

A fájdalomkatasztrófizálás, a krónikus fájdalom elfogadása és a reménytelenség hatása az életminőségre, degeneratív gerincbetegségből fakadó krónikus fájdalommal élő nőbetegek körében

NAGY ILDIKÓ* – ZSIDÓ ANDRÁS NORBERT –
TELEKI SZIDALISZ ÁGNES

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar,
Pszichológia Intézet, Pécs, Magyarország

(Beérkezett: 2021. május 17.; elfogadva: 2022. január 15.)

Elméleti háttér: Jelen tanulmányunkban a lumbális gerincszakaszon diagnosztizált elváltozások (porckorongsérv, csigolyaelcsúszás, szegmentális instabilitás) okozta krónikus fájdalommal élő nőbetegek körében vizsgáljuk a fájdalomkatasztrófizálás, a fájdalom elfogadása és a reménytelenség konstruktumainak az egyén életminőségére gyakorolt hatását. A krónikus fájdalomban szenvedő betegek életminősége jelentősen alacsonyabb, mint az egészséges személyeké, amellyel összefüggésben feltételezhető a fájdalomkatasztrófizálás, valamint a reménytelenség negatív hatása, ugyanakkor valószínűsíthető a fájdalom elfogadásának pozitív hatása is a krónikus derékfájdalommal élők életminőségére, fizikai és mentális jóllétére. *Cél:* Jelen tanulmány fő célja a mentális és szomatikus életminőséget előrejelző tényezők vizsgálata degeneratív gerincbetegségből fakadó krónikus fájdalommal élő nőbetegek körében. *Módszerek:* Keresztmetszeti, kérdőíves kutatásunkban 121 fő (átlagéletkor: 47,9 [SD = 10,9] év) vett részt. *Mérőeszközök:* SF-36 kérdőív, Reménytelenség Skála, Fájdalom Katasztrófizálás Kérdőív, Krónikus Fájdalom Elfogadás Kérdőív. *Eredmények:* A fizikai életminőséghez kapcsolódó modellben a tehetetlenség ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$) és az, hogy a válaszadó mennyi ideje él együtt gerincbetegségéből adódó panaszaival ($\beta = 0,27$; $p = 0,007$) pozitívan jelezték előre a reménytelenség pontszámot. A reménytelenség ($\beta = -0,34$; $p = 0,008$) pedig negatív irányban jelezte előre a fizikai életminőséget. Ezen túl a tehetetlenség ($\beta = -0,65$; $p < 0,001$) az indirekt útvonal mellett direkt módon is összefüggött a fizikai életminőséggel. A modell által megmagyarázott variancia 75%. Az illeszkedési mutatók megfelelőek ($\chi^2(7) = 10,29$; $p = 0,173$, CFI = 0,98, TLI = 0,98, RMSEA = 0,06 [90% CI: 0,01–0,14], SRMR = 0,06). A mentális életminőség prediktorait tesztelő modellben az eredmények szerint a tehetetlenség ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$) pozitívan, a krónikus fájdalom elfogadása ($\beta = -0,34$; $p = 0,004$) negatívan jelezte előre a reménytelenség pontszámot. A reménytelenség ($\beta = -0,25$; $p = 0,017$) pedig negatív irányban jelezte előre a mentális életminőséget. Ezen túl a tehetetlenség ($\beta = -0,64$; $p < 0,001$) az indirekt útvonal mellett direkt kapcsolatot is mutatott a mentális életminőséggel. A modell által megmagyarázott variancia 61%, és a modell illeszkedése is megfelelő ($\chi^2(7) = 11,30$; $p = 0,126$, CFI = 0,99, TLI = 0,98, RMSEA = 0,07 [90% CI: 0,01–0,15], SRMR = 0,05). *Következte-*

* Levelező szerző: Nagy Ildikó, Pécsi Tudományegyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológia Intézet, 7624 Pécs, Ifjúság útja 6. E-mail: nagy.ildiko9510@gmail.com

tések: A gerincproblémákból fakadó krónikus fájdalommal való együttélés az életminőség több dimenzióját is érinti. A fájdalom katasztrófizálása kapcsán a tehetetlenség érzése fokozza a reményvesztett állapotot, valamint negatívan befolyásolja a mentális és fizikai életminőséget egyaránt. A reményvesztett állapot hasonlóképpen a mentális és a fizikai életminőségi mutatókban egyaránt negatív irányú változást okoz. Ezzel szemben a fájdalom elfogadása jobb mentális életminőséget, valamint a reménytelenség érzésének csökkenését eredményezheti. Mindezek okán, a fájdalomélményhez kapcsolódó kogníciók módosítása, az azzal való megküzdés képességének elsajátítása és a tehetetlenség érzésének átkeretezése valószínűsíthetően vezethet el az érintett személyek jobb fizikai és mentális életminőségéhez.

Kulcsszavak: degeneratív gerincbetegség, krónikus fájdalom, reménytelenség, fájdalomkatasztrófizálás, a krónikus fájdalom elfogadása

1. Bevezetés

Egy betegséggel való együttélés rengeteg kihívást állít az érintett személy elé. Általánosságban elmondható, hogy a legtöbb krónikus betegség kialakulása többtényezős folyamat, valamint hogy ennek hatásai az élet több aspektusát is befolyásolják és jelentős érzelmi stresszt okoznak (Tiringer, Nagy, Teleki, Žilinski, & Szabados, 2020). A bio-pszicho-szociális megközelítésre támaszkodó elméletek integráltan, több folyamat kölcsönhatására alapozzák a szubjektív fájdalomélmény alakulását. A krónikus fájdalom jellege általában konstans, legalább három hónapot meghaladó folyamatos vagy rendszeresen visszatérő fájdalom (Treede és mtsai, 2018). Szemben az akut fájdalommal maladaptív, ugyanis figyelmeztető funkcióját elveszti, azonban korlátozza a társas interakciókat, a fizikai és szellemi funkcionálás mértékét. A krónikus fájdalom egyfajta élménykomplexum, amelynek alappilléreit egymással dinamikus interakcióban álló pszichológiai, szociális és fiziológiai tényezők alkotják (Turk & Okifuji, 2002). A krónikus fájdalom az identitásérzésre tartósan negatív hatást gyakorol (Chapman, 1999).

A korábbi kutatások eredményei arra utalnak, hogy a foglalkozási deréktáji fájdalom kivételével a deréktáji fájdalom (low back pain) előfordulási gyakorisága a nők körében magasabb (Chenot és mtsai, 2008; Hale, Grogan, & Willot, 2010; Harreby, Kier, Hesseloe, & Neergaard, 1996; Illés, 2015; Novy, Simmonds, Olson, Lee, & Jones, 1999; Schneider, Randoll, & Buchner, 2006). Úgy tűnik továbbá, hogy a fájdalom szubjektív érzékelésével kapcsolatban nők nagyobb gyakorisággal számoltak be fájdalomukról, valamint a fájdalom érzékelésének küszöbe is alacsonyabbnak mutatkozott a férfiakéhoz képest (Etherton, Lawson, & Graham, 2014; Hammarström, & Annandale, 2012; Keogh, 2006; Martel, Thibault, & Sullivan, 2011; Myers, Riley, & Robinson, 2003). Továbbá, a fájdalom okozta érzelmi stresszről való beszámolás esetén is jelentős különbség mutatkozik a nemek között.

Kutatások (Barsky, Peekna, & Borus, 2001; Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams, & Rilley, 2009; O'Brien, Hunt, & Hart, 2009) eredményei ekként igazolták, hogy a fájdalom érzelmi hátteréről gyakrabban számolnak be nők, szemben a férfiakkal, melyet jelentős tényezőként szintén fontos figyelembe venni az érintett személyek életminőségének vizsgálata kapcsán.

1.1. Krónikus fájdalom az életminőség tükrében

Gatchel és Oordt (2003) munkássága alapján a krónikus fájdalom kialakulása három szakaszra bontható. A stressz-diatézis modell alapján a tartós fájdalom okozta stressz, illetve a fájdalommal, betegséggel összefüggésben álló predispozíciók, pszichoszociális tényezők a fájdalom tartóssá válását eredményezhetik. A fájdalom hatására létrejött érzelmi és viselkedéses válaszok adaptív reakciónak számítanak, hiszen a fájdalom jelző- és figyelmeztető funkcióját betöltve aktiválja az elkerülő magatartást, valamint a fájdalom megszüntetését célzó viselkedésformákat. A hosszabb ideje fennálló fájdalom következtében, a második szakaszban a negatív affektív vetületek fokozódnak. A harmadik szakasz az úgynevezett krónikus fázis, amelyben a betegségtudat rögzül, a fájdalom állandósul, az egyén izolálódik, mindezek pedig negatívan befolyásolják az életminőségét (Kököneyi, 2008).

Az életminőség magában foglalja az egyén fizikai állapotát, pszichés állapotát, függetlenségét, szociális kapcsolatait, valamint a környezetéhez fűződő viszonyát. Az életminőség az egyén percepciója a saját életében elfoglalt helyéről, amelyet meghatároz az életterének kultúrája, értékrendszere, céljai, társas kapcsolatai és mintái (WHO, 1997). Küchler (2000) modellje alapján az életminőség 5 dimenzióját különböztetjük meg. A (1) *testi szint* az életminőség szempontjából a fájdalmat, a funkcionális státuszt és a testi panaszokat tartalmazza. A (2) *pszichés szint* komponensei az alkalmazkodási készség, a percepció séma, a kognitív és affektív elemek, valamint a motiváció. Az (3) *interperszonális szint* elemei a kapcsolatok szubjektív megélése, a kapcsolatkézség, a társas kapcsolódás, a társas igények és a szociális háló. A (4) *szocioökonómiai szint*hez tartozik a munka, a gazdasági helyzet, a teljesítmény és a produktivitás. A (5) *spirituális szint* pedig a valóságosságot, a transzcendenciaélményt és a morális értékek jegyeit tartalmazza. A modell alapján látható az életminőség multidimenzionalitása, valamint hogy az egyes szintek a biológiai változások objektív értékelésén túl szubjektív szűrőn keresztül is értelmeződnek, az egyén szemszögéből. Hadi, McHugh és Closs (2019) azt találták, hogy a krónikus fájdalomban szenvedő betegek átlagos pontszáma az életminőség vizsgálata során valamennyi esetben szignifikánsan alacsonyabb volt a fizikai és a mentális dimenziók mentén.

A fájdalom és a pszichológiai összetevők közötti kapcsolat kölcsönös, egymásra oda-vissza ható folyamatként értelmezhető, hiszen azon túl, hogy a fájdalom negatív hatással van az egyén pszichés jóllétére és társas élményeire, a pszichés összetevők is meghatározzák, befolyásolják a fájdalom élményének alakulását (Császár-Nagy, Bagdi, Font, Harkai, & Stoll, 2014). A pszichés jóllét, valamint a megfelelő életminőség egyik fontos összetevője a remény, amely megküzdési stratégiaként funkcionál a kihívásokkal szemben (Snyder, 1995). Egy betegség krónikussá válása esetén azonban gyakran jelentkezik pszichés, szociális és fizikai egyensúlybomlással járó krízisállapot, amely a reményvesztettség érzését, illetve a bizonytalan jövőkép kialakulását egyaránt eredményezheti. A korábbi megküzdési stratégiák nem működnek, ebből kifolyólag negatív affektusok, majd maladaptív pszichés reakciók jelenhetnek meg. A krónikus fájdalom szubjektív érzékelésével kapcsolatban elmondható, hogy a mentális állapot befolyásolja az organikus eredetű fájdalom detektálását, valamint annak affektív és fizikális komponenseit (Császár-Nagy, Bagdi, Harkai, Mezei, & Stoll, 2015). Általánosságban elmondható, hogy a krónikus fájdalommal élők körében megjelenhet tagadás, szorongás, reményvesztett állapot, valamint depresszió (Csabai & Molnár, 2009). Ezen affektív vetületek prediktora lehet a bizonytalan jövőkép, a szociális kirekesztettség, az izoláció, a tehetetlenség érzése, valamint a fájdalom katasztrófizálása (Arnau, Rosen, Finch, Rhudy, & Fortunato, 2007; Halama & Dedová, 2007). A remény az önértékelésre, a rezilienciára, valamint az élettel való elégedettségre pozitív hatást gyakorol (Du & King, 2013; Ong, Edwards, & Bergeman, 2006).

A kutatások eredményei azt mutatják, hogy a krónikus gerincproblémákkal élők nagyobb gyakorisággal küzdenek pszichés zavarokkal, szemben azokkal, akik nem élnek krónikus fájdalommal. Megjelenhet szorongásos zavar, depresszió, valamint esetenként alkohol- vagy drogfüggőség (Fernandez és mtsai, 2017; Stoll, Kása, & Lazáry, 2017). Egy kutatásban azt találták, hogy a krónikus derékfájdalommal élő betegcsoport körében a reménytelenség közvetlenül, míg a fájdalom katasztrófizálása közvetetten, a reménytelenségre gyakorolt negatív hatásán keresztül befolyásolta a depresszió megjelenésének valószínűségét (Hülsebusch, Hasenbring, & Rusu, 2016).

Továbbá krónikus betegség esetén a testkép is tartósan negatív irányba változhat, amelynek következtében a negatív értékelés nemcsak az adott testrészre vonatkozhat, hanem az egész testtel kapcsolatos percepcióra (Csabai & Molnár, 2009). Ezt támasztja alá az alábbi idézet: *„Önértékelésem meghatározásában mindig jelentős szerepe volt annak, hogy mire vagyok képes. Saját testem által felállított fizikai korlátaim leküzdésének és megküzdési mechanizmusaimnak kudarca, valamint a másokra utaltság megélése, énképem és személyiségem mélyebb rétegeit érintette és formálta át.”* (Az első szerző ismeretségi köréből, 24 éves, krónikus gerincproblémákkal élő nő szavai.)

1.2. Fájdalomkatasztrófizálás és a krónikus fájdalom elfogadása

Krónikus fájdalom esetén a kognitív értékelő rendszer az információfeldolgozás során a fájdalommal kapcsolatos élmények feldolgozását prioritizálhatja. Ez a túlzott figyelmi beszűkülés, valamint a fájdalom élményével kapcsolatos negatív gondolatok a *fájdalom katasztrófizálását* eredményezhetik. A fájdalom katasztrófizálása és a fájdalom elfogadása erős befolyással vannak az életminőség dimenzióira. A katasztrófizálás mint kognitív torzítás a fájdalomélmény egyik jelentős pszichológiai prediktora, egyfajta peszszimista hiedelmeken alapuló negatív beállítódás (Sullivan, Tripp, & Santor, 2000). A fájdalom katasztrófizálása során a fájdalommal kapcsolatos információk túlzottan negatív jelentést kapnak. A fájdalom katasztrófizációja az anticipált vagy érzékelhető fájdalom kísérőjelenségeként aktiválódik. A katasztrófizálás komponensei a (1) *rumináció*, ami a fájdalommal kapcsolatos negatív gondolatok ismétlődését jelenti, a (2) *felnagyítás*, ami a fájdalomélmény, a fájdalom érzékelésének felnagyítását jelenti, valamint a (3) *tehetetlenség* érzése, amely a fájdalom meglétéből fakadó passzív szerep felvételéből, valamint a helyzet és a test feletti kontroll elvesztéséből fakad (Kököneyi, 2008; Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995). A katasztrófizálás felerősíti a szorongást, illetve a fájdalomra való érzékenységet (Rhudy & Meagher, 2000). A fájdalomkatasztrófizálás és a fájdalom intenzitásának észlelése között szignifikáns kapcsolat mutatható ki (Banozic és mtsai, 2018). A fájdalomkatasztrófizálás prediktora a depressziónak (Elvery, Jensen, Ehde, & Day, 2017). Továbbá szignifikáns prediktornak bizonyult a szorongás tekintetében és negatívan befolyásolja a fizikai és mentális jóllétet a krónikus derékfájdalommal élők körében (Marshall, Schabrun, & Knox, 2017). Kísérleti vizsgálattal igazolták, hogy a fájdalom katasztrófizációja esetén a fájdalomküszöb csökkenése figyelhető meg (Weissman-Fogel, Sprecher, & Pud, 2008). Gátolhatja a fájdalommal való megküzdést, a fájdalom átkeretezésének, illetve elfogadásának folyamatát (Kököneyi, 2008). Igazolták, hogy a krónikus derékfájdalommal élő betegcsoport körében, a fájdalom katasztrófizálása negatívan befolyásolja az életminőséget (Semeru & Halim, 2019). A fájdalom katasztrófizálása emellett negatív hatást gyakorol az életminőség javítását, illetve a fájdalomélmény csökkentését célzó beavatkozások sikerességére is. Kimutatták, hogy a gerincvelő-stimuláció (*spinal cord stimulation*, SCS) hatásossága csökkenhet a fájdalomkatasztrófizálás megléte esetén (Rosenberg, Schultz, Duarte, Rosen, & Rasa, 2015). Továbbá kimutatták, hogy azok a betegek, akik a fájdalmuk feletti túlzott kontroll gyakorlását kívánták elérni, rosszabb életminőségi dimenziókkal rendelkeztek és kognitív torzítások is gyakrabban jelentek meg (Pope és mtsai, 2011).

A *fájdalom elfogadása* során a személy a fájdalommal szemben elszenvedett kudarcélmény helyett a realitás talajáról szemléli a krónikus fájdalom

élményét. Az emocionális és impulzuskontroll képességével az egyén megküzd a szorongásával, valamint a negatív érzelmeivel a fájdalma tekintetében. A fájdalom elfogadása nem a betegségtudat állandósulását és a passzív szerep felvételét jelenti. A figyelmi beszűkülés megszűnik, a fókusz a fájdalom szabta határokról és tehetetlenségről áttevődik az aktivitásra, azon tevékenységek és lehetőségek körére, amit meg tud tenni az egyén krónikus fájdalma ellenére. A fájdalom elfogadása során nem maguk a fájdalom okozta negatív affektusok és kogníciók kerülnek kizárásra, hanem ezen érzések viselkedésre gyakorolt negatív hatásai redukálódnak. Ezen perspektívaváltás, a célok és a jövőkép átkeretezésének következtében pozitív változás indulhat el a hétköznapi életben való aktív részvétel, a szociális interakciók és a testkép változásának tekintetében (McCracken & Eccleston, 2003). A fájdalom elfogadásának következtében tehát a fájdalom érzékelésének élménykomplexuma nem uralja olyan intenzíven a fizikai, szociális és pszichés aspektusokat (McCracken, 1998). Úgy tűnik, hogy krónikus fájdalommal élők körében a fájdalom elfogadásának mechanizmusa jobb pszichés mutatókat eredményez a mentális életminőség vonatkozásában (Viane és mtsai, 2003). Egy újabb tanulmány eredményei pedig alátámasztották, hogy a fájdalom elfogadása pozitív hatást gyakorol a krónikus derékfájdalommal élők életminőségére, továbbá a fizikai fájdalom szubjektív érzékelésére (Semeru & Halim, 2019).

Bár a fájdalomélmény szubjektív és a fájdalomküszöb minden egyénnél különböző, fontos megemlíteni, hogy a fájdalom elfogadása is csak bizonyos körülmények megléte esetén következhet be. A fájdalom következményeként az életminőség több dimenzióját érintő egyensúlybomlásnak egy olyan szinten kell lennie, ahol a beteg szempontjából a helyzete átkeretezése vállalható lemondásokkal jár.

2. Jelen vizsgálat célkitűzései és felvetések

Célunk a diagnosztizált gerincproblémával összefüggő krónikus fájdalom mentális és fizikai életminőségre gyakorolt hatásának vizsgálata, olyan változók függvényében, mint a reménytelenség, a fájdalomkatasztrófizálás, a krónikus fájdalom elfogadása, valamint a fájdalommal való együttélés idői dimenziója.

A kutatás során elsősorban a krónikus fájdalommal élők katasztrófizáló kognícióit, reménytelenségérzését, valamint a szubjektív fájdalomélmény átstrukturálását mint protektív tényező életminőséggel való kapcsolatát kívánjuk vizsgálni.

Feltételezésünk szerint a fájdalom katasztrófizálására való fokozott hajlam és a reménytelenség negatívan befolyásolhatja az egyén életminőségét.

Továbbá előzetes felvetésünk, hogy a krónikus fájdalommal való együttélés során az idői dimenzió és a reménytelenségérzés között szignifikáns kapcsolat mutatható ki. Végezetül pedig azt feltételezzük, hogy a krónikus fájdalom elfogadása protektív szerepet tölthet be a reménytelenséggel szemben, valamint azon egyének, akik fájdalomélményük során képesek effajta a perspektívaváltásra, jobb életminőségi mutatókkal rendelkezhetnek. Annak megvizsgálása során, hogy e változók különbözőképpen és eltérő útvonalakon keresztül hatnak-e a fizikai, valamint a mentális életminőség látens konstruktumaira, exploratív fókusszal viszonyulunk elemzésünkhöz, hiszen erre vonatkozóan nem állnak rendelkezésre egyértelmű és specifikus empirikus adatok. Célunk tehát azt is feltárni, hogy más változók és útvonalak játszanak-e szerepet az életminőség két dimenziójának magyarázómodelljeiben.

3. Módszerek

3.1. Minta

A tanulmány célcsoportja a 18–68 év közötti lumbális gerincszakaszon található krónikus gerincproblémákkal élő nők voltak. A kutatást online, közösségi betegcsoportokban hirdettük meg. A válaszadók ($n = 121$) a kutatásban való részvételt informált hozzájárulással, önként vállalták, az anonimitásuk megőrzése mellett. A kutatásban való részvételért kompenzációban nem részesültek. A kérdőívcsomag kitöltése bármikor megszakítható volt. A vizsgálat megfelel a Helsinki Nyilatkozat etikai irányelveinek. A kutatásetikai engedélyt az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottságtól (EPKEB) állította ki (az engedély száma: 2020-141). A legfiatalabb kitöltő 25, míg a legidősebb 68 éves volt. Az átlagéletkoruk 47,9 (SD = 10,9) év. A területi reprezentativitási elv megvalósulásának lehetőségét biztosítva lakóhely szerinti megoszlás tekintetében a kitöltők közül 21 fő él a fővárosban, 16 fő él megyeszékhelyen, 54 fő városban, 12 fő községben, 18 fő pedig falun él. Családi állapot tekintetében 26 fő házas, 54 fő él élettársi kapcsolatban, 25 főnek van párkapcsolata, 10 fő egyedülálló és 5 fő özvegy. A kutatásban részt vevő személyek közül 48 fő 0,5–5 éve, 28 fő 6–10 éve, 20 fő 11–15 éve, 25 fő pedig legalább 16 éve él együtt a gerincpanaszaival (átlag = 9,22 [SD = 8,82] év)¹. Degeneratív gerincprobléma tekintetében 103 fő porckorongsérvvel, 13 fő csigolyaelcsúszással, 5 fő egyéb eredetű gerincbetegséggel (gerincferdülés, csigolyatörés) lett diagnosztizálva.

¹ A diagnózis óta eltelt időt folytonos változóként mértük fel és vizsgáltuk, a könnyebb prezentálás érdekében került felsorolásra az időtartam kategoriálisan is.

3.2. Mérészközök

Szociodemográfiai adatok. A kutatásban 121 lumbális gerincszakaszon diagnosztizált gerincproblémával élő nő vett részt. A kutatásban részt vevő vizsgálati személyek átlagéletkora 47,9 (SD = 10,9) év. A résztvevők közül 21 fő él a fővárosban 16 fő él megyeszékhelyen, 54 fő városban, 12 fő községben, 18 fő pedig falun él. Továbbá 26 fő házas, 5 fő özvegy, 10 fő egyedülálló, 25 főnek van párkapcsolata, de egyedül él és 54 fő él élettársi kapcsolatban.

A *gerincbetegség típusára*, illetve a *gerincpanaszok fennállásának idejére* vonatkozó kérdések során az alábbiakra kérdeztünk rá. Milyen gerincbetegséggel diagnosztizálták a vizsgálati személyt, mennyi ideje él együtt panaszával, mennyi idős volt, amikor gerincproblémájával diagnosztizálták, valamint hogy mikor diagnosztizálták gerincproblémáját?

36-Item Short From Survey (SF-36; Brazier és mtsai, 1992; Czimbalmos, Nagy, Varga, & Husztik, 1999). A 36-Item Short From Survey egy önkitöltős kérdőív, amelynek segítségével a személy általános életminőségét vizsgálhatjuk több dimenziót érintve. Az SF-36 alszállái a következők: (1) a fizikai aktivitás alszálla 10 tétel mentén méri, hogy mennyire korlátozza az egyént az egészségi állapota egy átlagos napon előfordulható fizikai tevékenységek kapcsán. A válaszadás egy háromfokú Likert-típusú skálán történik (végpontok: igen, nagyon korlátoz [1] és nem, egyáltalán nem korlátoz [3]). A (2) fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság alszálla négy tétel mentén méri, hogy az egyén fizikai állapota mennyire befolyásolja szociális szerepvállalását. A válaszadás során a személynek magára vonatkoztatva kell megítélni az állításokat. A válaszlehetőség dichotóm (igen [1] és nem [2]). A (3) testi fájdalom alszálla két fordított tétel mentén méri az egyén szubjektív fájdalomélményét. A válaszadás egy hatfokú Likert-típusú skálán (végpontok: nem voltak [1] és nagyon erős [6]), valamint egy ötfokú Likert-típusú skálán történik (végpontok: semennyire [1] és nagyon [5]). Az (4) általános egészség alszálla négy tétel mentén méri az egyén vitalitását. A válaszadás egy hatfokú Likert-típusú skálán történik (végpontok: mindvégig [1] és egyáltalán nem [6]). A (5) szociális aktivitás alszálla két tétel mentén méri, hogy az egyén szociális kapcsolatait mennyire befolyásolta testi vagy lelki állapota. A válaszadás ötfokú Likert-típusú skálán történik (végpontok: egyáltalán nem [1] és nagyon is [5]; valamint mindvégig [1] és egyáltalán nem [5]). Az (6) érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság alszálla három tétel mentén méri, hogy az egyén érzelmi állapota mennyire befolyásolta szociális szerepvállalásaiban. Az egyénnek magára vonatkoztatva kell megítélnie az állításokat, a válaszlehetőség dichotóm (igen [1] és nem [2]). Az (7) általános mentális egészség alszálla öt tétel mentén méri az egyén szubjektív jóllétét, valamint a pszichológiai distresszt. A válaszadás egy ötfokú Likert-típusú skálán történik (végpontok: mindvégig

[1] és egyáltalán nem [5]). Az (8) általános egészségérzet alszála öt tétel mentén az egyén egészségi állapotának szubjektív percepcióját méri. A válaszadás egy ötfokú Likert-típusú skálán történik (végpontok: teljesen igaz [1] és egyáltalán nem igaz [5]). A kérdőív nyolc dimenziójának kiértékelése során az egyén 0–100 pont közötti értéket kap. A magasabb összpontszám a jobb életminőséget jelenti. Egy hazai vizsgálatban a skálák belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult: a Cronbach- α értékek a 0,72 és a 0,98 közötti tartományban helyezkedtek el (Füzesi, Illés, Tistyán, & Czirják, 2004). A jelen vizsgálatban is megfelelőnek találtuk az alszála belső megbízhatóságát (ld. 1. táblázat).

Beck Reménytelenség Skála (Beck Hopelessness Scale, BHS; Beck, Weismann, Lester, & Trexler, 1974; Perczel-Forintos, Sallai, & Rózsa, 2001). A Reménytelenség Skála egy önkitöltős alapú mérőeszköz, amelynek segítségével a reménytelenség konstruktuma mérhető. A skála 20 állításból áll, amelyből 9 állítás a jövővel kapcsolatos, 11 pedig klinikus szakemberek által reményvesztett személynek minősített egyének megfogalmazásai. A válaszlehetőség dichotóm: igen (0), nem (1). A kérdőív kitöltése során a magasabb pontszám a reményvesztett állapot meglétére utal, és a 9 feletti pontszám komoly szuicid veszélyeztetettséget jelez. Egy hazai vizsgálatban a skála belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult: a Cronbach- α értéke 0,91 (Perczel-Forintos és mtsai, 2001). A jelen vizsgálatban is megfelelő a skála belső konzisztenciája (ld. 1 táblázat).

Fájdalom Katasztrófizálás Kérdőív (Pain Catastrophizing Scale, PCS; Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995; magyar változat: Kökönyei, 2008). A Fájdalom Katasztrófizálás Kérdőív egy 13 tételes önbeszámoló kérdőív, amelynek segítségével meghatározhatók azok a kogníciók és affektusok, amelyeket a személy a fájdalom megtapasztalásakor él át. Három skálából áll. A rumináció skála tételeivel a fájdalommal kapcsolatos fokozott figyelmi fókuszt mérhető. A felnagyítás skála itemei a fájdalom általi fenyegetettségnek eltúlzott voltát ragadják meg. Végül a tehetetlenség skála segítségével a fájdalommal szembeni tehetetlenség mérhető. A kérdőív kitöltése során a tételekre ötfokozatú Likert-típusú skálán kell válaszolni (a válaszlehetőségek végpontjai: egyáltalán nem jellemző [0] és teljes mértékben jellemző [4]). A skálákon elért magasabb pontszám az intenzívebben megélt fájdalomhoz kötődő katasztrófizáló gondolkodás meglétét jelzi. A magyar változat belső konzisztenciája megfelelő, a Cronbach- α értékei az alszála esetében 0,54 és 0,81 közötti tartományban helyezkednek el (Kökönyei, 2008) A kérdőív belső megbízhatósága a jelen vizsgálatban is megfelelőnek bizonyult (ld. 1. táblázat).

Krónikus Fájdalom Elfogadás Kérdőív (Chronic Pain Acceptance Questionnaire, CPAQ; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004; Kökönyei, 2008). A Krónikus Fájdalom Elfogadás Kérdőív egy 20 tételes önbeszámoló kérdőív, amely-

nek segítségével meghatározható a fájdalom elfogadásának mértéke két komponens segítségével. Ezek az aktivitásokban való részvétel, valamint a fájdalmi hajlandóság megléte. A kérdőív kitöltése során a tételekre hétfokozatú Likert-típusú skálán kell válaszolni (a válaszlehetőségek végpontjai: sosem igaz [0] és mindig igaz [6]). A magyar változat belső konzisztenciája megfelelő, a Cronbach- α értéke 0,744 (Kökönyei, 2008). A kérdőív belső megbízhatósága a jelen vizsgálatban is megfelelőnek bizonyult (ld. 1. táblázat).

1. táblázat. A kutatás során alkalmazott mérőeszközök leíró statisztikai adatai

Mérőeszközök	Cronbach- α (tételszám)	M	SD
Fizikai aktivitás alskála (SF-36)	0,91 (2)	43,5	26,1
Fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság (SF-36)	0,79 (4)	71,4	9,18
Testi fájdalom alskála (SF-36)	0,88 (2)	32,4	22,8
Általános egészség skála (SF-36)	0,86 (4)	36,8	22,0
Szociális aktivitás alskála (SF-36)	0,72 (2)	43,4	27,0
Érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság (SF-36)	0,75 (3)	75,3	11,8
Általános mentális egészség alskála (SF-36)	0,89 (5)	47,2	21,7
Általános egészségérzet alskála (SF-36)	0,85 (5)	37,8	21,3
Reménytelenség Skála	0,83 (20)	8,15	4,85
Rumináció alskála (PCS)	0,79 (4)	9,93	3,88
Felnagyítás alskála (PCS)	0,74 (3)	4,65	3,05
Tehetetlenség alskála (PCS)	0,93 (6)	11,4	6,35
Krónikus Fájdalom Elfogadás Kérdőív (CPAQ)	0,62 (20)	69,3	11,7

3.3. Alkalmazott statisztikai eljárások

A kérdőívek belső megbízhatóságának becslésére Cronbach- α együtthatókat számítottunk. Az életminőség egyes aspektusainak (a fizikai aktivitás, a fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság, a testi fájdalom és általános egészségvitalitás, a szociális aktivitás, az érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság, az általános mentális egészség, azaz a pszichológiai distressz és jóllét és az általános egészségérzet) prediktorait többszörös lineáris regresszióelemzéssel (enter módszer alkalmazásával) teszteltük. A modellekben minden esetben a következő változók mint független prediktorok, hatását teszteltük: reménytelenség, a fájdalomkatasztrófizáció dimenziói (rumináció, felnagyítás, tehetetlenség), a krónikus fájdalom elfogadása, és az, hogy a válaszadó mennyi ideje él együtt gerincbetegségéből adódó panaszaival. Ennek eredményei képezték az alapot a következő elemzésekhez.

Az életminőségi modellek kialakításához a strukturális egyenletekkel történő modellezés (*structural equation modeling*, SEM) módszerét választottuk (Münnich & Hidegkuti, 2012). Az általunk tesztelt két MIMIC- (*multiple indicators and multiple causes*, többszörös indikátorok és többszörös okok) modell esetében, a lineáris regresszióelemzések eredményét figyelembe véve, a fizikai életminőség látens változói között feltételeztük a fizikai aktivitás, a testi fájdalom és általános egészségvitalitás konstruktumait. A mentális életminőség indikátorváltozói kapcsán pedig a szociális aktivitás, az általános mentális egészség, azaz a pszichológiai distressz és jóllét és az általános egészségérzet változóit feltételeztük. A kimeneti változók prediktorainak meghatározása mellett az SEM modellel célunk volt feltárni, hogy a vizsgált faktorok (úgy mint fájdalomkatasztrófizáció, fájdalomelfogadás és a tünetek fellépése óta eltelt idő) között milyen hierarchia állítható fel.

A MIMIC elemzés során az átlósan súlyozott legkisebb négyzetek (*diagonally weighted least squares*, DWLS) becslést használtuk. A modellilleszkedés jóságának megítélésére az összehasonlító illesztési indexet (*comparative fit index*, CFI), a Tucker-Lewis-indexet (TLI), a közelítés gyökértékének négyzethibáját (*root mean square error of approximation*, RMSEA) és a standardizált gyökérték négyzet maradványt (*standardized root mean square residual*, SRMR) használtuk. A jó illeszkedés elvárt értékei a legalább 0,95-ös CFI és TLI (Hu & Bentler, 1998) és legfeljebb 0,08-as RMSEA és SRMR (Browne & Cudeck, 1992) értékek voltak.

Az elemzéseket a JASP statisztikai szoftver 0.11.1 verziójával végeztük (JASP Team, 2019), emellett a lavaan (v 0.6-1) R csomagot használtuk fel (Rosseel, 2012).

4. Eredmények

4.1. Az életminőség egyes aspektusainak prediktorai

Először lineáris regresszióelemzést (enter method) használtunk, hogy feltérképezzük, mely mért faktorok jelzik előre az SF 36 kérdőívvel mért életminőség különböző aspektusait, úgymint fizikai dimenziók (fizikai aktivitás, fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság, testi fájdalom, általános egészségvitalitás) és mentális dimenziók (szociális aktivitás, érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság, általános mentális egészség – azaz a pszichológiai distressz és jóllét –, valamint általános egészségérzet). A nyolc indikátort külön modellekben teszteltük, amelyekben a függő változó az életminőség-indikátor volt, és a prediktor változók pedig a reménytelenség, a fájdalomkatasztrófizáció dimenziói (rumináció, felnagyítás, tehetetlenség), a krónikus fájdalom elfogadása, és az, hogy a válaszadó mennyi ideje él együtt gerincbetegségéből adódó panaszával. A Durbin–Watson-féle autokorreláció teszt egyik modell esetén sem volt szignifikáns ($DW > 1,75$, $p > 0,100$), és a VIF értékek sem haladták meg a 4-et egyik modell esetében sem. Továbbá a modellek kapcsán nem voltak kiugró értékek, az adatpontok függetlenek voltak és a maradványértékek eloszlása is normális volt (ld. Chan, 2004 kritériumait).

A lineáris regresszióelemzés eredményei alapján (ld. 2. táblázat) a fizikai aktivitás esetében az, hogy a válaszadó mennyi ideje él együtt gerincbetegségéből adódó panaszával, negatív irányú, szignifikáns prediktorként jelent meg ($\beta = -0,25$; $p = 0,004$). A fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság esetében a modell nem volt szignifikáns. A testi fájdalom esetében negatív irányban jelezte előre a pontszámot a tehetetlenség ($\beta = -0,56$; $p < 0,001$), és az, hogy a válaszadó mennyi ideje él együtt gerincbetegségéből adódó panaszával ($\beta = -0,17$; $p = 0,033$). Az általános egészségvitalitás esetében a reménytelenség ($\beta = -0,28$; $p = 0,005$) és a tehetetlenség ($\beta = -0,52$; $p < 0,001$) egyaránt szignifikáns magyarázóerővel bírt és az összefüggés iránya mindkét esetben fordított volt.

A szociális aktivitás esetében a reménytelenség ($\beta = -0,22$; $p = 0,032$), a tehetetlenség ($\beta = -0,51$; $p < 0,001$), és a krónikus fájdalom elfogadása ($\beta = -0,21$; $p = 0,013$) szignifikánsan, negatív irányban jelezte előre a pontszámot. Az érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság esetében a modell nem volt szignifikáns. Az általános mentális egészség, azaz a pszichológiai distressz és jóllét esetében a reménytelenség ($\beta = -0,21$; $p = 0,025$) és a tehetetlenség ($\beta = -0,60$; $p < 0,001$) bizonyult szignifikáns prediktornak, mindkét esetben negatív előjellel. Az általános egészségérzet esetén pedig a tehetetlenség ($\beta = -0,40$; $p < 0,001$) jelent meg szignifikáns magyarázó változóként, ugyancsak negatív előjellel.

2. táblázat. Az életminőség egyes aspektusainak prediktorai (többszörös lineáris regresszióelemzés, β -együtthatók)

Magyarozó változók	Kimeneti változók							
	Fizikai aktivitás	A fizikai problémákból adódó szerepkorlátozottság	Testi fájdalom	Általános egészség (vitalitás)	Szociális aktivitás	Érzelmi problémákból adódó szerepkorlátozottság	Általános mentális egészség	Általános egészség-érzet
Reménytelenség	-0,183	0,022	-0,109	-0,276*	-0,215*	-0,013	-0,205*	-0,202
Rumináció	-0,081	-0,220	-0,003	0,016	-0,023	-0,067	0,014	0,173
Felnagyítás	-0,020	0,089	0,070	0,058	0,061	0,038	0,037	-0,086
Tehetetlenség	-0,234	-0,158	-0,562**	-0,515**	-0,509**	-0,250	-0,595**	-0,404**
A krónikus fájdalom elfogadása	0,028	-0,036	-0,160	0,028	-0,210*	-0,145	0,065	-0,037
Mióta él gerincproblémákkal	-0,246**	-0,107	-0,168*	-0,059	-0,085	-0,037	-0,050	-0,083
F	7,92	2,04	11,10	13,80	11,40	2,02	17,90	6,24
(df)	(6, 114)	(6, 114)	(6, 114)	(6, 114)	(6, 114)	(6, 114)	(6, 114)	(6, 114)
p	< 0,001	0,066	<0,001	<0,001	<0,001	0,069	<0,001	<0,001
R ²	0,257	0,049	0,337	0,389	0,342	0,048	0,457	0,208

Megjegyzés: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; R^2 = a megmagyarázott variancia, a valóságos, populációbeli megmagyarázott hányad torzítatlan becslése (adjusted R²).

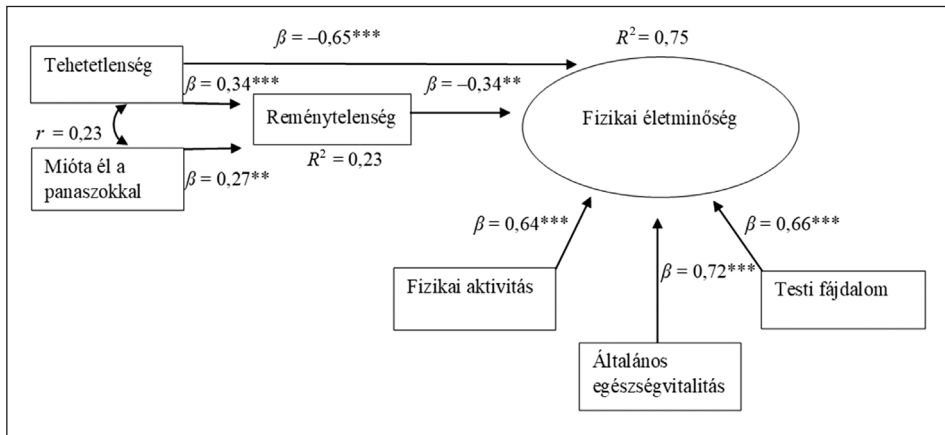
4.2. A fizikai és a mentális életminőséget magyarázó modellek

A lineáris regresszióelemzések eredményei alapján két modellt teszteltünk strukturális egyenlet modellezés (SEM) eljárással – ezen belül MIMIC elemzéssel –, egyet a fizikai és egyet a mentális életminőség indikátoraira. A modellekben a kimeneti változók a fizikai és mentális indikátorokból álló látens változók voltak, amelyet a *fizikai életminőség* kapcsán a fizikai aktivitás, az általános egészségvitalitás és a testi fájdalom komponensek alkottak. A *mentális életminőséget* pedig a szociális aktivitás, az általános mentális egészség és az általános egészségérzet komponensek képezték. A lineáris regresszióelemzés fentebb részletezett eredményei miatt a két szerepkorlátozottság skála nem került bele a modellekbe.

4.2.1. A fizikai életminőséget magyarázó modell

A fizikai életminőség modellre futtatott MIMIC elemzés megfelelő modellilleszkedést mutatott ($\chi^2(7) = 10,29$; $p = 0,173$; CFI = 0,98; TLI = 0,98; RMSEA = 0,06 [90% CI: 0,01–0,14]; SRMR = 0,06). A fizikai aktivitás ($\beta = 0,64$; $p < 0,001$), a testi fájdalom ($\beta = 0,66$; $p < 0,001$) és az általános egészségvitalitás ($\beta = 0,72$; $p < 0,001$) egyaránt szignifikánsan töltöttek a látens változóra.

A hipotéziseinkkel összhangban mind a tehetetlenség érzése – amely a fájdalomkatasztrofizálás egyik aspektusa ($\beta = -0,65$; $p < 0,001$) –, mind pedig a reménytelenség érzése ($\beta = -0,34$; $p < 0,01$) direkt, szignifikáns hatással, negatív irányban jelezték előre a fizikai életminőséget. A tehetetlenség érzése ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$) és a panaszokkal való együttélés hossza ($\beta = 0,27$; $p < 0,01$) egyaránt hozzájárult az egyének reménytelenségérzésének fokozottabb mértékéhez. Az indirekt útvonalakat tekintve, mind a tehetetlenség ($\beta = -0,11$; $p = 0,003$), mind a panaszok fennállása óta eltelt idő ($\beta = -0,09$; $p = 0,006$) ugyan gyenge, de szignifikáns, indirekt hatást gyakorolt a mentális életminőségre a reménytelenség mediáló hatásán keresztül is. Ennek értelmében tehát, a korábban ismertetett direkt hatások mellett, mind a tehetetlenség szubjektív megélése, mind a panaszok fennállásának hosszabb ideje a reménytelenségérzést fokozva is negatív, közvetett hatást gyakorolt az egyén fizikai életminőségére. A panaszokkal való együttélés hossza és a tehetetlenség érzése között ezen túlmenően egy gyenge, pozitív irányú együttjárás is fennállt ($r = 0,23$; $p = 0,027$). A modellben szereplő változók, a bemutatott összefüggésekkel a reménytelenségérzés varianciájának 23%-át, míg a fizikai életminőség varianciájának 75%-át magyarázzák meg (1. ábra).



1. ábra. Gerincbetegek fájdalomkatasztrifizálásához és fájdalomdatálásához kötődő, reménytelenséget, valamint fizikai életminőséget bemutató MIMIC-modell

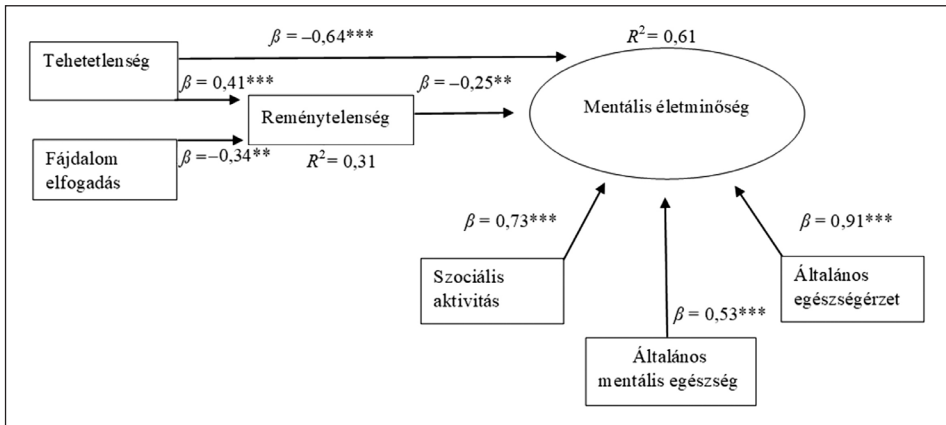
Megjegyzés: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; $R^2 =$ adjusted R^2 ; egyenes, egyirányú nyíl = standardizált útegyütthatók; íves, kétirányú nyíl = korrelációs együttható.

4.2.2. A mentális életminőséget magyarázó modell

A mentális életminőség modellre futtatott MIMIC elemzés ugyancsak megfelelő modellilleszkedést mutatott ($\chi^2(7) = 11,30$; $p = 0,126$; CFI = 0,99; TLI = 0,98; RMSEA = 0,07 [90% CI: 0,01-0,15]; SRMR = 0,05). A szociális aktivitás ($\beta = 0,73$; $p < 0,001$), az általános mentális egészség, azaz a pszichológiai distressz és jóllét ($\beta = 0,91$; $p < 0,001$) és az általános egészségérzet ($\beta = 0,53$; $p < 0,001$) egyaránt szignifikánsan töltötték a látens változóra.

Az eredményeik – hangsúlyozva a részben exploratív fókusz és elemzés indokoltságát – miközben alátámasztják hipotéziseinket, részben eltérő összefüggéseket mutatnak a fizikai életminőség magyarázómodelljével összehasonlítva. E modellben is, mind a katasztrifizálás tényezőjeként megjelenő tehetetlenség ($\beta = -0,64$; $p < 0,001$), mind pedig a reménytelenség ($\beta = -0,25$; $p = 0,017$) direkt szignifikáns hatással, negatívan jelezte előre a mentális életminőség pontszámot. Azonban a mentális életminőséget magyarázó modellben a reménytelenséget a tehetetlenségérzés ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$) pozitív irányban, a fájdalom elfogadása ($\beta = -0,34$; $p = 0,004$) pedig negatív irányban jelezte előre. Ennek értelmében tehát, míg a tehetetlenség a reménytelenségérzés növekedéséhez, addig a fájdalom elfogadása annak mérséklődéséhez járulhat hozzá. Az indirekt útvonalakat tekintve továbbá a tehetetlenség ($\beta = -0,10$; $p = 0,005$) a reménytelenség mediáló hatásán ke-

resztül negatívan, indirekten is hat a mentális életminőségre, azonban a fájdalom elfogadása esetében ez az indirekt, szintén szignifikáns ($\beta = 0,08$; $p = 0,006$) hatás értelem szerűen pozitív irányú. Így, míg a tehetetlenség megélése, tovább növelve a reménytelenség szubjektív érzését, rontja az egyén mentális életminőségét, addig a fájdalom elfogadása, a reménytelenségérzés csökkentésén keresztül, javítani képes azt (noha mindkét indirekt hatás gyengének tekinthető). A modellbe emelt változók, ezen összefüggésekkel a reménytelenség varianciájának 31%-át, míg a mentális életminőség varianciájának 61%-át magyarázzák meg (2. ábra).



2. ábra. Gerincbetegek fájdalomkatasztrófizálásához és fájdalomelfogadásához kötődő, reménytelenséget, valamint mentális életminőséget bemutató MIMIC-modell

Megjegyzés: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; R^2 = adjusted R^2 ; egyenes, egyirányú nyíl = standardizált útegyütthatók.

5. Megbeszélés

Tanulmányunk fő célja az volt, hogy nők körében megvizsgáljuk a lumbális gerincszakaszon diagnosztizált gerincproblémákból fakadó krónikus fájdalom életminőségre gyakorolt hatását a panaszok fennállásának ideje, a fájdalomkatasztrófizáció, a reménytelenség, továbbá a fájdalom elfogadása tükrében. Tekintve, hogy krónikus fájdalom szempontjából a mozgásszervi panaszokkal élők veszik igénybe leggyakrabban az egészségügyi ellátórendszert, elengedhetetlen azon tényezők vizsgálata, amelyek a krónikus fájdalommal való együttélés pszichológiai hátterét alkotják (Simoncsics & Stauder, 2017). Az általunk vizsgált modellek esetén – ahogy az az 1–2. ábrán látszik – a panaszok fennállása óta eltelt idő, a tehetetlenség, valamint a reménytelenség, közvetett és közvetlen hatásokon keresztül egy-

aránt, negatív irányban jelezték előre a fizikai életminőséget. Hasonlóképp, a tehetetlenség érzése és a reménytelenség fokozottabb megélése negatív irányban jelezte előre a mentális életminőséget. Ezzel szemben – hipotézisünkkel összhangban – a fájdalom elfogadásának megléte a reménytelenség érzésének csökkenését eredményezte, amely pozitívan befolyásolta a mentális életminőség aspektusait. Az eredményeink alátámasztják, hogy – feltételezésünket igazolva – az életminőség külön dimenziói (ti. fizikai és mentális) kapcsán indokolt volt két külön modellt tesztelni. A következőkben ezeket az eredményeket tekintjük át részletesen.

A *fizikai életminőség* vizsgálatára készített útmodellünk eredményei alapján megállapítható, hogy a fizikai aktivitás, a testi fájdalom, valamint az általános egészségvitalitás konstruktumai által alkotott fizikai életminőséget a reménytelenség szubjektív érzése közvetlen úton negatívan befolyásolta. A tehetetlenség mint a fájdalomkatasztrófizáció egyik alfaktora szintén negatívan befolyásolta a fizikai életminőséget direkt, illetve a reménytelenségre gyakorolt negatív hatásán keresztül indirekt úton is, noha utóbbi, közvetett hatása jóval gyengébbnek mondható. Szignifikáns prediktornak bizonyult továbbá a panaszok jelentkezése óta eltelt idő is, amely egyfelől a reménytelenség meglétét pozitívan előrejelezte, másfelől – a reménytelenségérzés közvetítő hatásán keresztül – gyengén, de indirekt úton a fizikai életminőséget is negatívan befolyásolta. Az eredmények rámutattak továbbá, hogy az idői dimenzió, tehát a panaszok megjelenése óta eltelt idő az egyén által megélt tehetetlenség érzésével is együtt járást mutatott. Eredményeink tehát azt mutatják, hogy minél intenzívebb a tehetetlenség érzése, illetve minél több ideje él együtt panaszaival, annál nagyobb a reményvesztettség érzése, amely hatások pedig negatívan befolyásolják a fizikai életminőséget is. Ahogy azt korábbi kutatások eredményei is alátámasztották, a fájdalom katasztrófizálása hatással van a fájdalomküszöb csökkenésére, ami inaktivitáshoz, tehát a fizikai aktivitás csökkenéséhez vezethet (Weissman-Fogel, Sprecher, & Pud, 2008). Ezzel együtt az elkerülő viselkedés (a potenciális fájdalomélményhez vezető aktivitások kerülése) szintén fokozódik, azonban a rendelkezésre álló adatok (Simoncsics & Stauder, 2017) szerint sem az inaktivitás, sem az elkerülő magatartás nem csökkenti a derékfájdalmat, így e szempontból is maladaptívnek tekinthetők a katasztrófizáló kogníciók. A betegségtudat azonban mindezek eredményeként rögzülhet, az aktivitásokból való kivonódás pedig a szociális kapcsolatok fenntartását is nehezítheti, mi több, meggátolhatja (Kököneyi, 2008). A fájdalom katasztrófizálása gátolhatja a megküzdést, ezáltal fennmarad a krónikus fájdalom által kiváltott passzív szerep. A túlzott figyelmi beszűkülés a fájdalommal összefüggésben álló élményekkel kapcsolatban, illetve az izoláció, valamint a kontroll elvesztése a tehetetlenség érzésének kialakulásához vezethet (Kököneyi, 2008). A katasztrófizáció és a saját kontrollképessé-

ség e szélsőségesen negatív észlelése felerősítheti a szorongást, a félelemérzetet, a bizonytalan jövőképet, amelyek együtt a reményvesztettség érzésének fokozódásához vezethetnek (Rhudy & Meagher, 2000; Halama & Dedová, 2007). Továbbá, eredményeink utolsó pontját tekintve elmondható, hogy minél régebbi időpontra datálható a fájdalom megjelenése, annál több negatív pszichés változást tapasztalhat meg az egyén (Császár-Nagy és mtsai, 2014), ahogy ezt jelen kutatás is igazolta, mind a tehetetlenség és reménytelenség érzései, mind a rossz fizikai életminőség kapcsán

A *mentális életminőség* vizsgálatára készített útmodellünk eredményei alapján az alábbi összefüggések feltételezhetőek. Megállapítható, hogy a szociális aktivitás, az általános egészségérzet, valamint az általános mentális egészségérzet által alkotott mentális életminőséget a reménytelenség érzése közvetlen úton negatívan befolyásolta. Továbbá – a fizikai életminőséghez hasonlóan – szignifikáns prediktornak bizonyult a tehetetlenség, mint a fájdalomkatasztrófizáció egyik alfaktora, amely a mentális életminőséget direkt, illetve a reménytelenségre gyakorolt hatásán keresztül indirekt úton is, noha gyengén, negatívan befolyásolta. Ezen összefüggések tehát alapvetően hasonlóak, mint a fizikai életminőség-modell esetében. Fontosnak tartottuk azonban egy olyan változó bevonását a vizsgálatba, amelynek megléte a pszichés egyensúly helyreállítását szolgálhatja. Eredményeink szerint a fájdalom elfogadása az elvártnak megfelelő összefüggést mutatta. A fájdalom elfogadása a reménytelenség érzésének csökkenését eredményezheti, mi több egy közvetett, noha gyenge hatáson keresztül, a reménytelenség érzésének közvetítésével, az egyén mentális életminőségére is pozitív hatást gyakorolt. Mint ahogy korábbi eredmények (McCracken, 1998) is igazolták, a fájdalomélmény átkeretezése, a fájdalom elfogadása jobb pszichés mutatókkal jár együtt és csökkenti a diszfunkcionalitást. A krónikus fájdalom jelenléte esetében a fájdalom elfogadása így a pszichológiai jóllét prediktorának tekinthető (Kökönyei, 2008; McCracken & Eccleston, 2005). A fájdalom elfogadása esetében a depresszív és a fájdalommal kapcsolatos szorongásos tünetek (mint a mentális jóllét fontos mutatói) csökkennek, míg a fizikai aktivitás, valamint a produktivitás pozitív irányú változást mutat (McCracken & Eccleston, 2003). Bizonyított, hogy azon betegek, akik identitásukat, jövőképüket újradefiniálták, céljaikat átkeretezték és a fájdalom jelensége nem uralta gondolat- és érzelmvilágukat – tehát a fájdalommal való együttélés képességével elfogadták a fájdalmukat –, jobb pszichés és fizikai mutatókkal rendelkeztek (McCracken & Eccleston, 2005). Eredményeinkkel igazoltuk, hogy azon betegek esetén, akiknél a fájdalom elfogadásának megléte igazolható volt, jobb mentális életminőséggel és a reménytelenség érzésének kisebb mértékével voltak jellemezhetőek.

Összefoglalva elmondható, hogy a krónikus fájdalommal való együttélés többtényezős folyamat, amelynek számos eleme hatást gyakorol egymásra.

A fájdalom negatív hatással van az életminőségre, a pszichés jóllétre, azonban a pszichés összetevők is befolyásolják a fájdalom élményének alakulását (Császár-Nagy és mtsai, 2014). Az eredmények azt mutatják, hogy a vizsgált változók effajta dinamikus kapcsolata bizonyítható a degeneratív gerincbetegséggel élő nők körében is. Általánosságban, a fájdalom katasztrofizálása, kiváltképp a tehetetlenségérzés előjelzi a reménytelenség megélését, amely pedig negatívan hat a fizikai aktivitásra, a testi fájdalom észlelésére, valamint az általános egészségvitalitásra; hasonló összefüggésben e negatív hatások igazolhatóak továbbá a szociális aktivitásra, az általános egészségérzetre, valamint az általános mentális egészségérzetre vonatkozóan is.

Eredményeinkből – hangsúlyozva azok megerősítésének szükségességét – néhány általánosabb gyakorlati következtetés vonható le. A krónikus fájdalom nemcsak a testi panaszok érzékelésére és értékelésére terjed ki, hanem pszichológiai, szociális és fiziológiai tényezők egyaránt alakítják, és ezen elemek dinamikus interakcióban vannak egymással (Turk & Okifuji, 2002). Mindezekből, valamint az eredményeinkből következik, hogy a testi panaszok kezelése mellett kiemelkedően fontos a megfelelő pszichés támogatás biztosítása.

A panaszok fennállásának időbeli elhúzódása – ahogy ezt jelen vizsgálat is igazolta – csökkenti a fizikai életminőséget. Fontos ezért, hogy a pszichés egyensúlybomlás, valamint a fizikai aktivitás megszűnésének elkerülése érdekében a tünetek és az azokat kiváltó elváltozás kezelése által a fájdalommal való együttélés idejét a lehető legrövidebb időre redukálják. Mindezek mellett fontos, hogy a szorosabb pszichés támogatás lehetősége elérhető legyen azok számára, akik hosszabb ideje élnek a panaszokkal. Az eredmények alapján, a fájdalom értékelésének átkeretezése, a célok és a jövőkép újradefiniálása, a kontroll képességének visszaszerzése, valamint a perspektívaváltás védőfaktoroként szolgálhat e folyamatban. Feltételezhető, hogy a fájdalom elfogadása kontextusfüggő és a fájdalom intenzitásának függvényében változhat. Azonban magában foglalja azokat a folyamatokat és működési lehetőségeket, amelyekről fentebb már szó esett, ezáltal támogathatja a megfelelő életminőség kialakítását.

A fájdalommal való megküzdést támogató pszichológiai intervenciók egyik lehetséges módszere a mindfulness meditáció módszerén alapuló terápiák. A tudatos jelenlét során az egyén figyelmét a jelenre összpontosítja, az érzések és gondolatok nem kerülnek elhelyezésre negatív, illetve pozitív spektrumok mentén, hanem elfogadó attitűddel a tudatosság tárgyát képezik. A tudatos jelenlétben alapuló stresszcsoökkentés (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) hatásos technikának bizonyult a krónikus fájdalommal való együttélés esetében (Kabat-Zinn, 1982). A tudatos jelenlét alapú kognitív terápia (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) kombi-

nálja a mindfulness gyakorlatait és a kognitív viselkedésterápia elemeit. Ez a megközelítés segíthet a negatív érzések és a maladaptív minták megszüntetésében (Borbély, 2018) – így feltételezhetően a katasztrófizáló kogníciók mérséklésében is. Krónikus derékfájdalommal élők körében vizsgálták a mindfulness technikák hatékonyságát. A hatékonyságvizsgálat eredményei rámutattak, hogy a nyolchetes mindfulness programban részt vevő betegcsoport körében csökkentek a negatív érzelmek a krónikus fájdalommal kapcsolatban, sikeresen megküzdöttek a fájdalommal szembeni félelemmel, valamint csökkent a fájdalom észlelt jelentősége is (Luiggi-Hernandez és mtsai, 2018). További kutatások eredményei igazolták, hogy a deréktáji panasszal élők körében a mindfulness technikát alkalmazó terápiák jótékony hatást gyakorolhatnak a beteg életminőségére, jóllétére és szubjektív fájdalomélményére egyaránt (Morone, Lynch, Greco, Tindle, & Weiner, 2008; Morone, Rollman, Moore, & Weiner, 2009). Hasonlóképp igazolásra került, hogy opioid kezelés alatt álló, krónikus deréktáji fájdalommal élő betegcsoport körében a tudatos jelenlét és a kognitív viselkedésterápia hatására csökkent a fájdalomérzékenység és a fájdalom érzékelésének súlyossága (Zgierska és mtsai, 2016). Ezen felül ígéretes módszernek bizonyult az elfogadás és elköteleződés terápia (Acceptance and Commitment Therapy; ACT) is a krónikus fájdalommal élők körében (Veehof, Trompetter, Bohlmeijer, & Schreurs, 2016). A fájdalommal szemben kialakult negatív érzések és gondolatok elkerülése iránti igény növelheti azok viselkedésre gyakorolt hatását. Ennek következtében a viselkedés beszűkültté válik és megjelenik a pszichés rugalmatlanság. A terápia célja, hogy csökkenjen ezen negatív affektusok viselkedésre gyakorolt hatása (Eisenbeck, Schlosser, Szondy, & Szabó-Bartha, 2016). Ennek a módszernek köszönhetően csökkenhet a fájdalomélmény, ami pozitív hatást gyakorolhat az életminőségre (Vowles, McCracken, Sowden, & Ashworth, 2014). Számos kutatás eredménye igazolja, hogy az elfogadás és elköteleződés terápiának köszönhetően csökkenhet a depresszió, valamint a szorongás mértéke, illetve a fájdalom katasztrófizálása krónikus deréktáji fájdalommal élők körében (Craner, Lake, Bancroft, & George, 2020; Johnston-Foster, Shennan, Starkey, & Johnston, 2010; Mason, Mathias, & Skevington, 2008). Hasonlóképp, krónikus derékfájdalommal élő nők körében az elfogadás és elköteleződés terápia pozitívan befolyásolhatja az életminőséget (Mousavi, Kraskian, Hassani, & Pashang, 2018).

A kutatásunk eredményeinek értékelése mindazonáltal nem nélkülözheti a vizsgálat és az elemzés korlátainak figyelembevételét. A vizsgált változókat önbeszámolón alapuló módszerekkel mértük, amelyeknek korlátai – mindenekelőtt a szubjektív torzítás lehetősége – jól ismertek. Tény azonban, hogy a legtöbb általunk vizsgált konstruktum lényegéhez tartozik a szubjektív észlelés, mi több, másként nem is értelmezhető változókról van

szó (pl. reménytelenségérzés). Ezzel együtt megemlítendő, hogy individuális különbségek adódhatnak a szubjektív fájdalomélmény meghatározása kapcsán is, amely befolyásoló hatással bírhat, és ezáltal egyéni eltéréseket eredményezhet az életminőség és egyéb pszichés változók vizsgálatakor. Longitudinális vizsgálat alkalmazásával és egyéb változók beemelésével lehetőség nyílna különböző protektív tényezők meghatározására az életminőség tükrében, amelyek további segítséget nyújthatnak a krónikus fájdalommal élőket támogató intervenciókban. Továbbá a vizsgálati elemszám növelése és a férfiak bevonása lehetővé tenné a mentális és szomatikus életminőséget bejósoló tényezők vizsgálatát a nemek közti esetleges eltérések (mint moderátor hatások) figyelembevételével is. Ennek kapcsán hangsúlyozandó, hogy mind a reménytelenségérzés (Hamidzadeh és mtsai, 2020), mind a fájdalomkatasztrofizálás (Forsythe, Thorn, Day, & Shelby, 2011; Sullivan és mtsai, 2020) kapcsán feltételezhetőek nemi különbségek, noha ismertek ennek ellentmondó eredmények is (Malfliet és mtsai, 2020). A vizsgálati mintaelemszám bővítése mindazonáltal lehetővé tenni ezen, esetleges módosító hatások megbízható vizsgálatát is. Végezetül, hangsúlyozandó, hogy a jelen tanulmányban bemutatott modellek nem szükségszerűen reprezentálják a kizárólagosan igaz modelleket jelen változók kapcsolódásait, összefüggéseit tekintve, ekként feltételezhetően alternatív modellek, más összefüggésekkel is jó illeszkedést mutathatnak mind a fizikai, mind a mentális életminőség tekintetében. Mindazonáltal elmondható, hogy jelen modellek jól illeszkednek az empirikus adatokra. A modellek széles körű érvényességét mindazonáltal további, jelen vizsgálatától független mintákon való teszteléssel lehetne meggyőzően igazolni.

Irodalom

- Arnau, R. C., Rosen, D. H., Finch, J. F., Rhudy, J. L., & Fortunato, V. J. (2007). Longitudinal effects of hope on depression and anxiety: A latent variable analysis. *Journal of Personality*, 75, 43–64.
- Banozic, A., Miljkovic, A., Bras, M., Puljak, L., Kolcic, I., Hayward, C., et al. (2018). Neuroticism and pain catastrophizing aggravate response to pain in healthy adults: an experimental study. *The Korean Journal of Pain*, 31(1), 16–26.
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, 16(4), 266–275.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
- Borbély, I. (2018). A tudatos jelenlét alapú stresszredukációs technika (MBSR) hatásairól az IPOO-modell aspektusából. *Különleges Bánásmód*, 4(2), 45–54.
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O’Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T., et al. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160–164.

- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230–258.
- Chapman, C. R., & Gavrín, J. (1999). Suffering: the contributions of persistent pain. *The Lancet*, 353, 2233–2237.
- Chenot, J. F., Becker, A., Leonhardt, C., Keller, S., Donner-Banzhoff, N., Hildebrandt, J., et al. (2008). Sex differences in presentation, course, and management of low back pain in primary care. *The Clinical Journal of Pain*, 24(7), 578–584.
- Craner, J. R., Lake, E. S., Bancroft, K. A., & George, L. L. (2020). Treatment outcomes and mechanisms for an ACT-based 10-week interdisciplinary chronic pain rehabilitation program. *Pain Practice*, 20(1), 44–54.
- Czibalmos Á., Nagy Zs., Varga Z., & Husztik P. (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Népegészségügy*, 1, 4–19.
- Csabai, M., & Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Császár-Nagy, N., Bagdi, P., Font, O., Harkai, V., & Stoll, D. (2014). A krónikus fájdalom pszichoterápiás kezelési lehetőségei. *Gerincgyógyászati Szemle*, 1(1), 48–58.
- Császár-Nagy, N., Bagdi, P., Harkai, V., Mezei, Á., & Stoll, D. (2015). Pszichológiai munka a gerincgyógyászatban. *Gerincgyógyászati Szemle*, 2(1), 46–52.
- Du, H., & King R. B. (2013). Placing hope in self and others: Exploring the relationships among self-construals, locus of hope, and adjustment. *Personality and Individual Differences*, 54, 332–337.
- Eisenbeck, N., Schlosser, K., Szondy, M., & Szabó-Bartha, A., (2016). Elfogadás és elköteleződés terápia: Elméleti és gyakorlati alkalmazások. *Psychiatria Hungarica*, 31(3), 239–247.
- Elvery, N., Jensen, M. P., Ehde, D. M., & Day, M. A. (2017). Pain catastrophizing, mindfulness, and pain acceptance. *The Clinical Journal of Pain*, 33(6), 485–495.
- Fernandez, M., Colodro-Conde, L., Hartvigsen, J., Ferreira, M. L., Refshauge, K. M., Pinheiro, M. B., et al. (2017). Chronic low back pain and the risk of depression or anxiety symptoms: insights from a longitudinal twin study. *The Spine Journal*, 17(7), 905–912.
- Fillingim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M. C., Rahim-Williams, B., & Riley III, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *The Journal of Pain*, 10(5), 447–485.
- Forsythe, L. P., Thorn, B., Day, M., & Shelby, G. (2011). Race and sex differences in primary appraisals, catastrophizing, and experimental pain outcomes. *The Journal of Pain*, 12(5), 563–572.
- Füzesi Zs., Illés T., Tistyán L., & Czirják L. (2004). *A felnőtt népesség egészségi állapota a Dél-dunántúli régióban*. Pécs: Reproflex Kiadó és Nyomda Kft.
- Gatchel, R. J., & Oordt, M. S. (2003). *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration* (117–134). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of chronic pain on patients' quality of life: a comparative mixed-methods study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 133–141.
- Halama, P., & Dedová, M. (2007). Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: Do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Studia Psychologica*, 49, 191–200.
- Hale, S., Grogan, S., & Willott, S. (2010). Male GPs' views on men seeking medical help: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 697–713.
- Hamidzadeh, N., Ranjbar, S., Ghanizadeh, A., Parvizi, M. M., Jafari, P., & Handjani, F. (2020). Evaluating prevalence of depression, anxiety and hopelessness in patients with Vitiligo on an Iranian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1–7.

- Hammarström, A., & Annandale, E. (2012). A conceptual muddle: an empirical analysis of the use of 'sex' and 'gender' in 'gender-specific medicine' journals. *PLoS One*, 7(4), e34193. DOI: 10.1371/journal.pone.0034193
- Harreby, M., Kjer, J., Hesselsoe, G., & Neergaard, K. (1996). Epidemiological aspects and risk factors for low back pain in 38-year-old men and women: a 25-year prospective cohort study of 640 school children. *European Spine Journal*, 5(5), 312–318.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424–453.
- Hülsebusch, J., Hasenbring, M. I., & Rusu, A. C. (2016). Understanding pain and depression in back pain: the role of catastrophizing, help-/hopelessness, and thought suppression as potential mediators. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(3), 251–259.
- Illés, S. T. (2015). A derékfájás: mikor és mit tegyünk? *Oroszi Hetilap*, 156(33), 1315–1320.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(5), 393–402.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47.
- Keogh, E. (2006). Sex and gender differences in pain: a selective review of biological and psychosocial factors. *Journal of Men's Health and Gender*, 3(3), 236–243.
- Kököneyi, Gy. (2008). *Érzelémszabályozás krónikus fájdalomban* (PhD-értekezés). Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar.
- Küchler, T. & Bullinger, M. (2000). Onkologie. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza: *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte Methoden Anwendungen* (144–158). Landsberg: Ecomed.
- Luigi-Hernandez, J. G., Woo, J., Hamm, M., Greco, C. M., Weiner, D. K., & Morone, N. E. (2018). Mindfulness for chronic low back pain: a qualitative analysis. *Pain Medicine*, 19(11), 2138–2145.
- Malfliet, A., De Pauw, R., Kregel, J., Coppieters, I., Meeus, M., Roussel, N., & Nijs, J. (2019). Gender differences in the association of brain gray matter and pain-related psychosocial characteristics. *Pain Physician*, 22(3), 191–203.
- Marshall, P. W., Schabrun, S., & Knox, M. F. (2017). Physical activity and the mediating effect of fear, depression, anxiety, and catastrophizing on pain related disability in people with chronic low back pain. *PLoS One*, 12(7). DOI: 10.1371/journal.pone.0180788
- Martel, M. O., Thibault, P., & Sullivan, M. J. (2011). Judgments about pain intensity and pain genuineness: the role of pain behavior and judgmental heuristics. *The Journal of Pain*, 12(4), 468–475.
- Mason, V. L., Mathias, B., & Skevington, S. M. (2008). Accepting low back pain: Is it related to a good quality of life. *The Clinical Journal of Pain*, 24(1), 22–29.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21–27.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197–204.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164–169.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159–166.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008). "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *The Journal of Pain*, 9(9), 841–848.

- Morone, N. E., Rollman, B. L., Moore, C. G., Li, Q., & Weiner, D. K. (2009). A mind-body program for older adults with chronic low back pain: results of a pilot study. *Pain Medicine, 10*(8), 1395–1407.
- Mousavi, S. M., Kraskian Mujembari, A., Hassani Abharian, P., & Pashang, S. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment-based therapy (ACT rehab) on quality of life, severity and duration of pain; in women with chronic low back pain. *Iranian Rehabilitation Journal, 16*(1), 103–110.
- Münnich, Á., & Hidegkuti, I. (2012). Strukturális egyenletek modelljei: Oksági viszonyok és complex elméletek vizsgálata pszichológiai kutatásokban. *Alkalmazott Pszichológia, 12*(1), 77–102.
- Myers, C. D., Riley III, J. L., & Robinson, M. E. (2003). Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. *The Clinical Journal of Pain, 19*(4), 225–232.
- Novy, D. M., Simmonds, M. J., Olson, S. L., Lee, C. E., & Jones, S. C. (1999). Physical performance: differences in men and women with and without low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 80*(2), 195–198.
- O'Brien, R., Hunt, K., & Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science and Medicine, 61*(3), 503–516.
- Ong, A. D., Edwards, L. M., & Bergeman, C. S. (2006). Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personality and Individual Differences, 41*, 1263–1273.
- Perczel-Forintos, D., Sallai, J., & Rózsa, S. (2001). A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica, 16*(6), 632–643.
- Poppe, C., Crombez, G., Devulder, J., Hanouille, I., Vogelaers, D., & Petrovic, M. (2011). Personality traits in chronic pain patients are associated with low acceptance and catastrophizing about pain. *Acta Clinica Belgica, 66*(3), 209–215.
- Rhudy, J. L., & Meagher, M. W. (2000). Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Pain, 84*, 65–75.
- Rosenberg, J. C., Schultz, D. M., Duarte, L. E., Rosen, S. M., & Raza, A. (2015). Increased pain catastrophizing associated with lower pain relief during spinal cord stimulation: Results from a large post-market study. *Neuromodulation: Technology at The Neural Interface, 18*(4), 277–284.
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. Version 0.5–12 (BETA). *Journal of Statistical Software, 48*(2), 1–36.
- Schneider, S., Randoll, D., & Buchner, M. (2006). Why do women have back pain more than men? A representative prevalence study in the Federal Republic of Germany. *The Clinical Journal of Pain, 22*(8), 738–747.
- Semeru, G. M., & Halim, M. S. (2019). Acceptance versus catastrophizing in predicting quality of life in patients with chronic low back pain. *The Korean Journal of Pain, 32*(1), 22–29.
- Simoncsics, E., & Stauder, A. (2017). A félelem és elkerülési hiedelmek krónikus fájdalom-ban. A FABQ kérdőív magyar változatának fordítása és validálása. *Orvosi Hetilap, 158*(24), 949–955.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualising, measuring and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development, 73*, 355–360.
- Stoll, D., Kása, D., & Lazáry, J. (2017) Derékfájás és depresszió. *Gerincgyógyászati Szemle, 4*(2) 126–135.
- Sullivan, M. J. L., & Bishop, S., Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment, 7*, 524–532.
- Sullivan, M. J. L., Tripp, D. A., & Santor, D. (2000). Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 121–134.

- Tiringer, I., Nagy, E., Teleki, Sz., Žilinski, N., & Szabados, E. (2020). Tapasztalatok egy manualizált csoportos edukációs programmal az osztályos kardiológiai rehabilitációban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 21(1), 86–110.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., et al. (2018). Chronic pain as a symptom and a disease: the IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases ICD-11. *Pain*, 160, 19–27.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, 678–690.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B., et al. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106(1–2), 65–72.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014). Psychological flexibility in coping with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 30(4), 324–330.
- Weissman-Fogel, I., Sprecher, E., & Pud, D. (2008) Effects of catastrophizing on pain perception and pain modulation. *Experimental Brain Research*, 186(1), 79–85.
- World Health Organization (1997). *WHOQOL; Measuring quality of life*. WHO: Geneva.
- Zgierska, A. E., Burzinski, C. A., Cox, J., Kloke, J., Stegner, A., Cook, D. B., et al. (2016). Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy intervention reduces pain severity and sensitivity in opioid-treated chronic low back pain: pilot findings from a randomized controlled trial. *Pain Medicine*, 17(10), 1865–1881.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak a vizsgálatban részt vevő minden érintett személynek.

Szerzői munkamegosztás

Nagy Ildikó: hipotézisek kidolgozása, mérőeszközök kiválasztása, a vizsgálat és az adatgyűjtés lefolytatása, a kézirat megszovegezése. Zsidó András Norbert: a statisztikai számítások elvégzése, a statisztikai elemzés módszertanának és az eredmények leírása, a kézirat szövegének ellenőrzése. Teleki Szidalisz Ágnes: hipotézisek kidolgozása, a kézirat szövegének ellenőrzése, a kutatás kísérése. A kézirat végleges szövegét minden szerző megismerte és azt jóváhagyta.

Nyilatkozat érdekütközésről

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

NAGY, ILDIKÓ – ZSIDÓ, ANDRÁS NORBERT –
TELEKI, SZIDALISZ ÁGNES**The impact of pain catastrophizing,
acceptance of chronic pain and hopelessness on quality
of life of female patients with low back pain**

Introduction: In this study we examine the effect of pain catastrophizing, pain acceptance, and hopelessness on quality of life (QoL) of female patients with chronic low back pain (caused by disc herniation, vertebrae slippage or segmental instability). Numerous studies suggested that pain catastrophizing, and pain acceptance are closely related to the quality of life of patients with chronic low back pain, having a significant negative effect on the physical and mental well-being of the individuals. However, the positive effect of pain acceptance on the patient's quality of life could be also assumed. *Objectives:* The primary aim of this study was to examine the factors that predict the mental and physical quality of life of chronic low back pain female patients. *Methods:* This cross-sectional study involved 121 female patients (age_{mean} = 47.9 [SD = 10.9] years). Measures: Beck Hopelessness Scale, Short Form 36 health survey questionnaire, Pain Catastrophizing Scale, Chronic Pain Acceptance Questionnaire. *Results:* Regarding the physical QoL, the analyses revealed that helplessness ($\beta = 0.34, p < 0.001$) and the time since the onset of pain symptoms ($\beta = 0.27, p = 0.007$) predicted positively the degree of hopelessness. Hopelessness ($\beta = -0.34, p = 0.008$) in turn, had a negative direct effect on the physical QoL. Moreover, and besides the indirect pathway, helplessness ($\beta = -0.65, p < 0.001$) had a direct negative effect on the physical quality of life of the patients. Explained variance is 75%. The model fit the data well ($\chi^2(7) = 10.29, p = 0.173, CFI = 0.98, TLI = 0.98, RMSEA = 0.06$ [90% CI: 0.01-0.14], SRMR = 0.06). Regarding the model of mental quality of life, the analyses revealed that helplessness ($\beta = 0.41, p < 0.001$) positively, while the acceptance of chronic pain ($\beta = -0.34, p = 0.004$) negatively predicted the degree of hopelessness. Hopelessness in turn ($\beta = -0.25, p = 0.017$) had a direct negative effect on the mental QoL. Helplessness, moreover, also had a direct effect ($\beta = -0.64, p < 0.001$) on mental QoL. Explained variance is 61%. The model of mental quality of life showed a proper fit ($\chi^2(7) = 11.30, p = 0.126, CFI = 0.99, TLI = 0.98, RMSEA = 0.07$ [90% CI: 0.01-0.15], SRMR = 0.05). *Conclusions:* The analyses revealed that chronic back pain affects several dimensions of quality of life. The results showed that pain catastrophizing and helplessness increase the feelings of hopelessness, which, in turn, negatively influences the patients' mental and physical quality of life. Hopelessness results in negative changes both in mental and physical quality of life indicators. These results suggest that increasing coping with pain, restructuring the sense of helplessness, and the acceptance of chronic pain can enhance the mental quality of life as well as decrease the feelings of hopelessness.

Keywords: low back pain, chronic pain, hopelessness, pain catastrophizing, chronic pain acceptance

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)