

Attitűdök és a kognitív megközelítés szerepe a krónikus deréktáji fájdalomban

Doktori értekezés

Dr. Simoncsics Eszter

Semmelweis Egyetem Rácz Károly 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, professzor emeritus

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

Dr. Fazekas Gábor, PhD, egyetemi docens

Budapest

2023

BEVEZETÉS

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

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.

A fájdalom élmény nemcsak magától a kiváltó inger erősségétől és minőségétől függ, hanem számos tényező befolyásolja. A módosulás folyamatát magyarázza a kapu kontroll elmélet, a fájdalom neuromátrix modell és a szomatoszenzoros amplifikáció is. A szomatoszenzoros amplifikáció koncepció szerint a tünetészlelés folyamatában a perifériás szenzáció kortikális feldolgozását pszichés tényezők jelentősen befolyásolják. A pszichés tényezők közül a depresszió, a félelem és elkerülési hiedelmek, a katasztrofizálás és a fájdalom elfogadása ismert és kutatott tényezők.

A krónikus fájdalom állandó vagy visszatérő fájdalom mely több mint 3 hónapig tart, de általánosságban tovább, mint az adott betegség várható gyógyulási ideje. A betegségek nemzetközi osztályozásának legújabb változatában (BNO.11) egy külön fejezetet szenteltek a krónikus fájdalom típusoknak, ezzel elismerve önálló kórképként. A krónikus fájdalom esetén jellemzően nem elegendő önmagában a fájdalomcsillapítás, illetve az azt kiváltó kórkép gyógyítása. Eredményesebbnek bizonyul, ha a dualista test-lélek szemlélet helyett az egyén fájdalomhoz való viszonyának komplexitását értékeljük és kezeljük. Ez multidiszciplináris team munkába valósulhat meg.

A komplex megközelítés 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.

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

HIPOTÉZISEK-CÉLKITŰZÉSEK

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 ugyan azokat a faktorokat méri, amelyek az eredeti angol nyelvű verzió alapján meghatározottak. A vizsgálat során megerősítő és feltáró faktor analízist végzését is terveztem.

B. FÁJDALOM ELFOGADÁS ÉS BETEGSÉGTEHER DERÉKTÁJI FÁJDALOMBAN

H3. A krónikus deréktáji fájdalom és annak kezelése jelentős betegségterheléssel jár, és a mindennapi élet több területét is negatívan befolyásolja. Vizsgálatom célja az volt, hogy meghatározzam a betegségterhet és mérjem annak változását.

H4. A kutatás célja a betegségterhelés és fájdalom elfogadása közti összefüggés meghatározása, hogy igazoljam a krónikus fájdalom elfogadása csökkenti a betegségterhet.

H5. A fájdalom elfogadása, pszichológiai és szocioökonómiai faktorok kölcsönösen egymásra hatva befolyásolják a betegségterhet. Ezen tényezők hatásának vizsgálatát terveztem a krónikus deréktáji fájdalom okozta betegségterhelésre.

C. SZAKSZEMÉLYZET ATTITŰDJE A KRÓNIKUS DERÉKTÁJI FÁJDALOM KEZELÉSÉHEZ

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

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

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

MÓDSZEREK

3.A. A FÉLELEM ÉS ELKERÜLÉSI HIEDELMEK KRÓNIKUS FÁJDALOMBAN

A vizsgálat során a validálás nemzetközileg elfogadott standardjait követtem. 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 végeztem. A vizsgálat első szakaszban 90 a második divergens validálás szakaszban 43 pácienssel töltöttem ki a funkcionális és diszfunkcionális gondolatokat is tartalmazó kérdőíveket: Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (FABQ), Roland Morris derékfájás kérdőív (RMDQ), Fájdalom katasztrófizálás skála (PCS), Oswestry derékfájási index, (ODQ) Zung depresszió skála (ZDS).

3.B. FÁJDALOM ELFOGADÁSA ÉS BETEGSÉGTEHER DERÉKTÁJI FÁJDALOMBAN

Egy longitudinális vizsgálatot végeztem reumatológián megjelent deréktáji fájdalomban szenvedő betegek között, négy magyarországi reumatológiai rendelőben. 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 utánkövetési kérdésekre. Az utánkövetés során 97 beteget értem el 64-t online és 33-t telefonon.

A betegektől szociodemográfiai adatokat, a fájdalmuk erősségével és időtartamával és a kezelésekkal kapcsolatos kérdéseket tettem fel. A következő kérdőíveket töltötték ki: Betegségteher index (IIRS), Krónikus fájdalom elfogadás kérdőív (CPAQ), Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív (FABQ), Roland Morris derékfájás kérdőív (RMDQ), Depresszió egészségi állapot kérdőív (PHQ9).

3.C. SZAKSZEMÉLYZET ATTITÚDJE A KRÓNIKUS DERÉKTÁJI FÁJDALOM KEZELÉSÉHEZ

Egy keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatot végeztem 175 nővér, fizioterápiás asszisztens és gyógymasször között, akik különböző szakmai továbbképzésen vettek részt Budapesten 2016 november és 2017 november időintervallumban.

Kérdések a munkatapasztalattal, a megélt fájdalommal, a deréktáji fájdalom kezeléséről kialakított véleményükkel voltak kapcsolatosak. Azoktól, akiknek volt már deréktáji fájdalmuk a Félelem és elkerülési hiedelmek kérdőív kitöltését is kértem.

STATISZTIKAI MÓDSZEREK

Leíró statisztikákat (N és %, valamint M és SD) használtam a minták jellemzésére. A kérdések belső konzisztenciáját Cronbach-alfa-értékkel mértem, amelynek mértéke 0 és 1 közé eshet. A 0,7 feletti érték azt jelzi, hogy a megfogalmazott kérdések egy összefüggő rendszert alkotnak és alkalmasak lekérdezésre, mérésre. A különböző tesztek kapcsolatának vizsgálatához Spearman-illetve Pearson korrelációt alkalmaztam, kettőnél több csoportnál egyszempontos varianciaanalízissel végeztem (ANOVA). Amennyiben a normál eloszlástól nem tértek el szignifikánsan az adatok paraméteres statisztikai módszereket alkalmaztam az összefüggések elemzésére. A páros mintás t-próbát használtam a kiindulási (T1) és a követési (T2) közötti változások becslésére. Megvizsgáltam az egyes skálák pontszámváltozásai közötti összefüggést is. Két csoport összehasonlítására Khi négyzet tesztet használtam.

Többszörös lineáris regressziót végeztem, hogy megvizsgáljam az egyes változók prediktív erejét a betegségteherre. A számszerűsített adatoknál interkvartilis tartományt határoztam meg, átlagot és szórást néztem.

Szignifikáns eltérésnek a $p \leq 0,05$ értéket tekintettem. A statisztikai vizsgálatokat az SPSS programcsomaggal végeztem. A megerősítő faktor analízishez AMOS programot használtam. Az effektus méretét adott esetben webalapú alkalmazással (<https://effect-size-calculator.herokuapp.com/#form3>) számítottam ki.

EREDMÉNYEK

A FÉLELEM ÉS ELKERÜLÉSI HIEDELMEK KRÓNIKUS FÁJDALOMBAN

Hipotézis (H) 1.: a validitás meghatározására a FABQ kérdőív és egyéb, a krónikus derékfájás vizsgálatára használt kérdőívekkel való korrelációját vizsgáltam. A FABQ-összpontszám a fájdalom katasztrófizálással mutatott szignifikáns pozitív ($r=0,373$, $p = 0,014$), míg a fájdalom elfogadással negatív korrelációt. Az FABQ munka alpontszám az elfogadással mutatott szoros összefüggést ($r=0,572$, $p=0,001$), az aktivitás alszállával szignifikánsan nem változik együtt ($r= 0,219$) Ugyanakkor a félelem és elkerülési hiedelmek nem mutattak összefüggést sem az életkorral, sem a fájdalom intenzitásával, a funkciókárosodással, illetve a hangulati nyomottságot mérő kérdőívekkel.

H2.: megerősítő faktor analízis. A megerősítő faktor analízis során a két faktor – a fizikai aktivitástól, illetve a munka végzéstől való félelemhez tartozó kérdések korrelációját vizsgáltam. Az eredmények alapján négy változatot tudtam elkülöníteni. Az első modellben az eredeti verzió szerint az aktivitástól és a munkától való félelem alsókálák kérdései erősen korrelálnak a két faktoral. Ez megerősíti használhatóságukat

A feltáró faktor analízis során azt vizsgáltam, hogy hány faktoralra lehet a kérdőívet bontani.

A feltáró faktor analízis végzésénél 3 faktort kaptam: a munka, mint oki tényezővel kapcsolatos faktor, a munkaképességgel kapcsolatos faktor, a fizikai aktivitással kapcsolatos faktor.

B. FÁJDALOM ELFOGADÁS ÉS BETEGSÉGTEHER DERÉKTÁJI FÁJDALOMBAN

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

	Kezdet (T1)		Utánkövetés (T2)		Változás	t	p	Hedges' g
	M	SD	M	SD				
IIRS-összpontszám	22.67	16.51	21.62	18.7	0.23	-0.151	0.88	-0.013
IIRS-mindennapi tevékenységek	2.58	1.46	2.51	1.78	-0.07	0,48	0.632	0.04
IIRS-magánélet	1.43	1.18	1.34	1.88	-0.09	0.507	0.613	0.06
IIRS-társas kapcsolatok	0.94	1.20	1.06	1.43	0.12	-0.987	0.326	-0.01

1. TÁBLÁZAT A KÉRDŐÍVEK PONTSZÁMAINAK ÁTLAGA A KEZDETI ÉS AZ UTÁNKÖVETÉS IDŐPONTJÁBAN N=95

IIRS: Betegségteher index

Hedges' g hatásérősség értékelése: $0.2 \leq$ kis hatás, $0.5 \leq$ közepes hatás, $0.8 \leq$ erős hatás

H4.: az IIRS_T2 keresztmetszeti korrelációja a fájdalom intenzitásával gyenge ($r=0,34$), közepes volt az elfogadással ($r=-0,441$), a depressziós tünetekkel ($r=0,546$) és a funkcionalitással ($r=-0,506$). A legerősebb korrelációt az IIRS mindennapi tevékenységek alsókálája és a funkció között találtam ($r =0,567$). A krónikus fájdalom elfogadás vállalás alsókálája közepesen korrelált mindegyik betegségteher alsókálával, míg az aktivitási alsókála

nem mutatott összefüggést a betegségteherrel (IIRS). A fájdalom erősebben korrelált a betegségteher mindennapi tevékenység alskálával, mint társas kapcsolati alskálával, és nem volt szignifikáns kapcsolatban az intimitás alskálával. Bár a teljes minta esetében nem volt szignifikáns változás az IIRS-pontszámokban 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.

H5.: a fájdalom elfogadása, pszichológiai és szocioökonómiai faktorok kölcsönösen egymásra hatva befolyásolják a betegségterhet. Ezen tényezők hatásának vizsgálatát terveztem a krónikus deréktáji fájdalom okozta betegségteherre. Többváltozós elemzésekben teszteltem a fájdalom elfogadásának keresztmetszeti és longitudinális kapcsolatát a T2 betegségteherrel, más pszichoszociális és demográfiai változókra vonatkozóan, amelyekről ismert, 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 vizsgálatom a kezdetben mért (T1) krónikus fájdalom elfogadás prediktív szerepét az utánkövetésnél mért betegségteherre (T2). Az változókat hierarchikusan egymás után léptettem be a modellbe. Figyelembe véve az összes vizsgált értéket együtt az utánkövetéskor mért betegségteher varianciájának 35.4%-t magyarázza és megerősíti, hogy a krónikus fájdalom elfogadása ($\beta=-0.316$, $p=0.007$) valamint a depresszió mértéke a kezdeti időpontban ($\beta=0.304$, $p=0.012$) közepesen erős prediktorai az utánkövetéskor megtapasztalt betegségtehernek függetlenül a fájdalom nagyságától és a szociodemográfiai változóktól és egymástól.

A 2. modellben ugyan azokat a változókat használtam, de most keresztmetszetben vizsgáltam őket. Minden változó az utánkövetéskor mért értékkel szerepel benne (T2). A krónikus fájdalom elfogadása ebben a modellben erősebben korrelált a betegség teherrel ($\beta=-0.505$, $p<0.001$). A végső modell a betegségteher varianciájának 48.8%-t magyarázza.

C. SZAKSZEMÉLYZET ATTITÚDJE A KRÓNIKUS DERÉKTÁJI FÁJDALOM KEZELÉSÉHEZ

H6.: 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.

Korábbi derék fájással kapcsolatos tapasztalatok:

Csak 3,43% (N=6) válaszolta úgy, hogy soha nem fáj a dereka; 8,57% (N=15) tapasztalt egy alkalommal fájdalmat; 41,70% (N=73) több epizódról számolt be; 18,29%-nak (N=32) volt visszatérő panasza, és 28,00%-nak (N=49) volt tünete a felmérés időpontjában. Az ápolónők szignifikánsan gyakrabban számoltak be visszatérő és aktuális fájdalomról (Khi négyzet =9,7, p=0,46). Arra a kérdésre, hogy „A fájdalom skálán mért intenzitású fájdalom milyen szintű kezelést igényel?” A válaszadók 38,3%-a (N=67) azt válaszolta, hogy „minden esetben, amikor fájdalmat említ a beteg”, ez a legjobban az irányelveknek megfelelő válasz. Ugyanakkor a „ha a fájdalom intenzitása a NRS skálán 1-4” választ is megfelelőnek tartottuk (20,6%, N=36). Nem találtunk szignifikáns különbséget a nővérek és a FAM-ok válaszai között. A személyes fájdalomélménynek és a saját fájdalom intenzitásának nem volt szignifikáns kapcsolata a fájdalomkezelés megkezdésének időpontjával kapcsolatos véleményekkel.

Feltételeztem, hogy különbségek vannak a fájdalom terápia során alkalmazott kezelések jelentőségének megítélésében a szakmai háttér és tapasztalatok (munkában eltöltött évek), valamint a saját megélt fájdalom függvényében. Összességében a válaszadók a mozgásterápiát értékelték a leghasznosabbnak (4,06, SD=0,90), ezt követi az fizioterápia (3,58, SD=0,82) és a masszázs 3,42 (SD=0,93). A gyógyszeres kezelés fontosságát 3,09 (SD=0,87), a pszichoterápiát pedig 2,58-ra (SD= 1,13) értékelték. Az olyan kiegészítő módszerek, mint az akupunktúra (2,24, SD=1,01) és a homeopátia (1,81 SD=0,95) alacsony pontszámot értek el. Az ápolónők és a FAM-ok véleménye között több szignifikáns eltérés mutatkozott. A FAM-ok a gyógytornát (4,27 vs. 3,97; p = 0,024) és a masszázst (3,81 vs. 3,19 p <0,01) értékelték fontosabbnak, míg az ápolónők a gyógyszeres kezelést (3,23 vs. 2,83, p = 0,04). A többi kezelési mód tekintetében nem találtam szignifikáns különbséget a szakmák között.

Megvizsgáltam, hogy a saját fájdalomélmény befolyásolja-e a terápiák fontosságáról alkotott véleményeket. Az eredmények alapján a gyógyszeres terápia elfogadása nagyobb volt a mérsékelt (3,12 SD= 0,76) vagy súlyos (3,11 SD= 0,99) fájdalmat átélők körében, mint az enyhe (2,85 SD=0,76) fájdalomban. Ez a különbség azonban nem volt szignifikáns. A többi terápia esetében nem találtam különbséget. 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 masszázs jelentősége ($r=-0,164$ p = 0,027). A többi terápiás

eljárásnál nem találtam szignifikáns összefüggést a szakmában töltött évekkkel: gyógytorna $r=0,014$; elektroterápia $r=0,073$; homeopátia $r=0,048$, akupunktúra $r=0,010$ műtét $r=-0,091$; pszichoterápia $r=-0,087$.

H7.: feltételeztem, hogy a szakmai háttér és a saját fájdalom élmény befolyásolja a mozgástól való félelem és elkerülési hiedelmeket. A nővérek magasabb pontszámot értek el a FABQ összpontszámmon (43,7 vs. 36,1; $p=0,016$), illetve a FABQ aktivitás (13,0 vs. 11,5; $p=0,024$) és a FABQ munka (20,0 vs. 16,2; $p=0,021$) alsókálakon, mint a FAM-ok. Az ápolók 49,09%-a ($N=72$), a FAM-ok 27,69%-a ($N=18$) felelt meg a magas FABQ-aktivitás pontszám (≥ 14) kritériumának, magas FABQ-munka (≥ 29 pont) pedig az ápolók 23,63%-ának ($N=26$) illetve FAM-ok 4,61%-ának ($N=3$) volt.

A félelem elkerülési hiedelmek és a személyes fájdalomélmény közötti kapcsolat tekintetében magasabb FABQ összpontszámot találtam 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 munka pontszámoknál ($p=0,226$).

H8.: azt feltételeztem, hogy a félelem és elkerülési hiedelmek befolyásolják a deréktáji fájdalom kezeléséről kialakított véleményeket. Azt is megvizsgáltam, mi a kapcsolat a félelem és elkerülési magatartás, valamint 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 korreláció nem volt megállapítható.

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. Ugyanakkor számos vizsgálat igazolja, hogy az elkerülési magatartás, az inaktivitás sem rövid, sem hosszú távon nem csökkenti a deréktáji fájdalmat. A Félelem és elkerülési

hiedelmek kérdőív (FABQ) magyar verziójának kidolgozásával egy új mérőeszköz áll a klinikusok rendelkezésére, amely elősegíti a félelmek és az elkerülő magatartás felmérését a mindennapi betegellátás során. A problémák korai felismerése a rehabilitáció tervezését is hatékonyabbá teheti. Jelen vizsgálat alapján a kérdések világosak, jól érthetőnek bizonyultak, a kérdőív kitöltése nem jelentett nehézséget a betegeknek. A validálás során több pszichometriai és funkcionális teszttel vetettük össze a FABQ-t. Hipotézisünknek 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 kérdőív (ODQ), Roland Morris derékfájás és funkciókárosodás kérdőív (RMDQ) és Zung depresszió mérő kérdőívvel végeztük.

Eredményeim igazolták, hogy a Félelem és elkerülés hiedelmek kérdőív sem az összpontszám, sem külön-külön a fizikai aktivitástól, illetve a munkától való félelem tekintetében nem mutatott összefüggést a napi tevékenységekkel és a funkciókárosodással. A Zung depresszió kérdőív alapján a hangulati tünetekkel sem mutatott a FABQ egyik skálája sem összefüggést. A konvergens validitást a szintén diszfunkcionális gondolatokat mérő fájdalom katasztrófizálás (PCS) kérdőívvel vizsgáltam. A katasztrófizálással való összefüggés igazolódott, mely a kérdőív validitását megerősíti.

Adataink a nemzetközi szakirodalomban talált eredményekkel összhangban vannak.

A kérdőív német fordítása során részletesebb faktoranalízist végeztek. Azt találták, hogy a munkától való félelmet két alcsoportra lehet osztani, az egyik reprezentálja a betegek véleményét azokról a munkahelyi környezeti faktorokról, amelyeket a panaszaik kialakulásáért tartanak felelősnek. Ez a csoportosítás saját feltáró faktor analízisemben is megjelent. 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. FÁJDALOM ELFOGADÁS ÉS BETEGSÉGTEHER DERÉKTÁJI FÁJDALOMBAN

Vizsgálatomban a betegségterhet mértem deréktáji fájdalomban szenvedő betegek között. A fájdalom elfogadását, pszichoszociális tényezőket és a betegség okozta egyéb faktorok hatását mértem a betegségteherre. A kutatás fontosságát és jelenlegi relevanciáját hangsúlyozza, hogy a közelmúltban bekerült az elfogadásterápia a krónikus fájdalom kezelésére vonatkozó nemzetközi iránymutatásokba. A mindennapi gyakorlatnak hazánkban még nem része a kezelésnek.

Az elfogadáson alapuló terápiák hangsúlyozzák annak fontosságát, hogy a funkció károsodás ellenére (esetünkben a krónikus fájdalom), továbbra is értékorientált életet lehet élni. A betegségteher fogalma összhangban van ezzel a megközelítéssel, mivel az adott betegség és a kezelések okozta hatást méri a mindennapi élet legfontosabb területein. Véleményem szerint a betegségteher index a megfelelő kérdőív lehet a krónikus derékfájással küzdő betegek szükségleteinek értékelésére.

Az IIRS összpontszám közepesen magas volt ($22,76 \pm 16,51$ a kiinduláskor, $21,66 \pm 18,7$ az utánkövetéskor), de nem érte el a korábbi vizsgálatokban más fájdalomszindrómák pontszámait: fibromyalgia ($54,8 \pm 17,24$), arthrosis ($42,2 \pm 18,75$) vagy traumás brachialis plexus sérülés (IIRS $40,0 \pm 18,0$).

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 elfogadás fordítottan erős összefüggést mutatott. A depressziós tünetek pontszámai szignifikáns, közepesen erős pozitív korrelációt mutattak az összes betegségteher tartományával, az elvárásaimnak megfelelően. A hatásméretetek hasonlóak voltak a más vizsgálatokban tapasztaltakhoz.

A betegségteher és a deréktáji fájdalomnak tulajdonított funkció károsodás közötti összefüggés is kifejezett volt. Az IIRS alsóskálát figyelembe véve az intimitást kevésbé befolyásolja a fájdalom, és jobban befolyásolja a depressziós tünetek, mint a szociális kapcsolatok területeket. Ezek az eredmények megerősítik, hogy a specifikus szomatikus tünetek kevésbé függenek össze az észlelt betegségteherrel, mint az általános funkcionális szint és a pszichoszociális jóllét.

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 napi tevékenység, hanem a társas kapcsolatok és magánélet alskálával is korrelált.

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 elfogadása kiegészítése tovább javította a modell magyarázó erejét, míg a társadalmi-gazdasági tényezőknek csak csekély prediktív értéke volt. A longitudinális regressziós modellben az alapjellezők 35,1%-ban magyarázták a nyomon követési betegségteher pontszámainak varianciáját, míg ez az arány a keresztmetszeti modellben 48,8%.

Eredményeim 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.

A jelenlegi krónikus fájdalomkezelési irányelvek, biopszichoszociális megközelítése hangsúlyozza, hogy a terápiás beavatkozásoknak nem csak 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 fájdalomelfogadás hatásmechanizmusának elméleti alapja a pszichológiai rugalmasság, amely megragadja, hogy az egyén mennyire hatékonyan tudja komplex módon mozgósítani saját belső erőforrásait egy értékes cél érdekében. 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 elkötelezettség terápia.

Klinikai szempontból további előny, hogy mind a betegségteher (IIRS), mind a fájdalom elfogadása kérdőív (CPAQ) csak néhány kérdésből áll, így azokat a betegek a mindennapi gyakorlatban gyorsan kitölthetik.

5.C. SZAKSZEMÉLYZET ATTITÚDJE A KRÓNIKUS DERÉKTÁJI FÁJDALOM KEZELÉSÉHEZ

Jelen tanulmányomban a deréktáji fájdalom kezelésével kapcsolatos attitűdöket és vélekedéseket vizsgáltam fizioterápiás asszisztensek, gyógymasszőrök (együtt FAM) és ápolók magyarországi mintájában, a deréktáji fájdalommal kapcsolatos szakmai és személyes tapasztalataik összefüggésében. A korábbi vizsgálatok elsősorban az orvosokra és gyógytornászokra fókuszáltak, míg az ápolókra és a fizioterápiás asszisztensek-masszőrokról (FAM) nagyon kevés adatot találtam, annak ellenére, hogy ők részesei a team munkának, így szerepük van a betegek attitűdjének és önmenedzselési magatartásának alakításában.

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

Eredményeim részben megerősítették a szakmai háttér attitűdökre gyakorolt hatásával kapcsolatos hipotéziseket. A várakozásoknak megfelelően mindegyik szakmacsoport nagyobb jelentőséget tulajdonított az általuk nyújtott terápiás módoknak: a FAM-ok csoportja a mozgásterápiát, a masszázst és az elektroterápiát tartotta fontosabbnak, míg az ápolók pozitívabban viszonyultak a gyógyszeres kezeléshez. Nem tért el a véleményük a sebészetről, pszichoterápiáról vagy olyan kiegészítő gyógyászati beavatkozásokról, mint az akupunktúra vagy a homeopátia, amelyeknek csekély jelentőséget tulajdonítottak. A több éves gyakorlattal rendelkezők nagyobb jelentőséget tulajdonítottak a gyógyszeres kezelésnek és kisebb jelentőséget a masszázsnak. Bár tanulmányom nem teszi lehetővé az ok-okozati összefüggésekre vonatkozó következtetéseket, feltételezem, hogy az idősebb egészségügyi szakdolgozók kevesebb képzésben részesültek biopszichoszociális megközelítésben.

A személyes fájdalomélménynek csak nagyon csekély hatásait találtam a deréktáji fájdalom és kezelésével kapcsolatos attitűdökre és hiedelmekre. A gyógyszeres kezelést fontosabbnak értékelték, ha a fájdalomélmény intenzívebb volt, míg a gyógytornával hipotézisünk 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 biomedikális orientáltabb megközelítéshez kapcsolódnak, nagyobb jelentőséget tulajdonítva a gyógyszereknek és a műtétnak, azonban nem találtam összefüggést a FABQ-pontszámok és gyógytornáról vagy más kezelésekről alkotott véleményekkel. 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 olyan ergonómiai tényezőkkel magyarázható, mint a napi munkájuk során szükséges fizikai erőfeszítés, pl. a betegek felemelése, valamint a pszichoszociális stressz, pl. időnyomás és érzelmi igények. A fizioterápiás asszisztensek-masszőrök alacsonyabb FABQ pontszámai azzal magyarázhatók, hogy munkájuk során kevésbé vannak kitéve ilyen terhelésnek.

Vizsgálatomban gyenge kapcsolatot találtunk a FABQ pontszámok és a saját fájdalom intenzitása között.

Összességében elmondható, hogy válaszadók véleménye nagyrészt egybevágott a jelenlegi tudományos bizonyítékokkal, mivel a válaszadók a testmozgásos terápiát tulajdonították a legnagyobb fontosságnak, és az alternatív terápiákat nem tartották nagyon fontosnak a derékfájás kezelésében. Azonban kevesebb mint felük ismerte a fájdalomcsillapítás megkezdésének pontos kritériumait. Vizsgálatom más tanulmányokkal összhangban megerősítette, hogy a szakmai képzésnek befolyása van az attitűdökre: az egészségügyi szolgáltatók hajlamosak nagyobb jelentőséget tulajdonítani a maguk által biztosított kezelési módoknak, vagy azoknak a terápiáknak, amelyekkel kapcsolatban pozitívabb személyes tapasztalatuk van.

Eredményeim klinikai jelentősége abban rejlik, hogy a saját hiedelmek és félelmek befolyásolhatják a páciensek ösztönzését arra, hogy az irányelvekben foglaltak szerint mielőbb visszanyerjék fizikai aktivitásukat.

Vannak pozitív példák arra, hogy az egészségügyi szakemberek félelemkerülő hiedelmei folyamatos oktatással módosíthatók. A terapeuták tudásának és attitűdjének változása befolyásolhatja a betegség kimenetelét, csökkentve a deréktáji fájdalomba a hosszú távú rokkantság kialakulásának kockázatát.

KÖVETKEZTETÉSEK, AZ EREDMÉNYEK GYAKORLATI ALKALMAZÁSA

A krónikus deréktáji fájdalom a testi tüneteken kívül pszichés nehézségeket és szociális beszűkülést, valamint munka képesség csökkenést is okoz, a kezelésének célja a betegség által okozott terhek csökkentése. A gyógyulást mértékét, a terápiák hatékonyságának értékelésére a Betegségteher index alkalmas. Krónikus deréktáji fájdalomban eddig nem mérték még fel.

A kezelés a mindennapi gyakorlatban gyógyszer-fizioterápia- gyógytorna-kiegészítő terápiákból áll. Műtétet speciális indikációkkal végeznek. A pszichoterápia és a betegoktatás azonban még rutinszerűen nem a kezelés része. A jövőben a pszichológusok és orvosok szorosabb munka kapcsolata lenne kívánatos a fájdalom terápiájában, például közösen vezetett csoportok indításával.

Legfontosabb új eredmények, új megállapítások

- Magyar nyelvre fordítottam és validáltam a Félelem és elkerülési hiedelmek (FABQ) kérdőívet, mely alkalmas a krónikus deréktáji fájdalommal kapcsolatos téves hiedelmek szűrésére.
- 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, és $21,66 \pm 18,7$ az utánkövetéskor.
- Többváltozós elemzéssel igazoltam, hogy a krónikus derékfájdásban 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.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A dolgozat elkészítéséhez sokan közvetlen és közvetett segítségükkel hozzájárultak, amiért köszönettel tartozom. Elsősorban témavezetőmnek Dr Stauder Adriennek 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, Dr Fáy Veronikának, aki lehetőséget adott kutató munkám megkezdésére. Dr. Kiss Editnek aki inspirált a biopszichoszociális szemlélettel való foglalkozásra. Köszönet Dr Temesvári Péternek, aki elindított a kutató munka irányába. Köszönet a kutatásban való segítségért Dr Megyaszi Mártának és Dr. Frint Baláznak. Valamint köszönöm a családomnak, első sorban gyerekeimnek Boldizsárnak és Bulcsúnak, hogy mellettem álltak mindvégig.

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 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., É. Palkonyai, Simoncsics, E. et al, . 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, I. PA 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 Medicinæ, 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 orvosképzés 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