

## A team munka szerepe a deréktáji fájdalom kezelésében

Simoncsics Eszter<sup>1</sup>, Fáy Veronika<sup>1</sup>, Stauder Adrienne<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rehabilitációs Centrum

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Tanszék

Vizsgálatunkban arra a kérdésre kerestük a választ, hogy egy együtt dolgozó, de különböző szakterületekben jártas team tagjai mennyire gondolkodnak közösen egy betegségről, tudnak-e a betegek felé egységesen kommunikálni állapotukról, a kezelés és a gyógyulás folyamatáról. Melyek azok a kérdések, bizonytalanságok, különbözőségek, melyek leginkább akadályozzák a gyógyító munkát.

Rehabilitációs Centrumunkban dolgozó betegellátó személyzettel töltöttük ki egy kérdőívet arról, hogy mit gondolnak a derékfájjal kapcsolatban. Hivatásukra vonatkozó adataikat, saját fájdalom élményüket és a kezeléssel kapcsolatos véleményüket gyűjtöttük össze.

Centrumunkban mozgásszervi betegségek kezelésében többéves tapasztalattal rendelkező szakemberek dolgoznak. A megkérdezettek közül mindenkinek volt már deréktáji fájdalma életében. A betegség kiváltó okáról és a megfelelő kezeléssel kapcsolatos hiedelmekről és attitűdökről heterogén válaszokat kaptunk. A kimenetellel kapcsolatosan mindenki bizonytalan volt, és ezt a bizonytalanságot a betegek részéről is megtapasztalták.

A team munka hatékonyságát fokozhatja, ha a benne résztvevő tagok közös szemléletmódot alakítanak ki. Felmérésünk segített felismerni és tisztázni az eltérő nézőpontokat. A felmerülő kétségekre fontos közös, egyértelmű választ adni.

*The present study aimed to answer the question how the members of a multidisciplinary working team are thinking together about the low back pain. We wondered if they can be showing to the patients a coherent picture about their physical condition, treatment and healing process. What are the issues, uncertainties, differences that more often hinder the healing work?*

*A questionnaire has been filled by the staff working in our Rehabilitation Centre about what they think about the low back pain. Professional data, their pain, their experience and views on the treatment were collected.*

*In our centre professionals have been working with many years of experience. All the respondents had low back pain in life. We received heterogeneous responses about the beliefs and attitudes of proper management of low back pain. The answers have shown lot of uncertain opinion about the outcome of*

*these disease. These uncertainties can be experienced by the patients as well.*

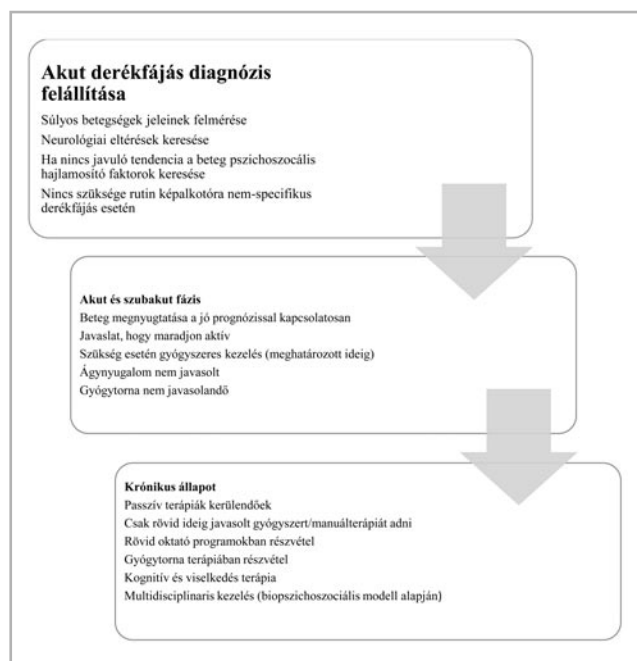
*It may enhance the effectiveness of team work, if the staff establishes a common approach. Our survey helped to identify and clarify the different viewpoints. It is important to give a common, clear answer to the rising doubts.*

### BEVEZETÉS

A mozgásszervi rehabilitáció, mint minden orvosi rehabilitációs folyamat team munkában zajlik. Olyan átfogó tevékenységről van szó, amelyben mindenki megtalálja a saját kompetenciáját, elvégzi saját feladatát, és hozzájárul a közös eredmény létrehozásához, ami több mint az egyének összegzett teljesítménye [1]. A csapatmunkára egyre nagyobb szükség van, mert növekszik még a szakmán belül is a specializáció, viszont az előregedő, esetlegesen multimorbid betegeket ellátó rehabilitáció nem nélkülözheti a holisztikus szemléletet. A szakmai protokollok egyre gyakrabban előírják a multidiszciplináris team meglétét, az általuk alkalmazott eljárások kellenek a megfelelő minőségű gyógyulás eléréséhez [2].

A deréktáji fájdalom esetén már az akut szakasztól kezdődően az aktív, problémacentrikus fájdalomcsökkentési tevékenységek, a tudatos egészségmagatartás önmagukban gyakran nem vezetnek eredményre. A klinikai képet gyakran a szomatikus státusznál jobban meghatározhatják egyes pszichoszociális tényezők. A terápia kulcsa a fájdalom élményének átértelmezése, a fizikai aktivitást elkerülő magatartás és az ebből következő izoláció megelőzése. A kezelési és kivizsgálási javaslatok és protokollok ismerete segít eligazodni a feltétlenül szükséges és a kerülendő terápiák alkalmazásában (1. táblázat).

Több fajta team modell van jelen a rehabilitációban. Klasszikus esetben multidiszciplináris illetve interdiszciplináris teamekről beszélünk. Létezik azonban egy harmadik modell, mely a közös munka értelmezését tovább finomítja, ez a transzdiszciplináris [3,4], melyet a páciens problémájának egységes értelmezése jellemez. A szerepek egyenlők, átjárhatókká válnak. Közös konszenzus alapján a tudás birtoklásának újraértelmezése történik, a beteg és a többi team tag is aktív résztvevője az ellátásnak és gondolkodásuk egyfelé irányul. A krónikus fájdalomban 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.



1. táblázat  
 A derékfájás diagnózisának és kezelésének szakmai irányelvei és ajánlásai [5,6]

A team munka minősége nagyban befolyásolja a gyógyító munka eredményességét, nemcsak a páciensek, de a betegellátók és az egészségügyi szolgáltatók számára is mérhetően. 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.

Vizsgálatunk célja az együtt dolgozó munkatársak ismeretanyagának, véleményének és hiedelmeinek felmérése volt, hogy átfogó képet kapjunk a gondolkodásbeli azonosságokról és különbségekről. Egyrészt a dolgozók munkatapasztalataira voltunk kíváncsiak, másrészt a deréktáji fájdalommal kapcsolatos saját tapasztalatokra, saját kezelési élményekre, ezzel együtt a deréktáji fájdalommal és annak terápiás lehetőségeivel kapcsolatos véleményeket gyűjtöttük össze.

## MÓDSZER, ADATFELVÉTEL

Egy kérdőívet állítottunk össze, mely három részből állt. Az első kérdéscsoport a dolgozók munkatapasztalataira vonatkozott, például milyen munkakörben és milyen régóta dolgozik mozgásszervi betegekkel. A második deréktáji vagy más fájdalom előfordulására irányult, a fájdalom intenzitását 10 fokú Likert skálán mértük. A saját maguk által

megtapasztalt leghatásosabb terápiák között többet is szabadon megjelölhettek. A harmadik részben a deréktáji fájdalomról alkotott véleményekre kérdeztünk rá.

Centrumunkban a betegellátásban dolgozó összes résztvevőt megkértük a kérdőív kitöltésére. A válaszadás önkéntes volt. Szóbeli beleegyezést kértünk, a kollegák a kérdőív kitöltésével jelezték hozzájárulásukat. 25-en vállalkoztak a kérdőív kitöltésére, ami az érintettek 70%-a, szakma szerint: 2 orvos, 9 gyógytornász, 7 nővér, 1 pszichológus, 3 fizioterapeuta, 3 egyéb kezelő. Akik nem töltötték ki, szabadságon vagy betegállományban voltak, 1 kolléga időhiányra hivatkozott. A válaszadók átlagosan 9,8 éve foglalkoznak mozgásszervi betegekkel (medián 7, interkvartilis tartomány 3, 14).

## STATISZTIKA

A team tagok adatait leíró statisztikai módszerekkel elemeztük. A szóveges válaszokat móduszok alapján összegeztük. A számszerűsített adatoknál interkvartilis tartományt határoztunk meg, és átlagot számoltunk. A számszerűsíthető adatoknál átlagot és szórást néztünk.

## EREDMÉNYEK

A saját tapasztalatokkal kapcsolatosan mindenki beszámolt derékfájásról a múltjában, 20 fő, a megkérdezettek 80%-a életében többször is előfordult. Az adatgyűjtés időpontjában a 25 főből 8 fő (32%) jelzett fájdalmat. 10 fokú Likert skálán mérve legtöbbször 3-as erősségűt jelöltek, és ketten 5-ös fájdalommal is munkába álltak. Egy dolgozó átélte már életében maximális, vagyis 10-re tehető fájdalmat is, de a leggyakoribb maximális fájdalom intenzitás 6-os volt. A megkérdezettek közül 5-en jelölték a gyógyszeres fájdalomcsillapítást, mint terápiát, 16-an mozgásterápiában részesültek, 6-an említették a pihenést, fekvést, mint hatásos tényezőt, 8-an részesültek valamilyen passzív kezelésben (fizioterápia, masszázs, fürdő stb.), egy fő esett át műtéten. Egy gyógytornász hatásos kezelésnek a légzéstechnikát találta.

A betegség kiváltó okai között számos dologról tesznek említést: statikai ok, „meszesedések”, discus protrusio, discus hernia, rossz testtartás, túlterhelés, kopás, gyenge izmok, időhiány miatti mozgáshiány, a fentiek kialakulásának megelőzése. Előfordult még lelki ok, stressz, relaxáció hiánya is.

Az osztályon folyó hagyományos terápiák osztályozásakor a gyógytornát tartották a leghatékonyabbnak (egy 1-5-ös skálán értékelve 4,64, szórás: 0,56) másodikként a masszázst (átlag: 3,34, szórás: 0,7), a gyógyszeres terápia átlaga 3,09 volt (szórás: 0,76), a homeopátia, az akupunktúra és a műtét 2,5-nél kisebb átlagértéket kapott, lásd 2. táblázat és 1. ábra. A kérdőívben nem kérdeztünk rá a derékfájás időbeliségére és ennek terápia módosító hatására. Meglepő módon a válaszadás során senki nem használta a következő fogalmakat: akut, szubakut illetve krónikus fajda-

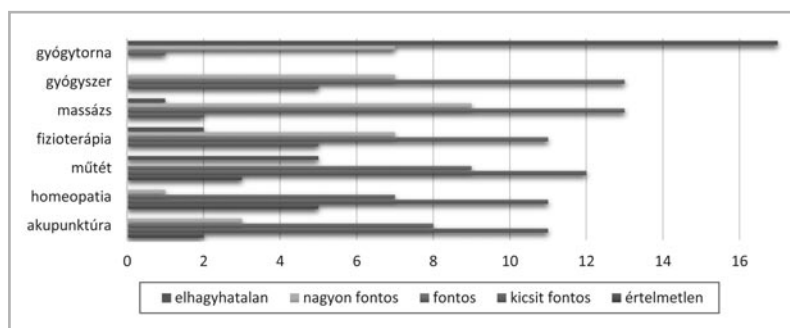
lom. Egy nővér említette, hogy a derékfájás életminőséget befolyásoló hatása függ attól, milyen régen állnak fenn a panaszok. Egy orvos az akut szakaszt gyulladáshoz szakaszként definiálta. Egy gyógytornász kezdeti állapotot jelölt meg a prognózist illetően.

Terápiás módszer	Átlag	Minimum	Maximum	Std.Dev.
gyógytorna	4,64	3,0	5,0	0,569
gyógyszer	3,08	2,0	4,0	0,702
fizioterápia	3,24	2,0	5,0	0,879
masszázs	3,36	2,0	5,0	0,700
műtét	2,36	1,0	5,0	0,860
homeopátia	2,12	1,0	4,0	0,833
akupunktúra	2,52	1,0	4,0	0,823

**2. táblázat**  
A gyógyításban résztvevők véleménye: Mennyire tartja fontosnak egyes terápiaik hasznosságát átlagosan, a deréktáji fájdalom kezelésében a következő terápiaikról mi a véleménye? (skála: értelmetlen(1) kicsit fontos(2) fontos(3) nagyon fontos(4) elhagyhatatlan(5))

Figyelemre méltó, hogy a gyógytornászok a testi elváltozásokhoz kötik a panaszokat, így a terápia során is ennek a specialitásaira helyezik a hangsúlyt. Lelki, szociális okokat nem említenek. A terápiával kapcsolatban egy esetben javasolnak pszichoterápiát, és egy esetben gondolják, hogy a gyógyuláshoz „intelligenciára” van szükség. Ezt lényeges kiemelni, mert ők töltik a legtöbb időt a beteggel, így a hozzáállásuk a mozgáshoz, fájdalomhoz a tudatos és metakommunikációs szinten egyaránt meghatározó.

A saját kezeléssel kapcsolatos leghatásosabbnak tartott kezelés a gyógytorna volt, dobogós helyeken a passzív kezelések és a pihenés végzett, és csak ezt követte a gyógyszeres fájdalom csillapítás. Ami igazán meglepő volt



**1. ábra**  
A gyógyításban résztvevők véleményének megoszlása az egyes terápiaik hasznosságáról

az az, hogy míg mindenkinek volt saját tapasztalata és véleménye a saját kezeléséről addig a betegekkel kapcsolatban vagy nem volt véleménye a legjobb kezelésről, vagy az nem egyezett meg a saját maga által megtapasztalttal. Mindössze négy esetben írták a magunknak és a betegnek ajánlott terápiában ugyan azt. (3. 4. táblázat) Kérdés ennek az oka. Más kell a betegnek, mint magunknak? Már tudjuk, hogy a pihenés nem megfelelő, de még magunkkal szemben mégis engedékenyek vagyunk? Dilemma az alapos kivizsgálás, mint szükség a terápiához, hiszen tudjuk, hogy ezzel növelhetjük a beteg betegségtudatát.

Javasolt gyógymód	db
Van közös pont a megtapasztalt hatékony és a javasolt kezelés között	4
Különbözik megtapasztalt és a javasolt terápia	10
Nem ad javaslatot	11

**3. táblázat**  
A kezelők által megtapasztalt és javasolt gyógymódok egyezése és különbözősége.

	Aktív kezelés	Passzív kezelés
Megtapasztalt hatékony	7	18
Javasolt	15	11

**4. táblázat**  
A kezelésekkal kapcsolatos vélemények megoszlása azok között, akik saját tapasztalatot és javaslatot is említettek. Egy válaszoló többfajta terápiát is megnevezhetett.

A kérdőív válaszai alapján egy olyan problémakörre is fény derült, amit a mindennapi munkánk során nem vetetünk fel, és nem is került megbeszélésre. Nevezetesen, hogy mindenkit aggodalommal és bizonytalansággal tölt el, hogy nem megmondható, meddig tartanak a panaszok. Néhány kérdés esetében a betegek felé ügynevezett kompetencia áttalással kommunikáltak a munkatársak. Ez azt jelenti, hogy más szakterület képviselőihez irányították az adott kérdéssel a páciens. Például: a műtétet orvos dönti el, vagy az orvos szerint szakmai protokoll alapján kell a műtét-

tet eldönteni stb. A sportolással kapcsolatosan a gyógytornász megkérdezését javasolták.

## MEGBESZÉLÉS

A karrieradatokból kitűnik, hogy bár nagy változatosságot mutat a mozgásszervi betegek ellátásában töltött idő, a legtöbb dolgozó tapasztaltnak mondható ezen a téren. Meglepő módon azon ismert adatok, miszerint a derékfájás prevalenciája 80%-os, sem más hasonló, orvosok körében végzett vizsgálatok adatai, - ahol 70%-ban fordult elő derékfájdalom -, nem esnek egybe eredményeinkkel, mivel Centrumunkban minden válaszadó átélte már deréktáji fájdalmat. Ha csak a többszöri fájdalmat átélőkkel számolunk, akkor itt is az eredmény 80%-os. Feltételezhetnénk, hogy az egyszeri esemény csak enyhe, nem számottevő fájdalom volt, azonban ezek a munkatársak is 3,4,5,7-es, azaz közepesen erős fájdalom szinteket jelöltek meg.

Ha odafigyelünk a deréktáji fájdalom szomatikus tüneteinek vészjeleire (ezeket „vörös zászlóknak” nevezzük), kiszűrhetők a háttérben esetlegesen előforduló urológiai, nőgyógyászati és egyéb belgyógyászati, nem mozgásszervi ellátását igénylő kórképekre és ezzel elkerülhetjük, hogy feleslegesen fokozzuk a fájdalom miatt kialakult esetleges szorongást, aggodalmat és katasztrófáló gondolatok kialakulását.

A kompetenciákon belüli mozgás fontos és hasznos a team munka során. Érdeme, hogy a páciens biztonságérzete kialakul, illetve fokozódik.

A bizonytalanságot keltő kérdések okozta feszültséget csökkentheti, ha a team tagok megbeszélnek a problémát és

közös álláspontot, véleményt alakítanak ki. Néhány egyértelmű, rövid üzenet megnyugtatóan hathat (például a műtét esetleges indokolatlansága stb.). Ezzel jobban elosztható a kezdődő vagy már meglévő téves gondolat. Ugyanis ha a beteg számára homályos választ adunk, akkor azt érezheti, hogy valami súlyos dologról van mégis szó, és talán meg sem meri kérdezni orvosát a „legrosszabbtól” tartva.

A felmérésünk erőssége, hogy a kérdőív kitöltésében a centrumban dolgozó minden típusú betegellátó részt vett. Hátránya azonban, hogy nem volt lehetőség más centrum munkatársaival összehasonlítani a kapott eredményeket.

Összefoglalva: a deréktáji fájdalom gyógyításában nagyon fontos a team munka, ezen belül különösen egy-egy egyes vélemény kialakítása és közvetítése a beteg felé a különböző szakterületeken dolgozók részéről. A kérdőíves vizsgálat egyik legfontosabb eredménye az a felismerés, hogy a team tagok számára a legnehezebb kérdés az, hogy mikor múlik el a fájdalom. Nem tudják, mit válaszoljanak, illetve bizonytalanok olyan kérdésekben, ami nem a szűken vett szakterületükhöz tartozik. A kapott válaszok alapján elgondolkoztató az az ellentmondás, hogy a kezelők sokszor más terápiát javasolnak a betegnek, mint amit maguk számára jónak tartanak. A deréktáji fájdalom kezelésében a jó kommunikációnak kitüntetett szerepe van, hiszen megakadályozhatjuk vele a fájdalom krónikussá válásában szerepet játszó téves gondolatok, a katasztrófa hangulat kialakulását. A teamen belüli hiedelmek és bizonytalanságok feltérképezésével, ennek korrekciójával, javítani tudjuk a teamen belüli, illetve a pácienssel és hozzátartozókkal való kommunikációt, és ezáltal a kezelés eredményességét.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Vekerdy-Nagy Zs: A rehabilitációs team, Rehabilitációs Orvoslás tankönyv, Medicina, 2010, 43,
- [2] Nancarrow S, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A: Ten principles of good interdisciplinary team work, Human Resources for Health, (2013). 11(1), 19.
- [3] Kiss Edit, Simoncsics Eszter, Fáy Veronika: Team munka a krónikus derékfájdalom kezelésében, ORFMT Kongresszus 2014, Szolnok
- [4] Shaw L, Lindsay, R: The art and science of teamwork: enacting a transdisciplinary approach in work rehabilitation, Work, vol. 30, no. 3, pp. 215-218, 2008
- [5] Gremeaux V, Coudeyre E, Viviez T et al.: Do teaching general practitioners fear avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain? Pain Practice, 2014, 15(8) 730-737
- [6] Spine, E: COST B13: European guidelines for the management of low back pain, Eur. Spine, 2006, J,15 Suppl 2, s125-7.

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Dr. Simoncsics Eszter** reumatológus, mozgásszervi rehabilitációs szakorvos. Az Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rehabilitációs Centrum

adjunktusa. 2007-ig az ORFI-ban dolgozott. PhD képzésben vesz részt, mely során a deréktáji fájdalom krónikussá válásának bio-pszicho-szociális tényezőit vizsgálja.



**Dr. Fáy Veronika** neurológus, rehabilitációs szakorvos, akupunktőr. Az Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rehabilitációs Centrum Vezető főorvosa. Nevéhez fűződik az első Neurorehabilitációs osztály megalakítása, az osztály vezetése, majd a Rehabilitációs Társaságon belül Neurorehabilitációs Szekció létrehozása, el-

nöksége. Rehabilitációs Társaság vezetőségi tagja, a Szakmai Kollégiumi tagja volt 5 évig. A klinikai neurorehabilitáción túl rendszeres oktatási tevékenységet végez a rehabilitációs szakorvosi, a logopédus, pszichológus, gyógytornász, diplomás nővér, a családorvosi képzésben. Két nemzetközi és három magyar tudományos társasági tagja. Két könyvfejezete, két nemzetközi és kilenc magyar nyelvű tudományos közleménye jelent meg.



**Dr. Stauder Adrienne** PhD pszichiáter, pszichoterapeuta, Williams Életkészségek okleveles tréner. Egyetemi docens, a munkahelyi stressz és stresszkezelés kutatócsoport vezetője, a Williams Életkészségek program magyarországi vezetője. A Selye János Magyar Magatartástudományi és Magatartásorvos-

lasi Társaság elnöke. Az International Society of Behavioral Medicine elnöke (2014-2016). Szakterülete a stressz és stresszkezelés, orvosi kommunikáció, magatartásorvoslás, pszichoterápia. Tizennégy könyvfejezete, tizennégy nemzetközi és huszonegy magyar nyelvű tudományos közleménye jelent meg. Négy tudományos-ismeretterjesztő, oktatófilm szakmai vezetője.

## ***Kétéves Együttműködési megállapodást írt alá az Emberi Erőforrások Minisztériuma és az Egészségügyi Világszervezet (Who) Európai Regionális Irodája***

**Kétéves együttműködési megállapodást írt alá az Emberi Erőforrások Minisztériuma és az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája. A 2016-2017. évre szóló megállapodás a fertőző betegségek, a nem-fertőző betegségek megelőzése és kezelése, valamint az egész élettartamot átfogó egészségfejlesztés és az egészségügyi rendszerek területén fogalmaz meg programokat.**

A megállapodásban meghatározott prioritások a globális és regionális szintű szükségleteknek, illetve Magyarország egészségügyi helyzetének megfelelően kerültek kialakításra, figyelembe véve az Egészség 2020 európai stratégia egyes kategóriáit.

Magyarország számára fontos célkitűzés a nemzetközi szervezetekkel való hatékony együttműködés feltételeinek megteremtése és továbbfejlesztése. A kormányközi nemzetközi szervezetek – kiemelten a WHO – globális és regionális egészségügyi tevékenységének társadalmi, gazdasági jelentősége napjainkban egyre nyilvánvalóbb. Magyarország számára fontos, hogy aktív részese legyen a WHO-ban zajló munkának, hiszen célunk, hogy tudásunkat, tapasztalatainkat megosztva a többi tagállammal, tevőlegesen is részt vegyünk a nemzetközi fejlesztési támogatások egészségét és egészségügyet érintő tevékenységeiben, a fenntartható fejlődés 2015 utáni célkitűzéseinek véglegesítésében és végrehajtásában, illetve hogy részesülhessen a WHO-ban folyó nemzetközi munka eredményeiből.

Az Egészségügyi Világszervezettel való szakmai együttműködés jelentős szerepet játszik a hazai népegészségügyi stratégiai gondolkodás megerősítésében, ugyanakkor a példaértékű hazai gyakorlatokat, mint például a népegészségügyi programelemeket, az Egészségügyi Világszervezet továbbítja tagországai felé.

*Emberi Erőforrások Minisztériuma  
Egészségügyért Felelős Államtitkárság*