelművé válik.

4.B. Fájdalom elfogadása és betegségteher deréktáji fájdalomban

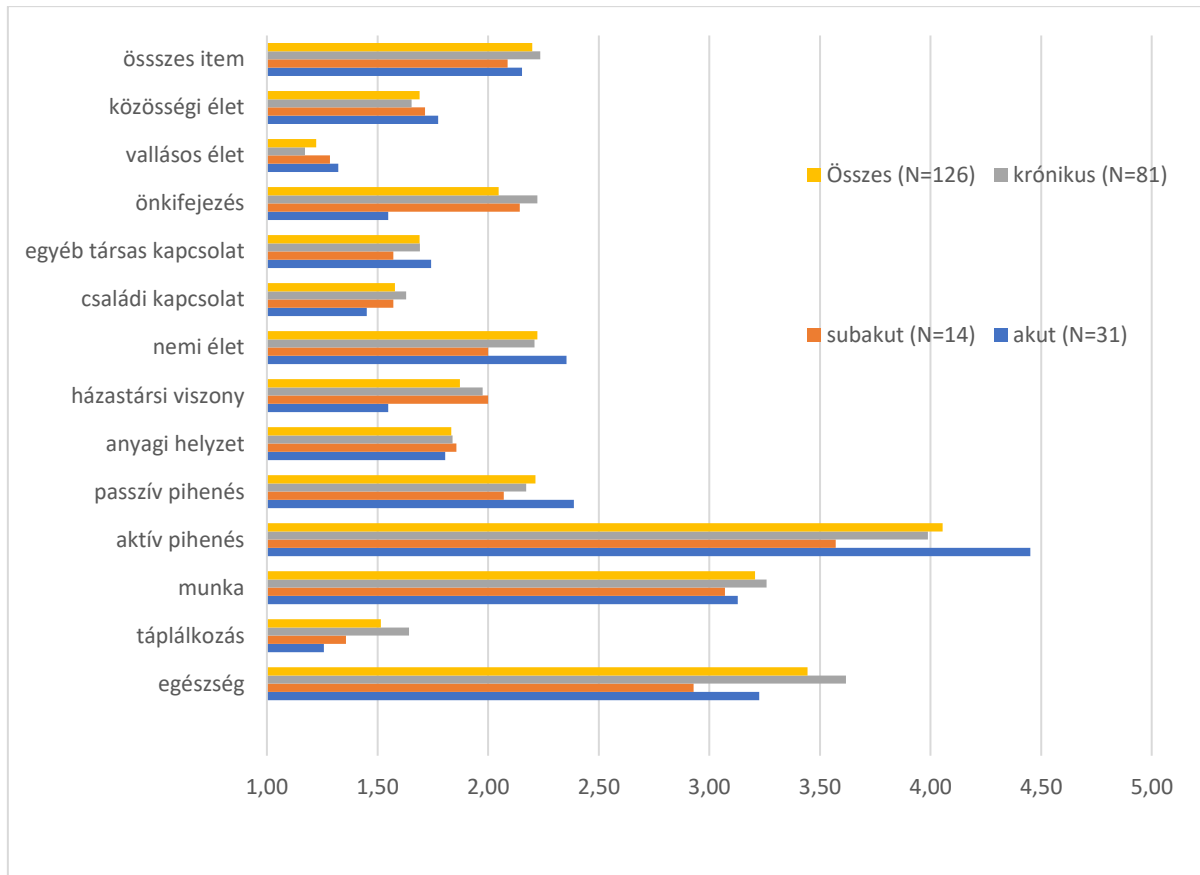
Ebben a vizsgálatban derékfájás tüneteit mutató járóbetegiek töltötték ki kérdőíveket a reumatológia szakrendelésen való megjelenésükkor (N=127). A deréktáji fájdalom időtartama szerint három csoportra bontottam ki: akut (31 fő); szubakut (15 fő); krónikus (81 fő). A három alcsoport jellemzőinek, eredményeinek összehasonlítása az 22. táblázaton látható. A betegségteher kérdőív egyes itemeire adott válaszokat a 9. ábrán foglaltam össze.

22. TÁBLÁZAT SZOCIOÖKONOMIAI ADATOK AKUT-SZUBAKUT-KRÓNIKUS DERÉKTÁJI FÁJDALOM SZERINTI BONTÁSBAN

RMDQ: Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív, CPAQ: Krónikus fájdalom

	Akut	Szubakut	Krónikus
N=127	N=31	N=15	N=81
Kor átlag (SD)	47,08 (12,45)	45,55 (12,71)	47,13 (11,48)
Nem férfi N (%)	11 (8,66)	8 (6,29)	34 (26,77)
nő N (%)	20 (15,75)	7 (5,51)	47 (37,00)
Párkapcsolatban él N (%)	24 (18,90)	10 (7,87)	56 (44,09)
Fizikai munkás N (%)	8 (6,29)	8 (6,29)	24 (18,90)
Szellemi foglalkozású N (%)	21 (16,54)	4 (3,15)	52 (40,94)
Munka aktivitás N (%)			
Aktívan dolgozik	2 (1,57)	9 (7,09)	59 (46,46)
Betegállomány	6 (4,72)	4 (3,15)	8 (6,29)
Inaktív	3 (2,36)	2 (1,57)	14 (11,02)
Végzettség N (%)			
Általános iskola	0	3 (2,36)	5 (3,94)
Szakmunkás képző	3 (2,36)	2 (1,57)	12 (9,45)
Szakgimnázium	6 (4,72)	4 (3,15)	12 (9,45)
Gimnázium	6 (4,72)	1 (0,78)	14 (11,02)
Felsőfokú végzettség	16 (12,60)	5 (3,94)	38 (29,92)
Lakóhely N (%)			
Főváros	24 (18,90)	23 (18,11)	57 (44,88)
Város	5 (3,94)	2 (1,57)	18 (14,17)
Falu	2 (1,57)	0	6 (4,72)
Anyagi helyzet N (%)			
Nagyon szűkös	0	0	1 (0,78)
Szűkös	2 (1,57)	0	5 (3,94)
Átlagos	16 (12,60)	9 (7,08)	39 (30,71)
Jó	13(10,23)	5 (3,94)	32(25,19)
Nagyon jó	0	1 (0,78)	4 (3,15)
NRS átlagos fájdalom: átlag (SD)	4,65 (1,99)	5,53 (2,87)	4,93 (2,96)
IIRS átlag (SD)	21,67 (12,89)	21,07 (17,11)	22,67 (16,51)
PHQ9 átlag (SD)	6,78 (5,35)	8,16 (5,7)	6,76 (5,42)
RMDQ átlag (SD)	9,32 (4,85)	9,73 (6,39)	8,30 (5,11)
CPAQ átlag (SD)	23,00 (6,93)	25,63 (9,29)	27,81 (6,91)

elfogadása kérdőív, PHQ9: Depresszió skála IIRS: Betegségteher index



9. ÁBRA A BETEGSÉGTEHER EGYES ITEMEIRE ADOTT VÁLASZOK ÁTLAGPONTSZÁMA A DERÉKTÁJI FÁJDALOM IDŐTARTAMA SZERINTI CSOPORTOSÍTÁSBAN

Időbeli változások

A válaszadókat ismét megkerestük 2 hónappal az első kitöltés után (N=97). A két időpontban talált betegségteher és elfogadás korrelációját a szocioökonómiai tényezőkkel a 23. táblázat mutatja. Az átlagpontoszámok változását a fájdalom intenzitás, a funkciókárosodás és a pszichológiai jellemzők vonatkozásában, a 24. táblázat foglalja össze.

23.TÁBLÁZAT KORRELÁCIÓ A BETEGSÉGTEHER, A FÁJDALOMELFOGADÁS ÉS A SZOCIÖKÖNOMIAI VÁLTOZÓK KÖZÖTT

N=97	IIRS_T1	IIRS_T2	CPAQ_T1	CPAQ_T2
Kor	0,055	0,06	-0,141	-0,173
Nem	-0,127	-0,118	0,074	-0,038
Családi áll	-0,157	-,265(*)	0,116	0,135
Munka	,290(**)	,309(**)	-,234(*)	-,207(*)
Szell/fiz	-0,067	-0,128	-0,07	-0,031
Végzettség	-0,025	-0,117	0,101	0,091
Lakóhely	-0,063	-0,047	-0,024	0,114
Anyagi he	-,233(*)	-,283(**)	0,197	0,129

Paraméteres változók esetén Pearson korrelációt, kategórikus változók esetén Khi négyzet próhát végeztem.

24. TÁBLÁZAT KÉRDŐÍVEK PONTSZÁMAINAK ÁTLAGA A KEZDETI ÉS AZ UTÁN-KÖVETÉS IDŐPONTJÁBAN

	N	Kezdet (T1)		Után-követés (T2)		Változás	t	p	Hedges' g
		M	SD	M	SD				
NRSmax	97	6,2	2,36	4,62	3	-1,58	5,342	<0,001	0,58
NRSmean	97	5,03	2,27	4,32	2,7	-0,71	2,714	0,008	0,28
CPAQ	87	27,39	7,15	29,82	7,8	2,43	-4,282	<0,001	-0,32
CPAQw	87	9,55	5,79	10,87	5,6	1,32	-2,286	0,025	-0,23
CPAQa	87	17,84	6,42	18,95	5,2	1,11	-2,501	0,014	-0,18
IIRS	95	22,67	16,51	21,62	18,7	0,23	-0,151	0,88	-0,013
IIRS-instr	95	2,58	1,46	2,51	1,78	-0,07	0,48	0,632	0,04
IIRS-intim	95	1,43	1,18	1,34	1,88	-0,09	0,507	0,613	0,06
IIRS-relat	95	0,94	1,20	1,06	1,43	0,12	-0,987	0,326	-0,01
RMDQ	97	8,93	5,21	6,10	5,8	-2,83	5,45	<0,001	0,51
PHQ9	97	6,87	5,36	5,74	5,3	-1,13	2,338	0,022	0,21

NRSmax: A legerősebb fájdalom az elmúlt 4 napban (0-10);

NRSmean: Átlagos fájdalom az elmúlt négy napban (0-10);

CPAQ: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív

CPAQa: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív aktivitás alszála

CPAQw: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív vállalás alszála

IIRS: Betegségteher index (alszála: IIRS-inst: kapcsolatok, Instrumental Domain, IIRS-intim: intimitás IIRS-relat: szociális élet);

RMDQ: Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív

PHQ9: Patient Health Questionnaire Depression Subscale

Hedges' g hatásosság értékelése: $0,2 \leq$ kis hatás, $0,5 \leq$ közepes hatás, $0,8 \leq$ erős hatás

Bár a legerősebb fájdalom összességében csökkent, alcsoportokra lebontva ez a javulás csak az akut fájdalom alcsoportban volt szignifikáns, ahol az átlagos fájdalomintenzitás a kiindulási 4,92-ről ($\pm 1,98$) követéskor 1,96-ra ($\pm 1,92$) csökkent ($t=4,864$; $p<0,001$; hatás mérete 1,46). A szubakut (pontszámváltozás $5,09\pm 2,51$ -ről $3,27\pm 2,76$ -ra) és krónikus (pontváltozás $4,98\pm 2,78$ -ról és $4,25\pm 2,38$ -ra) fájdalom csoportjában nem volt szignifikáns a változás.

A funkcionalitás szignifikánsan javult: a Roland Morris Derékfájás és Funkciókárosodás Kérdőív (RMDQ) pontszáma $8,93\pm 5,21$ -ről $6,10\pm 5,8$ -ra csökkent. A fájdalomelfogadás pontszám emelkedett, a depresszió pontszáma kismértékben, de statisztikailag szignifikánsan csökkent. A betegségteher átlagpontszámai sem az összpontszám, sem a három tartomány esetében nem változtak (24. táblázat).

Kétváltozós összefüggések a betegségteher és más skálák között

A korrelációs elemzések megerősítették, hogy szignifikáns kapcsolat van a betegségteher, a szomatikus tünetek és a vizsgált pszichológiai tényezők között. A 25. táblázatban bemutatott korrelációs együtthatók azt szemléltetik, hogy fő eredménymérőnk, az után-követési IIRS-pontszámok (IIRS_T2), valamint annak alsóskálái hasonlóan korreláltak a két időpontban mért prediktor változókkal, a követésben erősebb hatásméretekkel.

25. TÁBLÁZAT KORRELÁCIÓK A KEZDETI (T2), VALAMINT AZ UTÁN-KÖVETÉS(T2) BETEGSÉGTEHER INDEX, FÁJDALOM, PSZICHOLÓGIAI ÉS FUNKCIONÁLIS KÉRDŐÍVEK KÖZÖTT

	IIRS_T 2	IIRS.INST_T 2	IIRS.INTIM_T 2	IIRS.RELAT_T 2
IIRS_T1	0,628**	0,521**	0,542**	0,615**
RMDQ_T1	0,427**	0,422**	0,267**	0,391**
RMDQ_T2	0,506**	0,567**	0,284**	0,416**
PHQ9_T1	0,385**	0,343**	0,342**	0,296**
PHQ9_T2	0,546**	0,514**	0,394**	0,498**
Fájdalommean_T 1	0,281**	0,335**	0,176	0,157
Fájdalommean_T 2	0,344**	0,444**	0,154	0,226*
Fájdalommax_T1	0,162	0,213*	0,082	0,071
Fájdalommax_T2	0,360**	0,455**	0,168	0,238*
CPAQ_T1	-0,311**	-0,269*	-0,255*	-0,322**
CPAQ_T2	-0,441**	-0,482**	-0,282**	-0,369**
CPAQa_T1	-0,034	0,028	-0,017	-0,111
CPAQa_T2	-0,172	-0,17	-0,081	-0,193
CPAQw_T1	-0,336**	-0,351**	-0,287**	-0,269*
CPAQw_T2	-0,452**	-0,508**	-0,314**	-0,336**

NRS: Az éppen megélt fájdalom (0-10);

NRSmean: Átlagos fájdalom az elmúlt négy napban (0-10);

CPAQ: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív

CPAQa: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív aktivitás alskála

CPAQw: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív vállalás alskála

IIRS: Betegségteher index (alskálák: IIRS-inst: kapcsolat, IIRS-intim: intimitás IIRS-relat: szociális élet);

RMDQ: Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív

PHQ9: Depresszió skála

szignifikancia szint * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Az IIRS_T2 keresztmetszeti korrelációja a fájdalom intenzitásával gyenge ($r=0,34$), míg közepes volt az elfogadással (CPAQ_T2: $r=-0,441$), a depressziós tünetekkel (PHQ9_T2: $r=0,546$) és a funkcionalitással (RMDQ_T2: $r=0,506$). A legerősebb korrelációt az IIRS instrumentális alszkálája és az RMDQ által értékelt funkció között találtuk ($r=0,567$), mindkettő a fizikai funkcionalitást tükrözi. A CPAQ vállalás alszkálája közepesen korrelált, az aktivitási alszkála nem korrelált szignifikánsan egyik IIRS-pontszámmal sem. A fájdalom erősebben korrelált az IIRS instrumentális alszkálával, mint a kapcsolati alszkálával, és nem volt szignifikáns kapcsolatban az intimitás alszkálával. Bár a teljes minta esetében nem volt szignifikáns változás az IIRS-pontszámban az idő múlásával, az IIRS-ben bekövetkezett változások fordítottan korreláltak a CPAQ-pontszámok változásaival ($r=-0,291$, $p<0,01$), ami azt jelzi, hogy a fokozott fájdalomelfogadás összefüggésben volt a csökkent betegségteherrel.

Többsváltozós elemzések

Többsváltozós elemzésekben teszteltem a fájdalom elfogadásának keresztmetszeti és longitudinális kapcsolatát a T2 betegségteherrel, más pszichoszociális és demográfiai változókra vonatkozóan, amelyekről feltételeztem, hogy összefüggésbe hozhatók a betegségteherrel. Ebbe a modellbe csak azokat a betegeket vontam be, akik fájdalomról számoltak be a követés során ($N=89$).

Az első, longitudinális modellben vizsgáltam a kezdetben mért (T1) krónikus fájdalom elfogadás prediktív szerepét az után-követésnél mért betegségteherre (T2). Az változókat hierarchikusan egymás után léptettem be a modellbe. 1. lépés Krónikus fájdalom elfogadás, 2. lépés: Szociodemográfiai változók: kor, nem, végzettség, 3. lépés: fájdalom intenzitás, 4. lépés: funkciókárosodás, 5. lépés: depresszió. Az első modell közepesen erős, negatív asszociációt mutatott a fájdalom elfogadás és a betegségteher között ($\beta=-0,385$, $p=0,001$). A szociodemográfiai változók beléptetés szignifikánsan nem változtatott a modellen. A fájdalom intenzitás maga (3. lépés) gyenge, de független prediktora a betegségtehernek ($\beta=2,267$, $p=0,027$), és nem változtatja meg az elfogadása és a betegségteher közti összefüggést. Ha a funkciókárosodást is beletesszük a modellbe akkor a kapcsolat erőssége a fájdalom elfogadása és a betegségteher között csökken, de még így is szignifikáns marad. Végül az 5. lépésként a depresszió súlyosságát is hozzáadtuk a modellhez. Figyelembe véve az összes vizsgált értéket együtt az után-követéskor mért betegségteher varianciájának 35,4%-t magyarázza. Megerősíti, hogy a

krónikus fájdalomelfogadása ($\beta=-0,316$, $p=0,007$) valamint a depresszió mértéke a kezdeti időpontban ($\beta=0,304$, $p=0,012$) közepesen erős prediktorai az után-követéskor megtapasztalt betegségtehernek, függetlenül a fájdalom nagyságától és a szociodemográfiai változóktól és egymástól (26. táblázat).

26. TÁBLÁZAT A BETEGSÉGTEHER ELŐRE JELZŐI DERÉKTÁJI FÁJDALOMBAN

MODEL	Predictors	Standardize d	t	R²	R² change	F change
1		d	béta			
Lépés 1				0,148	0,148	12,503 ***
	CPAQ_T1	-0,385	-3,536 ***			
Lépés 2				0,208	0,060	1,738
	CPAQ_T1	-0,360	-3,211 **			
	Kor	-0,033	-0,290			
	Nem	-0,192	-1,762			
	Végzettség	-0,190	-1,718			
Lépés 3				0,263	0,055	5,114 *
	CPAQ_T1	-0,369	-3,390 ***			
	Kor	-0,036	-0,328			
	Nem	-0,081	-0,692			
	Végzettség	-0,109	-0,966			
	NRS_T1	0,267	2,261 *			
Lépés 4				0,289	0,026	2,418
	CPAQ_T1	-0,292	-2,459 *			
	Kor	-0,064	-0,581			
	Nem	-0,062	-0,539			
	Végzettség	-0,053	-0,447			
	NRS_T1	0,167	1,249			
	RMDQ_T1	0,231	1,555			
Lépés 5				0,354	0,066	6,704 **
	CPAQ_T1	-0,316	-2,763 **			
	Kor	-0,046	-0,436			
	Nem	-0,015	-0,130			
	Végzettség	-0,049	-0,436			
	NRS_T1	0,168	1,313			
	RMDQ_T1	0,074	0,476			
	PHQ9_T1	0,304	2,589 **			

NRS Átlagos fájdalom az elmúlt négy napban (0-10);

CPAQ: Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív

RMDQ: Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív

PHQ9: Depresszió kérdőív

T1: kezdetben felvett változók

* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

A 2. modellben ugyanazokat a változókat használtuk, de most keresztmetszetben vizsgáltam őket. Minden változó az után-követéskor mért értékkel szerepel benne (T2). A krónikus fájdalom elfogadása ebben a modellben erősebben korrelált a betegségteherrel (béta=-0,505, $p<0,001$). A második lépésnél hozzáadott értékeknél a férfi nem szignifikáns prediktora a betegségtehernek (béta=0,215, $p=0,025$). A fájdalom-elfogadás előre jelző erejét a szociodemográfiai változók nem befolyásolták érdemben. A harmadik lépésnél a fájdalom intenzitás is szignifikánsan korrelált a betegségteherrel (béta=0,242, $p=0,013$), de a fájdalom-elfogadás prediktív értékét csak elhanyagolható mértékben befolyásolta.

Hasonlóan a longitudinális modellhez a 4. lépésben hozzáadott funkcionális érték bár szignifikánsan előre jelezte a betegségteher alakulását (béta=0,264, $p=0,047$), a fájdalom-elfogadás szerepét csak kissé befolyásolta.

A depresszió beléptetésével (5. lépés), a fájdalom intenzitása és a funkció szignifikáns előrejelzése megszűnt, a fájdalom elfogadás korreláció a betegségteherrel közepesen erősnek bizonyult. (béta 0,345, $p=0,001$). A végsőmodell a betegségteher variációjának 48,8%-t magyarázza (27. táblázat).

27. TÁBLÁZAT BETEGSÉGTEHERRE HATÓ TÉNYEZŐK DERÉKTÁJI FÁJDALOMBAN, T2: UTÁN KÖVETESKOR FELVETT VÁLTOZÓK

MODEL2	Predictors	Stand. béta	t	R²	R² change	F change
Lépés 1				0,255	0,255	27,713 ***
	CPAQ_T2	-0,505	-5,264 ***			
Lépés 2				0,320	0,065	2,500
	CPAQ_T2	-0,499	-5,147 ***			
	Kor	-0,056	-0,578			
	Nem	-0,215	-2,278 *			
	Végzettség	-0,176	-1,825			
Lépés 3				0,373	0,052	6,419 *
	CPAQ_T2	-0,492	-5,245 ***			
	Kor	-0,100	-1,045			
	Nem	-0,171	-1,835			
	Végzettség	-0,129	-1,359			
	Painmean_T2	0,242	2,533 *			
Lépés 4				0,405	0,032	4,087 *
	CPAQ_T2	-0,406	-4,017 ***			
	Kor	-0,124	-1,316			
	Nem	-0,161	-1,764			
	Végzettség	-0,041	-0,401			
	Fájdalom_T2	0,135	1,250			
	RMDQ_T2	0,264	2,022 *			
Lépés 5				0,488	0,084	12,258 ***
	CPAQ_T2	-0,334	-3,450 ***			
	Kor	-0,133	-1,511			
	Nem	-0,100	-1,146			
	Végzettség	-0,007	-0,075			
	FájdalomT2	0,115	1,143			
	RMDQ_T2	0,155	1,228			
	PHQ9_T2	0,348	3,501 ***			

NRSÁtlagos fájdalom az elmúlt négy napban (0-10); CPAQ: Krónikus fájdalomelfogadás kérdőív RMDQ: Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív, PHQ9: Depresszió kérdőív, * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

4.C. Szakszemélyzet attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez

Leíró adatok

A kérdőíveket 211 tanfolyami résztvevő kapta meg, 188 fő (89%) adta vissza kitöltve. Tizenhárom kitöltő nem adta meg a szakmai végzettségét, ami kulcsfontosságú az elemzés szempontjából, ezért az ő adataikat nem dolgoztam fel. Így összesen 175 kérdőívet dolgoztam fel, végzettség szerint 110 nővér, 35 fizioterápiás szakasszisztens és 30 gyógymasszőr adatait. Ez utóbbi két csoportot összevontam (lásd módszertani rész), a táblázatokban a FAM rövidítést használjuk. Egyes kérdőívekben voltak hiányzó adatok, ezeket a különböző statisztikai számításoknál külön-külön jelzem.

Szakmai tapasztalat

Az ápolónők (N=110) átlagosan $22,3 \pm 1,01$ év betegellátási tapasztalattal rendelkeztek; a FAM-ok (N=65) átlagosan $17,9 \pm 1,44$ éve dolgoztak a szakmában. A különbség nem szignifikáns.

Korábbi derékfájással kapcsolatos tapasztalat

Csak 3,43% (N=6) válaszolta úgy, hogy soha nem fájt a dereka; 8,57% (N=15) tapasztalt egy alkalommal fájdalmat; 41,70% (N=73) több epizódról számolt be; 18,29%-ának (N=32) volt visszatérő panaszt, és 28,00%-nak (N=49) volt tünete a felmérés időpontjában. Az ápolónők szignifikánsan gyakrabban számoltak be visszatérő és aktuális fájdalomról (chi négyzet =9,7, p=0,046), (28. táblázat).

2820. TÁBLÁZAT A DERÉKTÁJI FÁJDALOM ELŐFORODULÁSA ÖNBEVALLÁSOS KÉRDŐÍV ALAPJÁN EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK KÖZÖTT

Előfordulás N (%)	Soha	Egyszer	Többször	Krónikus	Jelenleg is
Nővérek N=110	5 (4,55)	4 (3,64)	46 (41,82)	21 (19,09)	34 (30,91)
FAM N=65	1 (1,54)	11 (16,92)	27 (41,54)	11 (16,92)	15 (23,08)
Összes N=175	6 (3,43)	15 (8,57)	73 (41,71)	32 (18,29)	49 (28,00)

FAM= Fizioterápiás szakasszisztensek és masszörök

Súlyosság

A derékfájósok (N=169) legsúlyosabb fájdalmát illetően 17,8% (N=30) válaszolta azt, hogy enyhe (1–4); 40,2% (N=68) számolt be mérsékelt (5–7); és 37,9 % (N=64) jelzett súlyos fájdalmat (8–10); 4,1% (N=7) nem válaszolt erre a kérdésre. Abban az alcsoportban, akik tapasztaltak deréktáji fájdalmat a felmérés időpontjában (N=49), 67,3% (N=33) számolt be enyhe, 26,5% (N=13) mérsékelt és 6,1% (N=3) súlyos fájdalomról.

Vélemények a fájdalomcsillapítás megkezdéséről

Arra a kérdésre, hogy „A fájdalom skálán mért milyen intenzitású fájdalom igényel kezelést?” A válaszadók 38,3%-a (N=67) azt válaszolta, hogy „minden esetben, amikor fájdalmat említ a beteg”. Ez a válasz felel meg legjobban az irányelveknek, ugyanakkor a „ha a fájdalom intenzitása a NRS skálán 1-4” választ is megfelelőnek tartottuk (20,6%, N=36). Nem találtam szignifikáns különbséget a nővérek és a FAM-ok válasza között (29. táblázat).

29. TÁBLÁZAT A SZAKDOLGOZÓK VÉLEMÉNYE ARRÓL, HOGY MIKOR KELL A FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ TERÁPIÁT ELKEZDENI

Szakma		Minden esetben amikor fájdalmat említ	NRS = 1-4	NRS = 5-7	NRS = >8	Hiányzik	Összes
FAM	N (%)	30 (46,15)	13(20,00)	15 (23,08)	2 (3,08)	5 (7,59)	65 (100)
Nővérek	N (%)	37 (33,64)	23 (20,91)	32(29,09)	3 (2,73)	15(13,64)	110 (100)
Total	N (%)	67 (38,29)	36 (20,57)	47 (26,86)	5 (2,86)	20 (11,43)	175 (100)

FAM= Fizioterápiás szakasszisztensek és masszőrök

A személyes fájdalomélménynek és a saját fájdalom intenzitásának nem volt szignifikáns kapcsolata a fájdalomkezelés megkezdésének időpontjával kapcsolatos véleményekkel (30. táblázat).

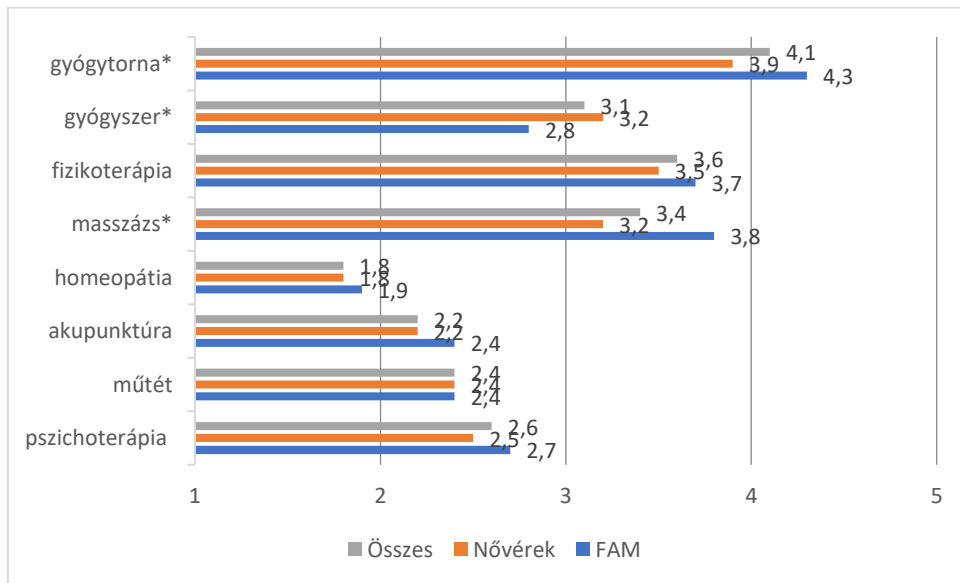
30. TÁBLÁZAT A FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ TERÁPIA ELKEZDÉSÉNEK SZÜKSÉGESSÉGE A SAJÁT FÁJDALOM ÉLMÉNY ALAPJÁN

Fájdalom erőssége	Minden esetben amikor fájdalmat említ	NRS = 1-4	NRS = 5-7	NRS =>8	Összes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Mild	16 (43,24)	6 (16,22)	14 (37,84)	1 (2,70)	37
Moderate	25 (42,37)	13 (22,03)	19 (32,20)	2 (3,39)	59
Severe	26 (41,27)	20 (31,75)	16 (25,40)	1(1,59)	63
Total	67 (42,14)	39 (24,53)	49 (30,82)	4 (2,52)	159

Vélemények a különböző kezelési módok fontosságáról deréktáji fájdalomban

Összességében a válaszadók a gyógytornát értékelték a leghasznosabbnak (4,1, SD=0,90), ezt követi a fizioterápia (3,6, SD=0,82) és a masszázs 3,4, SD=0,93). A gyógyszeres kezelés fontosságát 3,1 (SD=0,87), a pszichoterápiát pedig 2,6-ra (SD= 1,13)

értékelték. Az olyan kiegészítő módszerek, mint az akupunktúra (2,26, SD=1,01) és a homeopátia (1,8 SD=0,95) alacsony pontszámot értek el. Az eredményeket a 10. ábra mutatja be. Az ápolónők és a FAM-ok véleménye között jelentős eltérések mutatkoztak (lásd 1. ábra). A FAM-ok az gyógytornát (4,3 vs. 3,9; $p = 0,024$) és a masszázst (3,8 vs. 3,2 $p < 0,01$) értékelték fontosabbnak, míg az ápolónők pozitívabban értékelték a gyógyszer hatékonyságát (3,2 vs. 2,8, $p = 0,04$). A többi kezelési mód tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget a szakmák között.



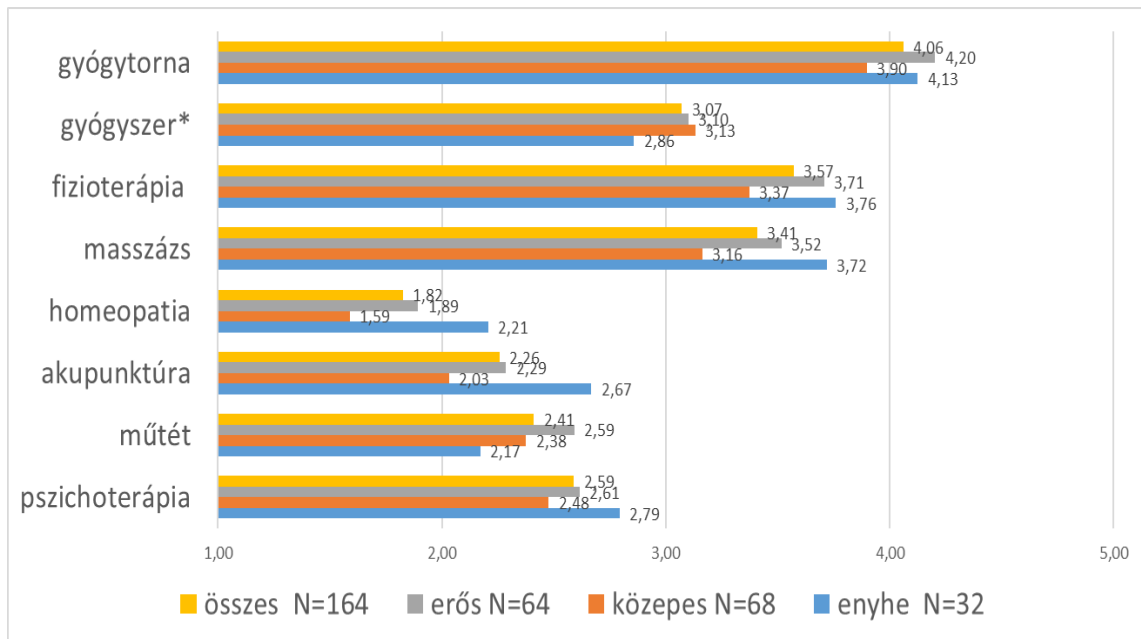
10. ÁBRA AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK VÉLEMÉNYE A DERÉKTÁJI FÁJDALOM KEZELÉSÉNEK HASZNOSSÁGÁRÓL

1: egyáltalán nem fontos-5: kihagyhatatlan

Az oszlopok az átlagos értéket jelölik; SD-k átlag értéke: 0.8-1.00.

A szignifikancia szint jelölése: * $p < 0,05$

Megvizsgáltam, hogy a fájdalomélmény befolyásolja-e a terápiák fontosságáról alkotott véleményeket. Az eredmények alapján a gyógyszeres terápia elfogadása nagyobb volt a mérsékelt (3,1 SD= 0,76) vagy súlyos (3,1 SD= 0,99) fájdalmat átélők körében, mint az enyhe (2,3SD=0,76) fájdalomban. A többi terápia esetében nem találtam szignifikáns különbséget (11. ábra).



11. ÁBRA VÉLEMÉNYEK A DERÉKFÁJÁS KEZELÉSI MÓDJAINAK FONTOSSÁGÁRÓL A SZEMÉLYES FÁJDALOMÉLMÉNY SZEMPONTJÁBÓL.

1: egyáltalán nem fontos-5: kihagyhatatlan

Az oszlopok az átlagos értéket jelölik; SD-k átlag értéke:0,8-1,00.

A szignifikancia szint jelölése: * $p < 0,05$

Az egészségügyi munkában eltöltött évek csak gyenge összefüggést mutattak a vizsgált kezelési módokról alkotott véleményekkel. A szakmai háttérre ellenőrzött Pearson-féle korreláció alapján a több éves tapasztalattal szignifikánsan nőtt a gyógyszeres kezelésnek tulajdonított jelentőség ($r=0,165$ $p = 0,029$), és szignifikánsan csökkent a masszázis jelentősége ($r=-0,164$ $p = 0,027$). A többi terápiás eljárásnál nem találtam szignifikáns összefüggést: gyógytorna $r=0,014$; elektroterápia $r=0,073$; homeopátia $r=0,048$, akupunktúra $r=0,010$ műtét $r=-0,091$; pszichoterápia $r=-0,087$.

Félelem és elkerülési hiedelmek

A nővérek magasabb pontszámot értek el a FABQ-n (43,7 vs. 36,1; $p=0,016$), a FABQa -n (13,7 vs. 11,5; $p=0,024$) és a FABQw-n (20,0 vs. 16,2; $p=0,021$), mint a FAM-ok. Az ápolók 49,09%-a ($N=72$), a FAM-ok 27,69%-a ($N=18$) felelt meg a magas FABQ-a pontszám (≥ 14) kritériumának, az ápolók 23,63%-a pedig $N=26$ ill. Az $N=3$ FAM-ok 4,61%-ának volt magas FABQw pontszáma (≥ 29), (31. táblázat).

31. TÁBLÁZAT FÉLELEM ELKERÜLÉSI HIEDELMEK KÉRDŐÍV PONTSZÁMAI SZAKMA SZERINT

FABQ	FABQa	FABQw	FABQ_sum
Foglalkozás	Átlag (SD)	Átlag (SD)	Átlag (SD)
FAM (N=57)	11,5 (5,6)	16,2 (9,2)	36,1 (18,6)
Nővér (N=102)	13,7 (6,1)	20,0 (10,4)	43,7 (19,1)
Összes* (N=159)	13,0 (6,0)	18,6 (10,01)	40,9 (19,2)
F = variáció a minta átlagában	5,158	5,473	5,925
Sig.	0,024	0,021	0,016

*N=16 hiányzik (8 nővér és 8 FAM nem töltötte ki a FABQ kérdőívet)

FABQ: Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (a: aktivitás, w: munka alskála, sum: összpontszám) FAM = fizioterápiás asszisztens, masszőr

A félelemkerülési hiedelmek és a személyes fájdalomélmény közötti kapcsolat tekintetében magasabb FABQ összpontszámot találtunk azok között, akik súlyos vagy mérsékelt fájdalmat tapasztaltak, mint az enyhe fájdalmat szenvedőknél ($p=0,076$). Ez a különbség szignifikáns volt a FABQ fizikai aktivitásnál ($p=0,035$), de nem a FABQ munkapontszámoknál ($p=0,226$), (32 .táblázat).

32 TÁBLÁZAT A FÉLELEM ÉS ELKERÜLÉSI HIEDELMEK A MEGÉLT FÁJDALOM SZERINT

Fájdalom intenzitás		FABQ_A	FABQ_W	FABQ
enyhe (N=29)	Átlag (SD)	10,55 (5,96)	15,55 (9,26)	35,93 (17,21)
közepes (N= 64)	Átlag (SD)	13,88 (5,98)	18,59 (10,14)	45,45 (20,01)
erős (N=56)	Átlag (SD)	13,93 (6,52)	19,50 (10,41)	45,59 (21,04)
összes (N=150) *	Átlag (SD)	13,24 (6,28)	18,34 (10,12)	43,68 (20,14)
F érték		3,43	1,5	2,61
szignifikancia (p)		0,035*	0,226	0,076
N=16 hiányzik (8 nővér és 8 FAM nem töltötte ki a FABQ kérdőívet)				

FABQ: Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (a: aktivitás, w: munka alskála, sum: összpontszám); FAM = fizioterápiás asszisztens, masszőr

Azt is megvizsgáltam, mi a kapcsolat a félelem és elkerülési magatartás és a terápiákról adott vélemény között. A szakmai háttérre kontrollálva azt találtuk, hogy a nagyobb félelem a gyógyszeres kezelés elfogadásával szignifikánsan összefügg ($r=0,27$; $p<0,005$). Ugyanilyen tendencia jellemző a műtéttel kapcsolatosan is ($r=0,3$; $p<0,005$). A többi terápiákkal kapcsolatosan ilyen összefüggés nem volt megállapítható (33. táblázat).

33. TÁBLÁZAT PARCIÁLIS KORRELÁCIÓ A SZAKMAI HÁTTÉRREL KONTROLLÁLVA AZA FBAQ KÉRDŐÍV ÉS ALSKÁLÁI, VALAMINT A TERÁPIÁKRÓL ALKOTOTT VÉLEMÉNYEK KÖZÖTT

	FABQ_A		FABQ_W		FABQ		
	Kor	Szig	Kor	Szig	Kor	Szig	N
Gyógytorna	-0,07	0,39	-0,01	0,95	-0,07	0,41	156
Gyógyszer*	0,27	0,00	0,26	0,00	0,27	0,00	156
Fizioterápia	-0,03	0,67	-0,12	0,14	-0,13	0,11	156
Masszázs	0,05	0,51	0,08	0,32	0,06	0,42	156
Homeopátia	0,01	0,88	0,02	0,85	0,02	0,78	152
Akupunktúra	0,04	0,65	-0,07	0,38	-0,04	0,65	151
Műtét*	0,30	0,00	0,32	0,00	0,32	0,00	139
Pszichoterápi a	-0,11	0,15	0,05	0,51	-0,01	0,86	156
N=19 hiányzik (8 nővér és 8 FAM nem töltötte ki az FABQ kérdőívet; 3 nővér és 1 FAM nem adott a terápiákról véleményt)							

Kor: korreláció, Szig: szignifikancia FABQ: Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (a: aktivitás, w: munka alszála,); FAM = fizioterápiás asszisztens, masször; *p<0,005

5. MEGBESZÉLÉS

5. A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban

A deréktáji fájdalom krónikussá válásában a fájdalomtól való félelem, a fizikai aktivitással és munkavégzéssel kapcsolatos téves hiedelmek fontos szerepet játszanak (Waddel et al., 1993). Ugyanakkor számos vizsgálat igazolja, hogy az elkerülési magatartás, az inaktivitás sem rövid, sem hosszú távon nem csökkenti a deréktáji fájdalmat (Wertli et al., 2014). A Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ), Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív magyar verziójának kidolgozásával egy új mérőeszköz áll a klinikusok rendelkezésére, amely elősegíti a félelmek és az elkerülő magatartás felmérését a mindennapi betegellátás során (1. Függelék). A hiedelmek felmérése, a problémák korai felismerése a rehabilitáció tervezését is hatékonyabbá teheti. Jelen vizsgálatban a FABQ kérdőív nyelvi validálását egészségügyi szakdolgozók és betegek bevonásával teszteltem. A kérdések világosak, jól érthetőnek bizonyultak, a kérdőív kitöltése nem jelentett nehézséget a betegeknek. A validálás során több pszichometriai és funkcionális teszttel vettem össze a FABQ-t. Hipotézisemnek megfelelően a fájdalom nagysága nem függött össze a diszfunkcionális gondolatokkal, ami alátámasztja, hogy nem maga a testi érzet okozza a téves elképzeléseket. A kérdőív divergens validálását a fájdalom nagyságával, az Oswestry Derékfájás funkciómérő index (ODI), Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív (RMDQ) és Zung depresszió kérdőívvel végeztem.

Eredményeimet (ld 19. táblázat) igazolták, hogy a Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív sem az összpontszám, sem külön-külön a fizikai aktivitástól, illetve a munkától való félelem tekintetében nem mutatott összefüggést a napi tevékenységekben (ODI) és a mozgásfunkciókban (RMDQ) megfigyelhető károsodással. A Zung depresszió kérdőív alapján a negatív hangulati tünetekkel sem mutatott a FABQ egyik skálája sem összefüggést. A konvergens validitást a szintén a hiedelmeket, diszfunkcionális gondolatokat mérő Fájdalom Katasztrofizálás Skálával (PCS) és a Krónikus fájdalom elfogadása kérdőívvel (CPAQ) igazoltuk, az FABQ mindkét kérdőívvel mérsékelt pozitív összefüggést mutatott. Az alsóskálák vonatkozásában az fizikai aktivitás a fájdalom elfogadásával, a munka a katasztrofizálással mutatott szignifikáns összefüggést.

Adataim a nemzetközi szakirodalomban talált eredményekkel összhangban vannak (Buer & Linton, 2002). Az olasz, finn, arab, francia nyelvekre fordított változatok validálási vizsgálataiban a saját anyagomhoz hasonló betegszámmal dolgoztak, kivétel ez alól a japán munka, ahol online kitöltés történt. A fájdalomskálát mindenütt felvették. Jelentős mértékben a japán nyelvű kérdőív tér el, ahol jóval alacsonyabb, 2,9 az átlagos fájdalom értéke. Itt azonban egy szélesebb populációt vizsgáltak, nemcsak krónikus fájdalomban szenvedőket vettek be. A fájdalom mértékével egyik validálás során sem találtak összefüggést a félelem és elkerülési hiedelmekkel. A Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív (RMDQ) esetén kissé változatosabbak az eredmények, az eredeti angol verzióban mérsékelt, de nem szignifikáns összefüggést írtak le, és a további kutatásokban, más funkcionális kérdőívek használata során sem mutattak ki egyértelmű összefüggést. Bár a hangulatot és depresszió mértékét más-más mérőeszközökkel értékelték, szignifikáns összefüggést sehol nem mutattak ki (Monticone et al., 2012), (Terho et al., 2016), (Alanazi et al., 2017), (Chaory et al., 2004), (Matsudaira et al., 2014).

A kérdőív német fordítása során részletesebb faktoranalízist végeztek. Azt találták, hogy a munkától való félelmet két faktorra lehet osztani, az egyik reprezentálja a betegek véleményét arról, hogy a munkahelyi környezeti tényezőket mennyire tartják felelősnek a panaszuk kialakulásáért. A másik faktor a munkába visszatérés lehetőségével foglalkozik (Pfungsten et al., 2000). Ez a csoportosítást saját feltáró faktoranalízissel összhangban van. Az aktívan dolgozó betegeknél a panaszok kialakulásában és fennmaradásában a munkateher, illetve ezzel kapcsolatos téves hiedelmek szerepet játszanak. Figyelembevétele azért fontos, mert megmutatja, ha a munkahellyel kapcsolatos problémák állnak a panaszok fennmaradásának hátterében, valamint előrevetítheti, hogy a páciens újra munkába fog-e állni.

5.B. A fájdalom elfogadása és betegségteher deréktáji fájdalomban

Vizsgálatomban betegségterhet mértem deréktáji fájdalomban szenvedő betegek között. Vizsgáltam a fájdalomelfogadását, pszichoszociális tényezőket és a betegség okozta egyéb faktorok hatását a betegségteherre. A kutatás fontosságát és jelenlegi relevanciáját hangsúlyozza, hogy a közelmúltban bekerült az elfogadésterápia a krónikus fájdalom kezelésére vonatkozó iránymutatásokba (pl. NICE irányelvek) a krónikus fájdalomra vonatkozóan (Carville et al., 2021).

Az elfogadáson alapuló terápiák hangsúlyozzák annak fontosságát, hogy a funkciókárosodás ellenére (esetünkben a krónikus fájdalom), továbbra is értékorientált életet éljünk (Hayes et al., 2004). A betegségteher fogalma összhangban van ezzel a megközelítéssel, mivel egy betegség hatását méri a mindennapi élet legfontosabb területein. Véleményem szerint a betegségteher index a megfelelő kérdőív lehet a krónikus derékfájjal küzdő kliensek támogatására kifejlesztett, elfogadáson alapuló rehabilitációs programok hatékonyságának nyomon követésére.

Mintámban az IIRS összpontszám ($22,76 \pm 16,51$ a kiinduláskor, $21,66 \pm 18,7$ utánkövetéskor). Ez lényegesen alacsonyabb volt, mint a korábbi vizsgálatokban más fájdalomszindrómák: l fibromyalgia ($54,8 \pm 17,24$), arthrosis ($42,2 \pm 18,75$) (Devins, 2010) vagy traumás brachialis plexus sérülés (IIRS $40,0 \pm 18,0$) esetén (Novak et al., 2005). Ennek az eltérésnek az lehet a magyarázata, hogy mintámat általános reumatológiai szakrendelésen vettük fel, nem pedig speciális fájdalom klinikákon, ahol súlyosabb állapotú betegek jelennek meg. Érdekes azonban megjegyezni, hogy klinikai mintánk átlagos IIRS-pontszáma valamivel magasabb volt, mint egy magyarországi reprezentatív egészségügyi felmérésben (N=12700) az izom-csontrendszeri tünetekről beszámoló személyek (N=1575) pontszáma (IIRS= $19,00 \pm 16,26$), (Novak M, Szeifert L., 2006).

A derékfájdalmak által leginkább érintett hétköznapi területek az egészség mellett a munka és az aktív kikapcsolódás volt. Ennek oka, hogy a mozgásszervi tünet jelentősen befolyásolja a mozgást és a fizikai aktivitást. Nem várt eredmény, hogy az általános betegségteher nem változott szignifikánsan a két hónapos követési időszak alatt, bár a fájdalom bizonyos mértékig csökkent, és a funkcionális szint (RMDQ) jelentősen nőtt. Eredményeim azt is kimutatták, hogy a fájdalom erőssége gyengén korrelált a betegségteherrel, míg a depresszió egyenesen és a fájdalom elfogadása fordítottan erős összefüggést mutatott. Hipotézisemmel összhangban, a depressziós tünetek pontszáma

szignifikáns, közepesen erős pozitív korrelációt mutatott az betegségteher minden tartományával ($r=0,588$ $p<0,001$), (Bieling et al., 2001).

A betegségteher és a deréktáji fájdalomnak tulajdonított funkciókárosodás közötti összefüggés is kifejezett volt. Ugyanez a tendencia megtalálható más vizsgálatokban is, például Novák és munkatársai perifériás idegsérült betegeknél erősebb korrelációt ($r=0,738$) találtak a fájdalom miatti funkciókárosodás és a betegségteher között, mint a fájdalom intenzitása és a betegségteher között ($r=0,500$) (Novak, Szeifert 2006). Az IIRS alskálákat figyelembe véve az intimitást kevésbé befolyásolja a fájdalom, és jobban befolyásolja a depressziós tünet együttes, mint a szociális kapcsolati tartományt.

A jelen tanulmány eredményei alátámasztják azt a hipotézisemet, hogy a fájdalom elfogadása jelentős mértékben befolyásolja a betegségterhet. A kétváltozós elemzések közepesen erős korrelációt mutattak ki a betegségteher és a fájdalom elfogadása között, ami mindkét időpontban nagyon hasonló volt ($r=-0,444$ a T1-ben és $-0,431$ a T2-ben). Ennek a kapcsolatnak a további elemzése a betegségek teher tartományait figyelembe véve feltárta, hogy a fájdalom elfogadása nemcsak az IIRS instrumentális, hanem a szociális és intimitás alskálával is korrelált.

Elemzésem váratlan eredménye volt, hogy míg a Krónikus fájdalom elfogadása Kérdőív vállalás alskála szorosán korrelált a betegségteherrel, különösen, ami az instrumentális alskálát illeti, addig az aktivitás alskála nem mutatott szignifikáns korrelációt egyik IIRS alskálával sem, sem T1-nél, sem T2-nél. Ez a némileg ellentmondó megállapítás azzal magyarázható, hogy a rutin gondozás hangsúlyozza a fizikai aktivitás fontosságát, de nem foglalkozik a fájdalommal való együttélés pszichológiai kihívásával. A Krónikus Fájdalom elfogadási kérdőív vállalási alskáláján a pontszámok szignifikánsan alacsonyabbak voltak, mint az aktivitási alskálán, ami azt jelzi, hogy könnyebb lehet elfogadni, hogy a fájdalom ellenére tenni kell valamit, mint beleegyezni abba, hogy feladjuk a fájdalom kontrollálására tett ineffektív kísérleteket.

A többváltozós elemzések megerősítették a kétváltozós elemzések eredményeit abban az értelemben, hogy a fájdalom intenzitása csak kis hányadát, míg a funkcionális szint magasabb százalékát magyarázza a betegségtehernek. A depresszió és a fájdalom elfogadás hozzáadása tovább javította a modell magyarázó erejét, míg a társadalmi-gazdasági tényezőknek csak csekély prediktív értéke volt. A longitudinális regressziós modellben az alapjellemezők 35,1%-ban magyarázták a nyomon követési betegségteher pontszámainak varianciáját, míg ez az arány a keresztmetszeti modellben 48,8%. Ezek az eredmények összhangban vannak Kapadi és munkatársai eredményeivel, akik arra a

következtetésre jutottak, hogy a fájdalom elfogadása a fő független előrejelzője a fizikai és pszichológiai jóllétnek elsődleges dysmenorrhoeában szenvedő nők körében (Kapadi & Elander, 2020).

Eredményeink megerősítik a fájdalomra adott szubjektív reakciók fontosságát összhangban más tanulmányokkal, amelyek azt mutatják, hogy a krónikus derékfájásban szenvedő betegek jóllétének kulcsfontosságú tényezője a fájdalom elfogadása volt. McCracken és munkatársai¹⁶⁰, krónikus fájdalom miatti kezelést kérő beteg körében végzett tanulmánya arra a következtetésre jutott, hogy a fájdalom nagyobb elfogadása alacsonyabb fájdalomszinttel, kevesebb fájdalommal összefüggő szorongással, elkerüléssel, kevesebb depresszióval, rokkantsággal, valamint jobb munkaképességgel jár együtt. A fájdalom elfogadása és a funkció közötti szignifikáns összefüggések függetlenek voltak a fájdalom intenzitásától. (McCracken, 1998).

A jelenlegi krónikus fájdalomkezelési irányelvek (Carville et al., 2021) (Major et al., 2017) biopszichoszociális megközelítése hangsúlyozza, hogy a terápiás beavatkozásoknak nemcsak a szomatikus változásokra vagy a fájdalom intenzitásának csökkentésére kell összpontosítani, hanem a funkcionális szintre és a betegségteherre, amelyet a személyes célokhoz és értékekhez kapcsolódó napi tevékenységek tükröznek.

A fájdalom elfogadás hatásmechanizmusának elméleti alapja a pszichológiai rugalmasság (Cederberg et al., 2015). Megragadja, hogy az egyén mennyire hatékonyan tudja komplex módon mozgósítani saját belső erőforrásait egy értékes cél érdekében (Fish et al., 2010).

Gyakorlati szempontból a fájdalom elfogadása azt jelenti, hogy egy személy teljes és aktív életet él a krónikus fájdalom jelenléte ellenére. Ezen célok megvalósítására törekszik az elfogadás és elköteleződés terápia (ACT), (Hayes et al., 1999). Az ACT klinikai hatékonyságát krónikus fájdalom esetén számos tanulmány igazolta. A hatás méret a kicsitől a közepesig terjed. A legtöbb kimeneti mutató esetében, mint például a fizikai aktivitás, a fájdalom elfogadása, a pszichológiai rugalmasság, a szorongás vagy a depresszió (Veehof et al., 2011). Ugyanakkor az ACT hatása a fájdalom intenzitására és az életminőségre kicsi volt (Peter et al., 2011), és egy újabb metaanalízis szerint nem volt szignifikáns (Hughes et al., 2017). Érdeemes azonban megjegyezni, hogy ezeket az eredményeket befolyásolhatják a kimeneti változók mérésére használt kérdőívek (Hann & McCracken, 2014). Egy általános életminőség-mérő, mint például az SF-36, kevésbé érzékeny a fájdalom elfogadásának változásaira, mint a betegségteher index, amely kifejezetten a betegség által okozott korlátokra összpontosít. Lin és munkatársai egy

internet alapú ACT beavatkozás hatékonyságát vizsgálták a mindennapi gyakorlatban. A résztvevők kevesebb fájdalomról és jobb életminőségről számoltak be a terápia végén és 12 hónap után (Lin et al., 2017). Azonban további kutatásra van szükség annak igazolására, hogy az IIRS elég érzékeny az ACT beavatkozás miatti változások észleléséhez. A közelmúltban a CPAQ még rövidebb, két tételből álló változatát is javasolták erre a célra (Vowles et al., 2020).

Hazánkban, a mindennapi gyakorlatban az elfogadás terápia még nem része a kezelésnek. A fájdalom elfogadása és a betegségteher rutinszerű felmérése segíthet a témakörre ráirányítani a figyelmet. Klinikai megvalósítás szempontból előnyös, hogy mind az IIRS, mind a CPAQ kérdőív csak néhány kérdésből áll, így azokat a betegek a mindennapi gyakorlatban gyorsan kitölthetik.

5.C. Szakszemélyzet attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez

Korábbi tanulmányok kimutatták, hogy az egészségügyben dolgozók attitűdje befolyásolja az irányelvek betartását és a pácienseiknek adott ajánlásokat (Hendrick et al., 2013). Jelen tanulmányunkban a deréktáji fájdalom kezelésével kapcsolatos attitűdöket és vélekedéseket vizsgáltuk fizioterápiás asszisztensek, gyógymasszőrök (együtt FAM) és ápolók magyarországi mintájában, a deréktáji fájdalommal kapcsolatos szakmai és személyes tapasztalataik összefüggésében. A résztvevők az ország különböző részeleiről (belgyógyászat, sürgősségi, rehabilitációs, reumatológia, sebészet, ortopédia, egészségügyi alapellátás stb.) érkeztek posztgraduális képzésekre; ezért ez a heterogén csoport tükrözheti a magyarországi szakmai csoportok általános attitűdjét.

A korábbi vizsgálatok elsősorban az orvosokra és gyógytornászokra fókuszáltak. Az ápolókra és a fizioterápiás asszisztensekre, masszőrökre vonatkozóan nagyon kevés adatot találtunk, annak ellenére, hogy ők is részesei a team munkának, így szerepük van a betegek attitűdjének és önmenedzselési magatartásának alakításában.

Az ápolók és a FAM-ok különböznek az orvosoktól és gyógytornászoktól mind képzésükben (középiskolai végzettség az egyetemi végzettséghez képest) és a betegellátásban betöltött szerepükben (több idő a betegekkel, kisebb döntési jogkör).

Az ápolónői képzés részletezi az általános patológiai és élettani ismereteket, viszont korlátozott tudást ad a mozgásszervi betegségekről és a fájdalomkezelésről. Az

ápolók gyakrabban szembesülnek azokkal a korlátokkal, amelyeket a betegek mindennapi életük során tapasztalnak (pl. mozgási, öltözködési, tisztálkodási nehézségek). A FAM-ok képzése specifikusabb ismereteket nyújt a mozgásszervi betegségekről, míg kevesebbet tanulnak a gyógyszeres terápiákról és az általános ellátásról. Kevesebb időt töltenek a beteggel.

Eredményeim részben megerősítették a szakmai háttér attitűdökre gyakorolt hatásával kapcsolatos hipotézisemet. A várakozásoknak megfelelően mindegyik szakmacsoport nagyobb jelentőséget tulajdonított az általuk nyújtott terápiás módoknak: a FAM-ok csoportja a mozgásterápiát, a masszázst és a fizioterápiát tartotta fontosabbnak, míg az ápolók pozitívabban viszonyultak a gyógyszeres kezeléshez. Nem tért el a véleményük a sebészeti, pszichoterápiás vagy olyan kiegészítő gyógyászati beavatkozások vonatkozásában, mint az akupunktúra vagy a homeopátia, az utóbbiaknak csekély jelentőséget tulajdonítottak. A több éves gyakorlattal rendelkezők nagyobb jelentőséget tulajdonítottak a gyógyszeres kezelésnek és kisebb jelentőséget a masszázsnak. Bár tanulmányunk nem teszi lehetővé az ok-okozati összefüggésekre vonatkozó következtetéseket, feltételezhető, hogy az idősebb egészségügyi szakdolgozók kevesebb képzésben részesültek biopszichoszociális megközelítés vonatkozásában. Eredményeink összhangban vannak más tanulmányok eredményeivel. Fullen és munkatársai áttekintése szerint az orvosok szakterülete, demográfiai tényezők, a személyes meggyőződés és a végzettség befolyásolta az akut deréktáji fájdalom kezelésével kapcsolatos attitűdjüket (Fullen et al., 2008). Petit és munkatársai tanulmánya megállapította, hogy a biopszichoszociális megközelítést (a biomedikális megközelítéshez képest) pozitívan befolyásolta a rövidebb szakmai gyakorlat, a multidiszciplináris csapattal való együttműködés és a közelmúltbeli deréktáji fájdalommal kapcsolatos specifikus képzés (Petit et al., 2019).

Saját mintámban a személyes fájdalomélménynek csak nagyon csekély hatásait találtam a deréktáji fájdalom és kezelésével kapcsolatos attitűdökre és hiedelmekre. A gyógyszeres kezelést fontosabbnak értékelték, ha a saját fájdalomélmény intenzívebb volt. Míg a gyógytornával hipotézisem ellenére sem találtam ilyen összefüggést. Azok, akik mérsékelt vagy súlyos fájdalmat tapasztaltak, magasabb pontszámot értek el a félelemkerülési hiedelmek kérdőívén (FABQ), mint az enyhe fájdalommal küzdők. A magasabb FABQ pontszámok egy biomedikálisan orientáltabb megközelítéshez kapcsolódnak, nagyobb jelentőséget tulajdonítva a gyógyszereknek és a műtétnek, azonban nem találtam összefüggést a FABQ-pontszámok és gyógytornáról vagy más

kezelésekről alkotott vélemények között. Nem találtam szignifikáns összefüggést a FABQ pontszámok és a fájdalomkezelés megkezdésének szükségességéről szóló vélemények között sem.

Az ápolók magasabb FABQ pontszámot értek el, mint a fizioterápiás asszisztensek vagy masszőrök. Ennek része lehet, hogy az ápolás a deréktáji fájdalom legnagyobb kockázatú szakmái közé tartozik. Ez a magas kockázat nemcsak olyan ergonómiai tényezőkkel magyarázható, mint a napi munkája során szükséges fizikai erőfeszítés, pl. a betegek felemelése, hanem a magasabb pszichoszociális stressz szinttel is, amelyben pl. az időnyomás és érzelmi megterhelés szerepet játszanak. A fizioterápiás asszisztensek és masszőrök alacsonyabb FABQ pontszámai azzal magyarázhatók, hogy munkájuk során kevésbé vannak kitéve ilyen terhelésnek, illetve az általuk végzett beavatkozások a fizikai aktivitás növelését célozzák.

Összehasonlítva a jelen vizsgálat eredményeit korábbi, a derékfájós betegek körében végzett vizsgálatokkal (Simoncsics, 2017), azt találtuk, hogy az ápolónők FABQ munka pontszáma közel olyan magas volt, mint a krónikus derékfájós betegeké (FABQ-w derékfájós betegek: 23,4; nővérek: 20,0; FAM: 16,2). A fizikai aktivitástól való félelem mindkét szakdolgozói csoportban szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a krónikus deréktájú betegeknél (FABQ-a derékfájós betegek: 19,1; ápolók: 13,7; FAM: 11,5).

Más, az ápolónők körében végzett FABQ-vizsgálatok hasonló eredményeket mutattak. A nővérek kínai mintájában a FABQ-w $17,9 \pm 4,0$ volt átlagosan, de jelentős funkciókárosodással járó derékfájós egészségügyi dolgozóknál igen magas $21,3$ -as értéket mértek (Tan et al., 2014). Cougut és munkatársai azt vizsgálták, mi befolyásolja a munkába visszatérést a deréktáji fájdalom után. Az ápolónők között a fizikai aktivitástól való félelem $16,48 \pm 6,13$, míg a munkától való félelem $27,96 \pm 11,88$ volt (Cougot et al., 2015). Egy másik francia mintában, amit általános orvosok között vettek fel, függetlenül attól, hogy éppen volt-e deréktáji fájdalmuk, a FABQ-pontszámok alacsonyabbak voltak, mint az előző ápolói mintában, a FABQ-w $17,5 \pm 6,7$, a FABQ-a pedig $9,6 \pm 4$ volt. (Coudeyre et al., 2006) Egy régebbi, de a bevont betegszám miatt említésre méltó felmérés a FABQ-w $18,4$ -et és a FABQ-a $14,6$ -ot találta egy 1206 belga és holland nővérből álló mintán (Burton et al., 1997).

Ellentmondásos eredmények születtek a személyes fájdalomélmény félelemkerülő hiedelmekre gyakorolt hatását illetően. Néhányan összefüggést találtak

(Tan et al., 2014), míg más tanulmányok nem támasztották alá ezt a hipotézist (Coudeyre et al., 2006). Vizsgálatomban gyenge kapcsolatot találtam a FABQ pontszámok és a saját fájdalom intenzitása között.

A szakmai irányelvek vonatkozásában válaszadóim véleménye nagyrészt egybevágtott a jelenlegi tudományos bizonyítékokkal, amennyiben a gyógytornának tulajdonították a legnagyobb fontosságot, míg az alternatív terápiákat egyáltalán nem tartották fontosnak a derékfájás kezelésében. Ugyanakkor kevesebb, mint felük ismerte a fájdalomcsillapítás megkezdésének pontos kritériumait. Vizsgálatom más tanulmányokkal összhangban megerősítette, hogy a szakmai képzésnek befolyása van az attitűdökre: az egészségügyi szakdolgozók hajlamosak nagyobb jelentőséget tulajdonítani a maguk által biztosított kezelési módoknak, vagy azoknak a terápiáknak, amelyekkel kapcsolatban pozitívabb személyes tapasztalatuk van.

A kutatás jelentősége, hogy ez az első olyan vizsgálat Magyarországon (és tudomásunk szerint a kelet európai régióban), amely a kezelésekkal kapcsolatos attitűdöket és a saját derékfájás-tapasztalatokat vizsgálja szakdolgozók egy általános mintáján. A félelemkerülő hiedelmekre vonatkozó standard kérdőívet és az attitűdökre vonatkozó saját kérdések kombinációját használtam fel a személyes tapasztalatok és vélemények különböző aspektusainak feltárására. Vizsgálatom limitációja, hogy keresztmetszeti felmérés volt, és csak a véleményekre koncentrált. Így csak feltételezhetjük, hogy a saját hiedelmek és félelmek megjelennek az egészségügyi szakdolgozók betegekkel folytatott kommunikációjában, és befolyásolhatják, hogy mennyire ösztönzik a pácienseket arra, hogy az irányelvekben foglaltak szerint mielőbb visszanyerjék fizikai aktivitásukat.

A szakirodalomban találunk pozitív példákat arra, hogy az egészségügyi szakemberek félelemkerülő hiedelmei folyamatos továbbképzéssel módosíthatók (Irving et al., 2017)(Gremeaux et al., 2015). A kezelésben résztvevők tudásának és attitűdjének változása befolyásolhatja a betegség kimenetelét, csökkentve a deréktáji fájdalom miatti hosszú távú rokkantság kialakulásának kockázatát (Overmeer et al., 2011).

Kutatásom felveti azt az igényt is, hogy az attitűdváltáshoz a protokollok oktatása mellett a személyes tapasztalatok megbeszélése is hasznos lehet az oktatás és a folyamatos továbbképzés során. Ezek a képzések tartalmazhatják a Nijs és munkatársai által javasolt 5 lépésből álló megközelítés első lépését. ez az önreflexió: a krónikus fájdalom kezelésében résztvevők saját attitűdjeinek és hiedelmeinek feltérképezése és megvitatása nemcsak a bizonyítékokon alapuló gondolkodást támogathatja, hanem

felkészítheti a team tagokat a pácienseik attitűdjeinek és hiedelmeinek felmérésére (Nijs et al., 2013). A csoportos megbeszélések lehetőséget nyújthatnak a különböző szakmai csoportok által nyújtott terápiákkal kapcsolatos vélemények megvitatására is.

6. KÖVETKEZTETÉSEK, AZ EREDMÉNYEK GYAKORLATI ALKALMAZÁSA

Doktori kutatásom keretében 3 vizsgálatot végeztem a krónikus deréktáji fájdalom biopszichoszociális szemléletű ellátásának elősegítésére.

A doktori munkám keretében magyar nyelvre fordított és validált Félelem és Elkerülés hiedelmek kérdőív (FABQ) segítségével a krónikus deréktáji fájdalmat előre jelző pszichológiai tényezőket lehet felmérni. A FABQ kérdőív egyaránt jól használható a mind a klinikumban, mind a kutatásban.

Után-követéses vizsgálat során azt találtam, hogy a krónikus derékfájdalom a szakrendelésen megjelenő, általános betegpopulációban jelentős betegségterhet jelent a mindennapi élet több területén is. Többváltozós elemzéssel igazoltam, hogy a krónikus derékfájdásban szenvedő betegek életminőségét meghatározó betegségtehernek legfontosabb független előrejelzője a fájdalom-elfogadása, a Krónikus fájdalom elfogadási kérdőívvel mérve.

A fájdalom-elfogadás protektív szerepe a betegségteher vonatkozásában megerősíti, hogy a célzott betegoktatás és a pszichoterápia fontos terápiás eszközök krónikus fájdalomban.

A betegek hiedelmeit a multidiszciplináris team tagjainak hiedelmei is befolyásolhatják. Elsőként vizsgáltam fizioterápiás asszisztensek, gyógymasszőrök és nővérek krónikus deréktáji fájdalom kezelésével kapcsolatos attitűdjeit, illetve félelem elkerülési hiedelmeit. A végzettség és a saját deréktáji fájdalom kismértékben befolyásolta a végzett terápiás módszer fontosságának megítélését. Mindezeket a biopszichoszociális szemléletű team munka, illetve a szakmai továbbképző programok során célszerű figyelembe venni.

A krónikus deréktáji fájdalom a testi tüneteken kívül pszichés nehézségeket és szociális beszűkülést, valamint munkaképesség csökkenést is okoz, a kezelésének célja a betegség által okozott terhek csökkentése, az életminőség javítása. A fejlesztendő területek felmérésére, gyógyulást mértékének, a terápiák hatékonyságának értékelésére krónikus deréktáji fájdalomban az FABQ és a CPAQ kérdőívek mellett a betegségteher index is jól használható a klinikai gyakorlatban.

A kezelés az egészségügyi ellátórendszerben a gyógyszer-fizioterápia- gyógytorna- kiegészítő terápiákból áll. Műtétet speciális indikációkkal végeznek. A pszichoterápia és a betegoktatás azonban még rutinszerűen nem a kezelés része, bár már Magyarországon is van rá jó példa. Ezért foglaltam össze azon pszichoterápiás módszereket, amik alkalmasak lehetnek a fájdalommal való megküzdés javítására. A jövőben a pszichológusok és orvosok szorosabb munka kapcsolata lenne kívánatos a fájdalom terápiájában, például közösen vezetett csoportok formájában.

7. LEGFONTOSABB ÚJ MEGÁLLAPÍTÁSOK

- Magyar nyelvre fordítottam és validáltam a Félelem és elkerülési hiedelmek (FABQ) kérdőívet, amely alkalmas a krónikus deréktáji fájdalommal kapcsolatos téves hiedelmek szűrésére.
- Rehabilitációs intézetben kezelt, járóbeteg és szakdolgozói csoportokban adatot gyűjtöttem az FABQ értékekről.
- Nemzetközi viszonylatban is elsőként vizsgáltam, hogy milyen betegségterhet jelent a krónikus derékfájdalom a szakrendelésen megjelenő, általános betegpopulációban. Azt találtam, hogy az IIRS összpontszám ($22,76 \pm 16,51$ a kiinduláskor, $21,66 \pm 18,7$ az után-követéskor).
- Többváltozós elemzéssel igazoltam, hogy a krónikus derékfájásban szenvedő betegek betegségterhének a fájdalom erősségénél és a funkciókárosodásnál fontosabb független előrejelzője a fájdalom elfogadása.
- Elsőként vizsgáltam fizioterápiás asszisztensek, gyógymasszőrök és nővérek krónikus deréktáji fájdalom kezelésével kapcsolatos attitűdjeit. A végzettség kismértékben befolyásolta a saját maga által végzett terápiás módszer fontosságának megítélését. Azt találtam, hogy mind a munkatapasztalatok mind a saját fájdalom élmény hatással van a terápiák megítélésére.
- Vizsgáltam a fizioterápiás asszisztensek, gyógymasszőrök és nővérek félelem elkerülési hiedelmeit. Az egészségügyi dolgozók közel fele számolt be visszatérő, illetve aktuálisan is fennálló derékfájdalomról. A nővérek munkával összefüggő félelem elkerülési hiedelmei kifejezettebbek voltak, mint a fizioterápiás asszisztenseké és gyógymasszőröké, de kevésbé erősek, mint a krónikus derékfájós betegeké.

8. MAGYAR NYELVŰ ÖSSZEFOGLALÁS

Dr. Simoncsics Eszter, Témavezető: Dr. Stauder Adrienne

Célkitűzések: a krónikus deréktáji fájdalomhoz kapcsolódó három témakört vizsgáltam:

A. Félelem és elkerülési hiedelmek (FABQ) kérdőív validálása krónikus deréktáji fájdalomban

B. A fájdalom elfogadás és a betegségteher összefüggésének longitudinális vizsgálata

C. Egészségügyi szakdolgozók attitűdje a krónikus deréktáji fájdalom kezeléséhez és saját fájdalom élményük hatása a hiedelmeikre.

Módszerek: A. Az FABQ kérdőívet összesen 90 beteg töltötte ki, közülük 43 beteg további kérdőíveket is. B. 127 járóbeteg töltötte ki a Krónikus fájdalom elfogadása (CPAQ) és a betegségteher (IIRS, Illness Intrusiveness Rating Scale) kérdőíveket reumatológiai szakrendelőben, majd 3 hónap múlva. Többváltozós regressziós modellben vizsgáltuk az IIRS prediktorait. C. Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálat, 110 ápoló, 35 fő fizioterápiás asszisztens és 30 gyógymasször (együtt: 65 FAM) töltötte ki a saját deréktáji fájdalomra vonatkozó kérdéseket, FABQ-t, véleményezte 8 különböző rutin kezelés fontosságát és a fájdalom csillapítás szükségességét.

Eredmények: A. Az FABQ kérdőív összpontszám és a két alskála (FABQ-munka és FABQ aktivitás) belső konzisztenciája, teszt-reteszt és külső megbízhatósága, és a két faktoros felosztás igazolódott.

B. Az IIRS deréktáji fájdalomban szenvedő járóbetegek körében magas: IIRS 22,67 (16,57). Többváltozós regressziós modellben a fájdalom elfogadása és a depressziós tünetek a betegségteher szignifikáns független előrejelzői.

C. A szakdolgozók körében a deréktáji fájdalom élettartam prevalenciája 91,4% volt, a kitöltés idejében 28,0%. A nővérek FABQ pontszáma magasabb volt, és a gyógyszeres kezelést fontosabbnak tartották, mint a FAM csoport. Ez utóbbiak a masszázsnak és a fizioterápiának tulajdonítottak nagyobb jelentőséget, mint a nővérek.

Következtetések: Az FABQ klinikai használata, a fájdalom elfogadás segítése, és a team tagok attitűdjeinek figyelembe vétele és alakítása hozzájárulhatnak a krónikus deréktáji fájdalom hatékonyabb kezeléséhez, a betegségteher csökkentéséhez.

9. SUMMARY

Attitudes and the role of the cognitive approach in chronic low back pain

Dr. Eszter Simoncsics, Supervisor: Dr. Adrienne Stauder

Objectives: I examined three topics related to chronic low back pain (CLBP):

- A. Validation of the Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) in (CLBP)
- B. Relationship between pain acceptance and illness intrusiveness in low back pain
- C. The attitude of healthcare professionals towards the treatment of chronic low back pain and the influence of their own professional and pain experiences on their beliefs.

Methods: A. Overall 90 patients completed the FABQ questionnaire, of which 43 patients completed additional questionnaires. B. 127 outpatients completed the Chronic Pain Acceptance Questionnaires (CPAQ) and the Illness Intrusiveness Rating Scale ((IIRS) at rheumatology outpatient clinics during a visit and 3 months later. We examined the predictors of IIRS in a multivariate regression model. C. 110 nurses, 35 physiotherapy assistants and 30 massage therapists (together: 65 PAMs) completed the FABQ and answered questions related to their own low back pain, their opinions on the importance of eight different routine treatments in LBP and the need for pain relief.

Results: The internal consistency, the test-retest and external reliability of the FABQ questionnaire sum and its two subscales (FABQ work and FABQ activity), as well as the two-factor construct were confirmed.

B. IIRS among outpatients with low back pain was high: IIRS 22.67 (16.57). In a multivariate regression model, pain acceptance and depressive symptoms were significant independent predictors of disease burden.

C. Among the health care professionals workers, the lifetime prevalence of LBP was 91.4%, and 28.0% at the time of the survey. Nurses had higher FABQ scores and perceived medication as more important than the FAM group. The latter attributed more importance to massage and physiotherapy than the nurses.

Conclusions: The clinical use of the FABQ, the promotion of pain acceptance, and evaluation and development of the attitudes of team members can all contribute to more effective treatment of chronic low back pain and to reducing the burden of disease.

10. IRODALOM JEGYZÉK

- Alanazi, F., Gleeson, P., Olson, S., & Roddey, T. (2017). Translation and validation of the Arabic version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire in patients with low back pain. *Spine*, *42*(7), E411–E416.
- Bagdi P., Császár. N. (2014). Pain and Psychotherapy, in the Light of Evidence of Psychological Treatment Methods of Chronic Pain Based on Evidence. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, *04*(03), 145. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000145>
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, *33*(1), 28–34. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(92\)72018-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(92)72018-0)
- Bieling, P. J., Rowa, K., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., & Swinson, R. P. (2001). Factor Structure of the Illness Intrusiveness Rating Scale in Patients Diagnosed with Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*(4), 223–230. <https://doi.org/10.1023/A:1012723318964>
- Boonstra, A. M., Preuper, H. R. S., Balk, G. A., & Stewart, R. E. (2014). Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain*, *155*(12), 2545–2550. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.014>
- Boureau, F. (1999). Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique. *Douleur et Analgesie*, *12*(4), 265–272. <https://doi.org/10.1007/BF03008493>
- Buchbinder, R., Underwood, M., Hartvigsen, J., & Maher, C. G. (2020). The Lancet Series call to action to reduce low value care for low back pain: an update. *Pain*, *161*(9), S57–S64. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001869>
- Buchbinder, R., van Tulder, M., Öberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., Croft, P., Hartvigsen, J., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., Underwood, M., Anema, J. R., Chou, R., Cohen, S. P., Ferreira, M., Ferreira, P. H., Fritz, J. M., Genevay, S., ... Turner, J. A. (2018). Low back pain: a call for action. *The Lancet*, *391*(10137), 2384–2388. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)
- Buer, N., & Linton, S. J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*, *99*(3), 485–491.

[https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(02\)00265-8](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(02)00265-8)

- Burton, A. K., Symonds, T. L., Zinzen, E., Tillotson, K. M., Caboor, D., Van Roy, P., & Clarys, J. P. (1997). Is ergonomic intervention alone sufficient to limit musculoskeletal problems in nurses? *Occupational Medicine*, *47*(1), 25–32. <https://doi.org/10.1093/occmed/47.1.25>
- Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. *The Lancet*, *353*(9169), 2051–2058. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)03313-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)03313-9)
- Carville, S., Constanti, M., Kosky, N., Stannard, C., & Wilkinson, C. (2021). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: summary of NICE guidance. *Bmj*, *373*, 1–40.
- Cederberg, J. T., Cernvall, M., Dahl, J., von Essen, L., & Ljungman, G. (2015). Acceptance as a Mediator for Change in Acceptance and Commitment Therapy for Persons with Chronic Pain? *International Journal of Behavioral Medicine*, 21–29. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9494-y>
- Chaory, K., Fayad, F., Rannou, F., Lefèvre-Colau, M.-M., Fermanian, J., Revel, M., & Poiraudau, S. (2004). Validation of the French Version of the Fear Avoidance Belief Questionnaire. *Spine*, *29*(8), 908–913. <https://doi.org/10.1097/00007632-200404150-00018>
- Coudeyre, E., Rannou, F., Tubach, F., Baron, G., Coriat, F., Brin, S., Revel, M., & Poiraudau, S. (2006). General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain*, *124*(3), 330–337. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.05.003>
- Cougot, B., Petit, A., Paget, C., Roedlich, C., Fleury-Bahi, G., Fouquet, M., Menu, P., Dubois, C., Geraut, C., Roquelaure, Y., & Tripodi, D. (2015). Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a non-randomized controlled trial. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, *10*(1). <https://doi.org/10.1186/s12995-015-0082-5>
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: The next generation. *Clinical Journal of Pain*, *28*(6), 475–483. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182385392>
- Crombez, G., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P. H. T. G., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain-related fear in chronic back

- pain disability. *Pain*, 80(1–2), 329–339. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00229-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00229-2)
- Cruz, B., Canh, H., Fernandes, R., Caeiro, C., Gomes, A., Branco, C., Rodrigues, A. M., Pimentel-santos, F., Paiva, S., Pinto, I., Moniz, R., & Id, C. N. (2020). *Prognostic indicators for poor outcomes in low back pain patients consulted in primary care. 110(Ci)*, 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229265>
- Davis, M. (2006). Neural systems involved in fear and anxiety measured with fear-potentiated startle. *American Psychologist*, 61(8), 741–756. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.741>
- Day, M. A. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy for chronic pain: a clinical manual and guide*. John Wiley & Sons.
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic Pain and Psychopathology: Research Findings and Theoretical Considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64(5). https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2002/09000/Chronic_Pain_and_Psychopathology__Research.10.aspx
- Devins, G. M. (2010). Using the Illness Intrusiveness Ratings Scale to understand health-related quality of life in chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 591–602. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.006>
- Devins, G. M., Armstrong, S. J., Mandin, H., Paul, L. C., Hons, R. B., Burgess, E. D., Taub, K., Schorr, S., Letourneau, P. K., & Buckle, S. (1990). Recurrent pain, illness intrusiveness, and quality of life in end-stage renal disease. *Pain*, 42(3), 279–285. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)91140-E](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)91140-E)
- Eide, H., Leren, L., & Sørebo, Ø. (2017). The Norwegian versions of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire CPAQ-20 and CPAQ-8—validation and reliability studies. *Disability and Rehabilitation*, 39(14), 1441–1448. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1198427>
- Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (n.d.). *Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain*. <https://doi.org/10.1080/00207140701338621>
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In *Science* (Vol. 196, Issue 4286, pp. 129–136).

- Fish, R. A., Mcguire, B., Hogan, M., Morrison, T. G., & Stewart, I. (2010). Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. *Pain, 149*(3), 435–443. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.12.016>
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist, 33*(2), 138–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.33.2.138>
- Fordyce, W. E. (1984). Behavioural science and chronic pain. *Postgraduate Medical Journal, 60*(710), 865–868. <https://doi.org/10.1136/pgmj.60.710.865>
- Fullen, B. M., Baxter, G. D., O'Donovan, B. G. G., Doody, C., Daly, L., & Hurley, D. A. (2008). Doctors' attitudes and beliefs regarding acute low back pain management: A systematic review. *Pain, 136*(3), 388–396. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.01.003>
- Gatchel, R. J., Robinson, R. C., Pulliam, C., & Maddrey, A. M. (2003). Biofeedback with pain patients: Evidence for its effectiveness. *Seminars in Pain Medicine, 1*(2), 55–66. [https://doi.org/10.1016/S1537-5897\(03\)00009-0](https://doi.org/10.1016/S1537-5897(03)00009-0)
- Geiser, D. S. (1992). A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center. University of Nevada, Reno.
- Gelo, C., Callus, O., & Tamburin, S. (2016). Psychological Treatments and Psychotherapies in the Neurorehabilitation of Pain: Evidences and Recommendations from the Italian Consensus Conference on Pain in Neurorehabilitation. *Frontiers in Psychology / Www.Frontiersin.Org, 7*, 115. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00115>
- Gremeaux, V., Coudeyre, E., Viviez, T., Bousquet, P. J., & Dupeyron, A. (2015). Do Teaching General Practitioners' Fear-Avoidance Beliefs Influence Their Management of Patients with Low Back Pain? *Pain Practice, 15*(8), 730–737. <https://doi.org/10.1111/papr.12248>
- Gromala, D., Tong, X., Choo, A., Karamnejad, M., & Shaw, C. D. (2015). *The Virtual Meditative Walk: Virtual Reality Therapy for Chronic Pain Management*. <https://doi.org/10.1145/2702123.2702344>
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(4), 217–227. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.10.001>

- Harris, R. I., & Macnab, I. (1954). Structural changes in the lumbar intervertebral discs; their relationship to low back pain and sciatica. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume*, 36-B(2), 304–322. <https://doi.org/10.1302/0301-620x.36b2.304>
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., Buchbinder, R., Cherkin, D., Foster, N. E., Maher, C. G., van Tulder, M., Anema, J. R., Chou, R., ... Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 391(10137), 2356–2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33–47.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35(1), 35–54. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0)
- Hendrick, P., Mani, R., Bishop, A., Milosavljevic, S., & Schneiders, A. G. (2013). Therapist knowledge, adherence and use of low back pain guidelines to inform clinical decisions - A national survey of manipulative and sports physiotherapists in New Zealand. *Manual Therapy*, 18(2), 136–142. <https://doi.org/10.1016/j.math.2012.09.002>
- Hoffman, H. G., Patterson, D. R., Carrougher, G. J., & Sharar, S. R. (2001). Effectiveness of Virtual Reality–Based Pain Control With Multiple Treatments. *The Clinical Journal of Pain*, 17(3). https://journals.lww.com/clinicalpain/Fulltext/2001/09000/Effectiveness_of_Virtual_Reality_Based_Pain.7.aspx
- Hong, J., Reed, C., Novick, D., & Happich, M. (2013). Costs associated with treatment of chronic low back pain: An analysis of the UK general practice research database. *Spine*, 38(1), 75–82. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e318276450f>
- Hoy, D, Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. In *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology* (Vol. 24, Issue 6, pp. 769–781). <https://doi.org/10.1016/j.berh.2010.10.002>
- Hoy, Damian, March, L., Brooks, P., Blyth, F., Woolf, A., Bain, C., Williams, G., Smith, E., Vos, T., Barendregt, J., Murray, C., Burstein, R., & Buchbinder, R. (2014). The global

burden of low back pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(6), 968–974. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428>

Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552–568.

Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), 1–15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>

Janowski, K., Steuden, S., & Kuryłowicz, J. (2010). Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *European Spine Journal*, 19(4), 613–623. <https://doi.org/10.1007/s00586-009-1151-1>

Jeong, S., & Cho, S. (2016). Acceptance and patient functioning in chronic pain: the mediating role of physical activity. *Quality of Life Research*, 26(4), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1404-5>

Jorgensen, J. E., Afzali, T., & Riis, A. (2018). Effect of differentiating exercise guidance based on a patient's level of low back pain in primary care: A mixed-methods systematic review protocol. *BMJ Open*, 8(1), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019742>

Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481–1483. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>

Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>

Kapadi, R., & Elander, J. (2020). Pain coping, pain acceptance and analgesic use as predictors of health-related quality of life among women with primary dysmenorrhea. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 246, 40–44. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.12.032>

Keefe, F. J., & Smith, S. (2002). The assessment of pain behavior: Implications for applied

psychophysiology and future research directions. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 27(2), 117–127. <https://doi.org/10.1023/A:1016240126437>

- Kököneyi, G. (2008). Érzelemszabályozás Krónikus Fájdalomban. *Doktori Értekezés*.
- Kollégium, H. S. (2010). Háziórvostani Szakmai Kollégium és az Országos Alapellátási Intézet. *Szakmai Protokoll*, 27–28.
- Köteles, F. (2018). Szomatoszenzoros amplifikáció. Elméleti és gyakorlati vonatkozások. *Doktori Értekezés*.
- Kovács-Babócsay, B., Makai, A., Szilágyi, B., Tardi, P., Ács, P., Velényi, A., Rébék-Nagy, G., & Járomi, M. (2019). The Hungarian translation and validation of the Low Back Pain Knowledge Questionnaire. *Orvosi Hetilap*, 160(42), 1663–1672. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31484>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Le Borgne, M., Boudoukha, A. H., Petit, A., & Roquelaure, Y. (2017). Chronic low back pain and the transdiagnostic process: How do cognitive and emotional dysregulations contribute to the intensity of risk factors and pain? *Scandinavian Journal of Pain*, 17(1), 309–315.
- Lin, J., Paganini, S., Sander, L., Lüking, M., Ebert, D. D., Buhrman, M., Andersson, G., & Baumeister, H. (2017). *An Internet-Based Intervention for Chronic Pain*. 19. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0681>
- Liu, Y., Wang, L., Wei, Y., Wang, X., Xu, T., & Sun, J. (2016). Validation of a Chinese version of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CAPQ) and CPAQ-8 in chronic pain patients. *Medicine (United States)*, 95(33). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004339>
- London, S. M. (2009). *NICE recommends early intensive management of persistent low back pain*. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2115>
- Major, J., Varga, Z. K., Gyimesi-Sziksai, A., & Ádám, S. (2017). A two-week inpatient programme with a booster improved long-term management of severe chronic paediatric pain. *Journal of Child Health Care*, 21(2), 171–180.

<https://doi.org/10.1177/1367493517697479>

- Matsudaira, K., Kikuchi, N., Murakami, A., & Isomura, T. (2014). Psychometric properties of the Japanese version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). *Journal of Orthopaedic Science, 19*(1), 26–32. <https://doi.org/10.1007/s00776-013-0471-5>
- Matuz M, S. G. (2021). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az akut nem specifikus derékfájás öngyógyításának gyógyszerészi tanácsadásáról 2018. EüK. 5. szám EMMI szakmai irányelv 3. *Egészségügy Közlöny, 3*(5).
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain, 74*(1), 21–27. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00146-2](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00146-2)
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain, 105*(1), 197–204. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00202-1](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00202-1)
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). *Acceptance of chronic pain : component analysis and a revised assessment method. 107, 159–166.* <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*(1), 159–166. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012>
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain, 1*(3), 277–299.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain, 30*(2), 191–197.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). GateControl-Pain mechanisms - a new theory. In *Science* (Vol. 150, Issue 3699, pp. 971–979). [https://www.canonsociaalwerk.eu/1846_anesthesie/Canon Palliatieve Zorg - Ontstaan van anesthesie - Science - melzackandwallgatecontroltheory.pdf](https://www.canonsociaalwerk.eu/1846_anesthesie/Canon%20Palliatieve%20Zorg%20-%20Ontstaan%20van%20anesthesie%20-%20Science%20-%20melzackandwallgatecontroltheory.pdf)
- Montgomery, G. H., Duhamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48*(2), 138–153. <https://doi.org/10.1080/00207140008410045>
- Monticone, M., Baiardi, P., Bonetti, F., Ferrari, S., Foti, C., Pillastrini, P., Rocca, B., Vanti,

- C., & Zanoli, G. (2012). The Italian version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ-I): cross-cultural adaptation, factor analysis, reliability, validity, and sensitivity to change. *Spine*, *37*(6), E374-80. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31822ff5a7>
- Nagy, Császár. N.,(2020). An analysis of the personal characteristics of patients with chronic pain syndrome with special regard to self-empowerment and the self-regulatory and intrapsychic control system. *Magyar Pszichológiai Szemle*, *75*(1), 103–126. <https://doi.org/10.1556/0016.2020.00009>
- Nancarrow, S. a, Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, *11*(1), 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (NG59). *Nice, November 2016*, 1–18.
- Nijs, J., Roussel, N., Paul van Wilgen, C., Köke, A., & Smeets, R. (2013). Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy*, *18*(2), 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.math.2012.11.001>
- Novak, M, Szeifert L., (2006). Measuring the quality of life of chronic patients:Illness Intrusiveness Rating Scale. In *The quality of life of the Hungarian population at the turn of the millennium* (pp. 406–411).
- Novak, M., Mah, K., Molnar, M. Z., Ambrus, C., Csepanyi, G., Kovacs, A., Vamos, E., Zambo, M., Zoller, R., Mucsi, I., & Devins, G. M. (2005). Factor structure and reliability of the Hungarian version of the Illness Intrusiveness Scale: Invariance across North American and Hungarian dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(1), 103–110. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2004.05.008>
- Ofori-Attah, B., Németh, A. (2015). Éjszakai m szak hatásai az ápolókra. *Nővér*, *28*(4), 3–9.
- Overmeer, T., Boersma, K., Denison, E., & Linton, S. J. (2011). Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes? a randomized controlled trial. *Physical Therapy*, *91*(5), 804–819. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100079>
- Pellise, F., Balague, F., Rajmil, L., Cedraschi, C., Aguirre, M., Fontecha, C. G., & Ferrer, M.

(2009). *Prevalence of Low Back Pain and Its Effect on Health-Related Quality of Life in Adolescents*. 163(1).

Perczel Forintos, D. (2011). A kognitív terápia fénykora: A második és harmadik hullám= The bloom of cognitive therapies: The second and third waves. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1), 11–29.

Peter, W. F., Jansen, M. J., Hurkmans, E. J., Bloo, H., Dekker, J., Dilling, R. G., Hilberdink, W., Kersten-Smit, C., de Rooij, M., Veenhof, C., Vermeulen, H. M., de Vos, R. J., Schoones, J. W., & Vliet Vlieland, T. P. (2011). Physiotherapy in hip and knee osteoarthritis: development of a practice guideline concerning initial assessment, treatment and evaluation. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 36(3), 268–281.

Petit, A., Begue, C., Richard, I., & Roquelaure, Y. (2019). Factors influencing physiotherapists' attitudes and beliefs toward chronic low back pain: Impact of a care network belonging. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(5), 437–443. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1444119>

Pfingsten, M. (2016). Finnish version of the fear-avoidance-beliefs questionnaire (FABQ) and the importance of validated questionnaires on FAB in clinical praxis and in research on low-back pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 10, 111–112. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.11.002>

Pfingsten, M., Kröner-Herwig, B., Leibing, E., & Kronshage, U. (2000). Validation of the German version of the fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ). *European Journal of Pain*, 4(3), 259–266.

Pilling, J. (2008). Orvosi kommunikáció. *Medicina, Budapest*.

Pinheiro, M. B., Ferreira, M. L., Refshauge, K., Maher, C. G., Ordoñana, J. R., Andrade, T. B., Tsathas, A., & Ferreira, P. H. (2016). Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*, 16(1), 105–116. <https://doi.org/10.1016/J.SPINEE.2015.10.037>

Poleshuck, E. L., Gamble, S. A., Cort, N., Hoffman-King, D., Cerrito, B., Rosario-McCabe, L. A., & Giles, D. E. (2010). Interpersonal Psychotherapy for Co-occurring Depression and Chronic Pain. *Prof Psychol Res*, 41(4), 312–318. <https://doi.org/10.1037/a0019924>

Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive treatments for

acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–530.
<https://doi.org/10.7326/M16-2367>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises HHS Public Access. *Pain*, 161(9), 1976–1982.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Roland, M., & Fairbank, J. (2000). The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*, 25(0362–2436), 3115–3124.
<https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00006>

Routier, C. P. (2005). Perspectives sur l'application de l'approche comportementale à la douleur chronique. *Douleur et Analgesie*, 18(2), 53–60.
<https://doi.org/10.1007/BF03007557>

Rovner, G. S., Årestedt, K., Gerdle, B., Börsbo, B., & McCracken, L. M. (2014). Psychometric properties of the 8-item Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-8) in a Swedish chronic pain cohort. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(1), 73–80.
<https://doi.org/10.2340/16501977-1227>

Sharpey-Schäfer, E. A. (1898). *Text-book of Physiology* (Vol. 1). YJ Pentland.

Shaw, L., Walker, R., & Hogue, A. (2008). The art and science of teamwork: Enacting a transdisciplinary approach in work rehabilitation. *Work*, 30, 297–306.

Simoncsics E., Fay V., Kiss, E. (2010). Hitek és tévhitek a krónikus deréktáji fájdalomban. *Rehabilitáció*, 195.

Simoncsics, E. (2017). A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban . A FABQ kérdőív magyar változatának fordítása és validálása. 949–955.
<https://doi.org/10.1556/650.2017.30764>

Simoncsics, E, Lampert, K., Roux, C., Vereckei, E., Nemeth, E., Jordan, K. M., & Temesvári, I. P. (2010). Pain management in rheumatology.a multinational audit with 400 patients. *Annals of Rheumatic Diseases*, 69(3), 653.

Simoncsics, E. (2013). *Továbbképzés A krónikus deréktáji fájdalom a kognitív*

viselkedésterápia szemszögéből Education. 79–81.

- Slater, M. A., Hall, H. F., Atkinson, J. H., & Garfin, S. R. (1991). Pain and impairment beliefs in chronic low back pain: validation of the Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS). *Pain*, 44(1), 51–56. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(91\)90146-O](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(91)90146-O)
- Spine, E. (2006). COST B13: European guidelines for the management of low back pain. *Eur Spine J*, 15 Suppl 2, s125-7. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1066-z>
- Such, Á. M. G. (1991). A Zung-féle önbecslő depressziós skála faktor- és cluster-analízise. *Psychiatria Hungarica*, 5, 365–374.
- Sullivan, M. ., Bishop, S., & Pivic, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: clinical applications. *Psychol Assess*, 7(4), 524.
- Sullivan, O. (2015). Low back pain beliefs and their relationships with low backpain. *Journal of Cultural Diversity*, 22(3), 71.
- Swinkels-Meewisse, E. J. C. M., Swinkels, R. A. H. M., Verbeek, A. L. M., Vlaeyen, J. W. S., & Oostendorp, R. A. B. (2003). Psychometric properties of the Tampa Scale for kinesiophobia and the fear-avoidance beliefs questionnaire in acute low back pain. *Manual Therapy*, 8(1), 29–36. <https://doi.org/10.1054/math.2002.0484>
- Tait C., R., & Chibnall, J. T. (1997). Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. *Pain*, 70(2), 229–235. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)03330-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)03330-7)
- Tan, B.-K., Smith, A. J., O’Sullivan, P. B., Chen, G., Burnett, A. F., & Briggs, A. M. (2014). Low back pain beliefs are associated to age, location of work, education and pain-related disability in Chinese healthcare professionals working in China: a cross sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(1), 255. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-255>
- Terho, H., Haapea, M., Paananen, M., Korniloff, K., H??kkinen, A., & Karppinen, J. (2016). Translation and validation of the Finnish version of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). *Scandinavian Journal of Pain*, 10, 113–118. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.09.003>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E.,

- Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). *A classification of chronic pain for ICD-11*. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Treede, R. D., Kenshalo, D. R., Gracely, R. H., & Jones, A. K. P. (1999). The cortical representation of pain. *PAIN*, 79(2–3), 105–111. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00184-5](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00184-5)
- Valasek, T., Varga, P. P., Szövérfi, Z., Bozsodi, A., Klemencsics, I., Fekete, L., & Lazary, A. (2015). Validation of the Hungarian version of the Roland–Morris disability questionnaire. *Disability and Rehabilitation*, 37(1), 86–90.
- Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *PAIN®*, 152(3), 533–542. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.11.002>
- Vekerdy-Nagy, Z. (2010). *Rehabilitációs orvoslás*. Medicina.
- Vereckei, E., Palkonyai, E., Simoncsics, E., Apáthy, A., & Temesvári, I. P. (2012). The New British recommendations for the treatment of lower back pain on the basis of the new nice guidelines - Comparison with the Hungarian therapeutic practice. *Lege Artis Medicinae*, 22(3).
- Vereckei, E., Simoncsics, E., Temesvári, I. P., Hospital, T. G., Palkonyai, E., & Maria, J. K. (2010). *A gyógyítás kor mány zá sa Angliában a kli ni kus szemszögéből* –. 34–38.
- Vértés, G. (2006). *Hipnózis–hipnoterápia*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Von Korff, M., & Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 168(S30), 101–108.
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Brown, A., Carter, A., Casey, D. C., Charlson, F. J., Chen, A. Z., Coggeshall, M., Cornaby, L., Dandona, L., Dicker, D. J., Dilegge, T., Erskine, H. E., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T., Forouzanfar, M. H., ... Zuhlke, L. J. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)

- Vowles, K. E., Kruger, E. S., Bailey, R. W., Sowden, G., Ashworth, J., Hickman, J., & McCracken, L. M. (2020). Initial evaluation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire – 2. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, *24*(10), 2027–2036. <https://doi.org/10.1002/ejp.1650>
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, *11*(7), 779–787. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.12.007>
- Vowles, K. E., McNeil, D. W., Gross, R. T., McDaniel, M. L., Mouse, A., Bates, M., Gallimore, P., & McCall, C. (2007). Effects of Pain Acceptance and Pain Control Strategies on Physical Impairment in Individuals With Chronic Low Back Pain. *Behavior Therapy*, *38*(4), 412–425. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.02.001>
- Waddell, G., Newton, M., & Henderson, I. (1993). *A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability*. *52*, 157–168.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *Bmj*, *329*(7479), 1398–1401.
- Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Weiser, S., Bachmann, L. M., & Brunner, F. (2014). The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*, *14*, 816–836. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2013.09.036>
- Wittkopf, P. G., & Johnson, M. I. (2017). Mirror therapy: A potential intervention for pain management. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, *63*(11), 1000–1005. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.11.1000>
- Woby, S. R., Roach, N. K., Urmston, M., & Watson, P. J. (2008). Outcome following a physiotherapist-led intervention for chronic low back pain: the important role of cognitive processes. *Physiotherapy*, *94*(2), 115–124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.08.008>
- Wong J., Tricco A. , Cote P, Rosella L. (2021). Association Between Depressive Symptoms or Depression and Health Outcomes for Low Back Pain: a Systematic Review and Meta-analysis. In *Journal of General Internal Medicine* (Vol. 37, Issue 5, pp. 1233–1246). <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07079-8>

Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>

11. A JELÖLT SAJÁT PUBLIKÁCIÓI

Disszertációhoz kapcsolódó közlemények

Simoncsics, E., Stauder, A. Attitudes of nurses, physiotherapy assistants and masseurs towards low back pain treatment. *Physiotherapy Practice and Research*, 2021: 42(2), 201–210. <https://doi.org/10.3233/ppr-200401>

Simoncsics, E., Stauder A. A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalomban . A FABQ kérdőív magyar változatának fordítása és validálása. *Orvosi Hetilap*, 2017: 949–955. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30764>

Simoncsics, E.Fáy, V., Stauder, A. A team munka szerepe a deréktáji fájdalom kezelésében *IME*, 2016:15 20-24.

Simoncsics, E. (2013). A krónikus deréktáji fájdalom a kognitív viselkedésterápia szemszögéből *Magyar Reumatológia* 2013: 79–81.

Vereckei E, Palkonyai É, Simoncsics E. és mksai. A derékfájás kezelésének brit irányelvei az új NICE-ajánlás alapján – Összehasonlítás a magyar terápiás szokásokkal. *Lege Artis Medicinae*, 2012: 22(3), 195–199.

Simoncsics, Eszter, Fay, V., Kiss, E. Hitek és tévhitek a krónikus deréktáji fájdalomban. *Rehabilitáció*, 2010: 195.

Vereckei, E., Simoncsics, E., Temesvári, IP: A gyógyítás kormányzása Angliában a klinikus szemszögéből. *IME* 2010: 34–38.

Simoncsics E, Palkonyai É, Temesvári IP, Vereckei E, Jordan KM: Fájdalomcsillapítás mozgásszervi betegségekben; 550 beteg bevonásával végzett multinacionális auditvizsgálat *Magyar Reumatológia* 2010: (51) , 237

Simoncsics, E., Lampert, K., Temesvári, I. P. Pain management in rheumatology – a multinational audit with 400 patients. *Annals of the rheumatic diseases* 2010: 69(3), 653.

Simoncsics E; Kiss E; Vereckei E: A deréktáji fájdalom kezelésének multidiszciplináris szemlélete Magyar Reumatológia 2007: 150

Disszertációhoz nem kapcsolódó közlemények és előadások

Brys Z., Kis J., Simoncsics E. Az Első Hazai Mindfulness Konferencia Lam Lege Artis Medicinae, 2018: 8-9. 420-424.

Temesvári I.P, Késmárczky R., Pásztélyi Zs. Simoncsics E., Tringer László , Wenger T. A reumatológia helye a francia egészségügy és orvostudomány rendszerében Magyar reumatológia, 2017. (4) 242-244.

Palkonyai É, Vereckei E, Simoncsics E; Temesvári IP, Új brit irányelvek a polymyalgia rheumatica, arteritis temporalis kezelésében. Immunológiai Szemle 2011:42-46

Vereckei E, Palkonyai É, Simoncsics E: Alsó végtagi fájdalmak. Studium & Practicum 2009: 10-12

Vereckei E, Palkonyai É, Simoncsics E, Temesvári P: Alsóvégtagi derékfájdalmak gyakorlatias szemlélete. Praxis: 2007:849-858

Vereckei E, Palkonyai É, Simoncsics E, Temesvári P, Bányászok mozgásszervi szűrővizsgálata GALS (Gait, Arms, Legs, Spine) módszerrel. Magyar Reumatológia 2007: 142.

P. Juhasz, É. Palkonyai, E. Vereckei, E. Simoncsics, P. T. (2006). Methotrexate indukálta hypersensitiv pneumonitis. Magyar Reumatológia, 2006: 47.

Palkonyai É., Kopp M., Simoncsics E. A rheumatoid arthritis pszichés és szociális tényezőinek vizsgálata Magyar Reumatológia, 2006 207-212, 215-218

12. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A dolgozat elkészítéséhez sokan közvetlen és közvetett segítségükkel hozzájárultak, amiért köszönettel tartozom.

Elsősorban témavezetőmnek dr Stauder Adrienn-nek a következetes, türelmes és mindig pozitív hozzáállásáért. Köszönet dr Konkoly Thege Barnának a cikk megírásában nyújtott értékes szerepéért. Köszönet a Délpesti Centrum Kórház Rehabilitációs osztályának minden dolgozójának, elsősorban dr Fáy Veronikának, aki lehetőséget adott kutató munkám végzésére. Dr Kiss Editnek, aki inspirált a biopszichoszociális szemlélettel való foglalkozásra. Köszönet a kutatásban való segítségért Dr Megyaszai Mártának és Dr Frint Balázsnak. Köszönet dr Temesvári Péternek, és Palkonyai Évának, akikkel a kutató munkámat elkezdhettem. Köszönet jelenlegi munkahelyem, A Veresegyházi Misszió Egészségház Rehabilitációs osztály munkatársainak lelkiismeretes munkájukért.

Valamint köszönöm a családomnak, mindenekelőtt gyerekeimnek Boldizsárnak és Bulcsúnak, hogy mellettem álltak mindvégig.

**FÜGGELÉK: FÉLELEM ÉS ELKERÜLÉSI HIEDELMEK FABQ KÉRDŐÍV
MAGYAR VÁLTOZATA**

**Ha Önnek volt már deréktáji fájdalma kérem töltse ki!
Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív**

Feladat: néhány mondatot olvashat itt, amelyet más betegek mondtak a deréktáji fájdalomukról. Minden egyes kérdésnél kérjük karikázza be 0-6 között azt a számot, amely legjobban kifejezi az Ön állapotát! (0: egyáltalán nem jellemző, 6 teljes mértékben jellemző) A fizikai aktivitás alatt lehajlásból felállást, járást vagy autóvezetést értünk.

Állítások:

1: A fájdalom oka a fizikai aktivitás.

0 1 2 3 4 5 6

2. A fájdalomamat a fizikai aktivitás fokozza.

0 1 2 3 4 5 6

3. A fizikai aktivitás árthat a gerincemnek.

0 1 2 3 4 5 6

4. Nem szabad olyan fizikai aktivitást végeznem, ami a fájdalomamat fokozhatja.

0 1 2 3 4 5 6

5. Nem tudok olyan fizikai aktivitást végezni, amely fokozhatja a fájdalomamat.

0 1 2 3 4 5 6

A következő megállapítások arra vonatkoznak, hogy az állítások mennyiben befolyásolják, vagy befolyásolhatják az Ön deréktáji fájdalmát a szokásos munkában.

6. A fájdalom kialakulásában a munkámnak vagy munkahelyi balesetnek szerepe van.

0 1 2 3 4 5 6

7. A munka fokozta a fájdalomamat.

0 1 2 3 4 5 6

8. Igényt tartok arra, hogy tekintettel legyenek fájdalomamra.

0 1 2 3 4 5 6

9. A munka, amit végzek számomra túl nehéz.

0 1 2 3 4 5 6

10. A munkám fokozza, illetve fokozhatja a fájdalmamat.

0 1 2 3 4 5 6

11. A munkám árthat a derekamnak.

0 1 2 3 4 5 6

12. Nem szabadna mindennapi munkámat a jelenlegi fájdalommal elvégezni.

0 1 2 3 4 5 6

13. Nem tudom a mindennapi munkámat a jelenlegi fájdalommal elvégezni.-0 1 2 3 4
5 6

14. Nem tudom a mindennapi munkámat elvégezni, ameddig a fájdalmamat kezelik.

0 1 2 3 4 5 6

15. Nem hiszem, hogy 3 hónapon belül vissza tudok térni a mindennapi munkámhoz.

0 1 2 3 4 5 6

16. Nem hiszem, hogy valaha vissza fogok térni a korábbi munkakörömbe.

0 1 2 3 4 5 6

Értékelés:

Félelem a fizikai aktivitástól: 2,3,4,5

Félelem a munkavégzéstől:6,7,9,10,11,12,15

Krónikus fájdalom elfogadása kérdőív

Kérem töltsse ki a kérdőívet, aszerint, hogy mennyire ért egyet az állításokkal.

A mondatok után írja be azt a számot amelyik legjobban kifejezi, hogy mennyire ért egyet az állítással. (egy 0-6 közötti számot írjon!)

0	1	2	3	4	5	6	Válasz
Sosem igaz	Nagyon ritkán igaz	Ritkán igaz	Néha igaz	Gyakran igaz	Majdnem mindig igaz	Mindig igaz	0-6
A fájdalom mértékétől függetlenül ellátom a feladataimat.							
Habár sok minden megváltozott, a krónikus fájdalom ellenére is normális életet élek.							
Teljes életet élek, noha krónikus fájdalom van.							
Bármit is tegyek, az az elsődleges, hogy a fájdalom szintjét kontrolláljam.							
Ahhoz, hogy képes legyek bármilyen tervbe fogni, muszáj valamilyen szintű kontrollt gyakorolnom a fájdalommon.							
Növekvő fájdalom mellett is képes vagyok a felelősségvállalásra.							
Elkerülöm azokat a helyzeteket, ahol a fájdalom növekedhet.							
A fájdalom rám gyakorolt hatásáról szóló félelmeim és aggodalmaim megalapozottak.							

Értékelés:

Fájdalom vállalása alszála: 2, 4, 7, 8 (fordított értékekkel),

Aktivitás 1, 3, 5, 6

Összérték: vállalás (fordított értékkel) + aktivitás

Betegségteher kérdőív

deréktáji fájdalma milyen mértékben befolyásolja Önt mindennapi életvezetésében?

Az alábbiak szerint írja minden egyes kérdés mellé az Önre leginkább jellemző válasz számát!

0	1	2	3	4	5	6	7
egyáltalán nem befolyásolja			közepesen			teljes mértékben befolyásolja	

Deréktáji fájdalma milyen mértékben mennyire befolyásolja:

- a. egészségét.....
- b. táplálkozását (étel- és italfogyasztás).....
- c. munkáját.....
- d. aktív pihenését, kikapcsolódását (pl. sportolás)
- e. passzív pihenését, kikapcsolódását (pl. olvasás, zenehallgatás).....
- f. anyagi helyzetét.....
- g. partneréhez fűződő viszonyát (házastárs, élettárs, barát(nő)).....
- h. nemi életét.....
- i. családi kapcsolatait.....
- j. egyéb társas kapcsolatait.....
- k. önkifejezését, önmaga fejlesztését.....
- l. vallásos életét.....
- m. közösségi és állampolgári tevékenységét.....

Oswestry derékfájás funkciómérő Index (ODI)52

A beteg neve:.....Dátum:

Kérjük töltsse ki ezt a kérdőívet, amely azt a célt szolgálja, hogy információt nyerjünk arról, hogy a deréktáji vagy alsó végtag /láb/ fájdalma mennyiben befolyásolja az Ön hétköznapi életét. Kérjük válaszoljon minden kérdéscsoportra. Azt a választ jelölje meg, amely az Ön mai napi állapotára jellemző leginkább.

1. A fájdalom erőssége
 1. Jelenleg egyáltalában nincs fájdalom.
 2. Jelenleg csak kis fájdalom van.
 3. Jelenleg közepesen erős fájdalom van.
 4. Jelenleg elég nagy fájdalom van.
 5. Jelenleg nagyon erős fájdalom van.
 6. Jelenleg elképzelhetetlenül nagy fájdalom van.
2. Önellátás (mosakodás, öltözködés)
 1. Önmagam ellátása nem okoz fájdalmat.
 2. Önmagamat el tudom látni, de ez fájdalmat okoz.
 3. Önmagam ellátása olyan fájdalmat okoz, hogy lassú és óvatos vagyok.
 4. Némi segítséggel nagyjából el tudom önmagamat látni.
 5. Állandó segítségre szorulok csaknem minden szempontból.
 6. Nem öltözöm fel, nehezen mosakszom és ágyban maradok.
3. Emelés
 1. Nehéz súlyokat is fel tudok emelni, fájdalom nélkül.
 2. Nehéz súlyokat is fel tudok emelni, de az fájdalmat okoz.
 3. A fájdalom miatt a padlóról nem tudok felemelni nehéz súlyokat, de ha megfelelően vannak elhelyezve, pl. asztalról igen.
 4. A fájdalom miatt nehéz súlyokat nem tudok felemelni, de kis és közepes súlyokkal boldogulok, ha megfelelően vannak elhelyezve.
 5. Csak nagyon kis súlyokat tudok felemelni.
 6. Egyáltalában semmit nem tudok felemelni.

4. Járás

1. A fájdalom nem korlátoz a járásban, bármilyen távolságot meg tudok tenni.
2. A fájdalom miatt 2 km-él nem tudok többet menni.
3. A fájdalom miatt 1 km-nél nem tudok többet menni.
4. A fájdalom miatt 500 m-nél nem tudok többet menni.
5. Csak bottal vagy mankóval tudok járni.
6. A nap legnagyobb részét ágyban töltöm, csak a WC-re tudok kivánszorogni.

5. Ülés

1. Bármilyen székben addig ülök ameddig akarok.
2. Csak a kedvenc székemben tudok addig ülni, ameddig akarok.
3. A fájdalom miatt csak 1 óráig tudok ülni.
4. A fájdalom miatt nem tudok 30 percnél tovább ülni.
5. A fájdalom miatt nem tudok 10 percnél tovább ülni.
6. A fájdalom miatt egyáltalában nem tudok ülni.

6. Állás

1. Fájdalom nélkül addig állok, ameddig akarok.
2. Addig tudok állni, ameddig akarok, de az fájdalmas.
3. A fájdalom miatt csak 1 óráig tudok állni.
4. A fájdalom miatt csak 30 percig tudok állni.
5. A fájdalom miatt csak 10 percig tudok állni.
6. A fájdalom miatt egyáltalában nem tudok állni.

7. Alvás

1. A fájdalom nem zavarja az alvásomat.
2. A fájdalom időnként zavarja az alvásomat.
3. A fájdalom miatt 6 óránál kevesebbet alszom.
4. A fájdalom miatt 4 óránál kevesebbet alszom.
5. A fájdalom miatt 2 óránál kevesebbet alszom.
6. A fájdalom miatt egyáltalában nem alszom.

8. Szexuális élet

1. A szexuális életem normális és nem okoz fájdalmat.
2. A szexuális életem normális, de fájdalommal jár.
3. A szexuális életem normális, de nagy fájdalommal jár.
4. A szexuális életemet nagyon korlátozza a fájdalom.
5. A szexuális életem csaknem megszűnt a fájdalom miatt.
6. A fájdalom miatt egyáltalában nincs szexuális életem.

9. Társasági/szociális élet

1. A társasági életem normális és nem jár fájdalommal.
2. A társasági életem normális, de fájdalommal jár.
3. A társasági életemre a fájdalom lényegében nincs hatással, csak a nagyobb megterheléssel járó tevékenységekben, pl. a sportban korlátoz.
4. A fájdalom korlátoz a társasági életben, ritkán járok el otthonról.
5. A fájdalom a társasági életemet otthonira korlátozza.
6. A fájdalom miatt nincs társasági életem.

10. Utazás/közlekedés

1. Bárhová tudok utazni fájdalom nélkül.
2. Bárhová tudok utazni, de az fájdalommal jár.
3. A fájdalommal, de 2 órás utazásra is képes vagyok.
4. A fájdalom miatt csak 1 óránál rövidebb utazásra vagyok képes.
5. A fájdalom miatt csak 30 percnél rövidebb utazásra vagyok képes.
6. A fájdalom miatt csak orvoshoz / kezelésre tudok eljárni.

Értékelés:.....(%)

A Roland-Morris derékfájás kérdőív

Amikor fáj az Ön dereka, valószínűleg úgy érzi, hogy nem tud néhány olyan dolgot elvégezni, amelyeket egyébként igen. Ez a kérdőív derékfájással kapcsolatos mondatokat tartalmaz. Ha olyan mondatot talál, mely a mai állapotára jellemző, tegyen egy pipát mellé. Ha a mondat nem vonatkozik a mai állapotára, akkor folytassa a következővel.

A beteg neve: Dátum:

1. A derékfájásom miatt otthon maradok.
2. Gyakran változtatok testhelyzetet, hogy a derekam ne fájjon.
3. A derékfájásom miatt a szokásosnál lassabban tudok menni.
4. A derékfájásom miatt nem tudom elvégezni a szokásos otthoni munkákat.
5. A derékfájásom miatt a korlátot kell használnom a lépcsőn felmenéshez.
6. A derékfájásom miatt gyakrabban le kell feküdnöm.
7. A derékfájásom miatt valamibe bele kell kapaszkodnom, hogy fel tudjak kelni egy fotelből.
8. A derékfájásom miatt másokkal végeztetem el, amit nekem kellene.
9. A derékfájásom miatt a szokottnál lassabban öltözöm fel.
10. A derékfájásom miatt csak rövidebb ideig tudok állni.
11. A derékfájásom miatt kerülöm a lehajolást és a guggolást.
12. A derékfájásom miatt nehezen tudok felkelni egy székből.
13. Majdnem mindig fáj a derekam.
14. A derékfájásom miatt nehezen tudok megfordulni az ágyban.
15. A derékfájásom miatt rossz az étvágyam.
16. A derékfájásom miatt nehezen tudom felvenni a zoknim (harisnyám).
17. A derékfájásom miatt csak rövid távolságra tudok elmenni.
18. A derékfájásom miatt nem jól alszom.
19. A derékfájásom miatt csak segítséggel tudok öltözködni.
20. A derékfájásom miatt a nap legnagyobb részét ülve töltöm.
21. A derékfájásom miatt a szokásosnál ingerültebb és idegesebb vagyok az emberekkel.
22. A derékfájásom miatt kerülöm az otthoni nehezebb munkákat.
23. A derékfájásom miatt a szokásosnál lassabban érek fel az emeletre.
24. A derékfájásom miatt a legtöbb időt az ágyban töltöm.

Pontszám:

KÉRDŐÍV AZ ÖN EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL-PHQ9

Az elmúlt 2 hétben milyen gyakran okoztak Önnek gondot az alábbi panaszok? (X-val jelölje választát)	Egyszer sem	Néhány napig	A napok több mint felében	Majdnem minden nap
1. Kevés érdeklődés vagy örömezés tevékenységei során	0	1	2	3
2. Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség	0	1	2	3
3. Nehezen tud elaludni, éjszaka könnyen felébred, vagy túl sokat alszik	0	1	2	3
4. Fáradtság vagy kevés energia	0	1	2	3
5. Rossz étvágy vagy túlzott evés	0	1	2	3
6. Rossz érzések saját magával kapcsolatban, vagy olyan gondolatok, hogy Ön sikertelen, vagy csalódást okozott önmaga vagy családja számára	0	1	2	3
7. Koncentrációs nehézségek, például újságolvasás vagy tévézés közben	0	1	2	3
8. Mozgása vagy beszéde annyira lelassult, hogy mások is észrevehették, vagy ellenkezőleg, olyan nyugtalan volt, hogy a szokásosnál sokkal többet mozgott	0	1	2	3
9. Olyan gondolatok, hogy jobb lenne meghalni, vagy hogy valamilyen módon kárt tehetne önmagában	0	1	2	3

Összeadás oszloponként: 0 + + +

=Összpontszám

Amennyiben bejelölt egy vagy több problémát, mekkora nehézséget okoztak ezek a problémák a munkahelyén, otthoni teendői ellátásában vagy más emberekkel való kapcsolatában? (Egyáltalán nem / kicsit / nagyon / kifejezetten) nehézséget okoztak

A kérdőívet Dr. Róbert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke és munkatársaik állították össze a Pfizer Inc. által nyújtott oktatási ösztöndíj igénybevétele mellett. Engedély nélkül másolható, lefordítható, megjelentíthető és terjeszthető.

Zung Depresszió Skála

Az alábbiakban 20 állítást soroltunk fel. Kérjük, olvassa el figyelmesen, és válassza ki, hogy az állítások mennyire jellemzik múlt heti közérzetét

Állítás	Soha, vagy	Ritkán	Gyakran	Mindig, vagy gyakran
1. Lehangolt és csüggedt vagyok.	1	2	3	4
2. A hangulatom reggelenként a legjobb.	4	3	2	1
3. Könnyen elsírom magam, vagy fojtogat a sírás.	1	2	3	4
4. Éjszakánként nyugtalanul alszom, vagy felébredek.	1	2	3	4
5. Az étvágyam olyan, mint azelőtt.	4	3	2	1
6. Örömet jelent számomra a nemi élet.	4	3	2	1
7. Úgy veszem észre, hogy fogytam.	1	2	3	4
8. Székrekedésem szokott lenni.	1	2	3	4
9. Heves szívdobogásaim vannak.	1	2	3	4
10. Ok nélkül is hamar elfáradok.	1	2	3	4
11. Tisztán és logikusan szoktam gondolkodni.	4	3	2	1
12. Könnyen és gyorsan teszem meg a szokásos feladataimat.	4	3	2	1
13. Ideges vagyok és nyugtalan.	1	2	3	4
14. Bizakodva gondolok a jövőre.	4	3	2	1
15. Úgy érzem, nagyon érzékeny ember vagyok.	1	2	3	4
16. Gyorsan, könnyen tudok határozni, dönteni.	4	3	2	1
17. Érzem, hogy szükség van rám, másoknak hasznára vagyok.	4	3	2	1
18. Úgy érzem, életem gazdag, mozgalmas.	4	3	2	1
19. Úgy érzem, másoknak is jobb lenne, ha már nem lennék.	1	2	3	4
20. Kedvem lelem azokban a dolgokban, amelyekben korábban is.	4	3	2	1

Értékelés	
<40 	normál
41 - 47 	enyhe
48 - 55 	középsúlyos
> 56	súlyos