







EREDETI
KÖZLEMÉNY

ORIGINAL ARTICLE

A műtéli felkészítés hatásának vizsgálata gerincműtétet követően

SÜTŐ Judit¹ , KLEKNER Álmos² , NAGY János³ ,
SZEMÁN-NAGY Anita¹ 

¹Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Pszichológiai Intézet, Debrecen

²Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Idegsebészeti Klinika, Debrecen

³Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Onkológiai Intézet, Debrecen

 | Hungarian | <https://doi.org/10.18071/isz.76.0046> | www.elitmed.hu

Levelező szerző

(correspondent):

SÜTŐ Judit, Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Pszichológiai Intézet, Személyiséglélektani Tanszék; 4002 Debrecen, Egyetem tér 1. Telefon: +36207753883, e-mail: sumedjster@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-3364-9602>

Érkezett:

2021. augusztus 19.

Elfogadva:

2021. november 25.

Háttér és cél – Interdiszciplináris kutatások igazolják, hogy a betegek sebészeti beavatkozással kapcsolatos félelmei és szorongásai meghatározó szerepet játszanak a műtét utáni felépülés sikerességében. A pszichoedukáció olyan professzionális információátadó módszer, melynek célja a betegek betegségükkel és az azzal való megküzdéssel kapcsolatos ismereteinek bővítése, a betegséghez kapcsolódó problémák érzelmi feldolgozása. Amennyiben a betegek a műtétet követően kompetensnek érzik magukat a saját gyógyulási folyamatukban, kevesebb fájdalmat élnek át, hamarabb válnak önellátóvá, és csökken a klinikán eltöltött ápolási napok száma.

Módszerek – Kutatásunk során azt vizsgáltuk, hogy a gerincműtétet megelőző pszichoedukáció milyen mértékben befolyásolja a gerincműtétet követő időszak gyógyszerigényét (fájdalomcsillapító-fogyasztás).

Eredmények – Megállapítottuk, hogy a betegoktatásban részesülő vizsgálati csoport műtét utáni gyógyszerigénye szignifikánsan kisebb, mint a kontrollcsoporté.

Következtetés – Eredményeink alátámasztják, hogy a sebészeti betegellátás részét képező pszichoedukáció elősegíti a betegek minél hamarabbi mobilizációját, testi-lelki jólétének helyreállítását, ezáltal a pszichológus mindennapi jelenléte a sebészeti osztályokon hozzájárul a betegellátás költséghatékony kivitelezéséhez.

Kulcsszavak: gerincműtét, pszichoedukáció, mentális jóllét, költséghatékony sebészet

The effect of surgical psychoeducation on the outcome of spinal surgery

Sütő J; Klekner Á, DSc; Nagy J; Szemán-Nagy A, PhD

Background and purpose – Interdisciplinary researches demonstrate that patients' fears and anxieties about surgery play a key role in the success of postoperative recovery. Psychoeducation is a professional information transfer method that aims to increase patients' knowledge about their disease, and how to cope with it, and to emotionally process the problems associated with the disease. If patients feel competent in their own healing process after surgery, they will experience less pain and become self-sufficient sooner, thereby the number of nursing days spent in the clinic reduces.

Methods – In this study the effect of psychoeducation before spinal surgery on the use of postoperative analgetics was investigated.

Results – The drug consumption of the study group who had been previously administered patient education is significantly reduced in comparison the control group.

Conclusion – Cooperation of a psychologist in surgical therapy promotes early recovery of patients in physical and mental well-being and reduces the costs of rehabilitation as well.

Keywords: spinal surgery, psychoeducation, mental well-being, cost-effective surgical care

Az invazív terápiás beavatkozás közismerten kiemelkedő stresszhelyzet a betegek számára, akik a fekvőosztályra kerülve számtalan szokatlan helyzettel találkoznak, ami további jelentős feszültségnövekedéssel járhat. Alapbetegségükön túl gondot okozhat számukra a bizonytalanság érzése, a megszokottól eltérő tárgyi és személyi környezet vagy a mások általi megítélés fenyegetettsége^{1,2}.

A betegek műtéti ellátásában a legfrissebb irányelvek a multidiszciplináris kezelést tartják a leghatékonyabbnak, melynek egyik alappillére a betegek pszichés vezetése, felvilágosítása (edukáció) képezi. A pszichoedukáció kis és közepes határfokkal javítja a fizikai funkcionalitást, az általános egészségi állapotot, továbbá csökkenti a fájdalomtüneteket³⁻⁶. A műtétet követő időszak megélése a fájdalom szempontjából is könnyebbé válik, a beteg hamarabb nyeri vissza önálló képességét, hamarabb kezdi meg a gyógyulás mobilizációs fázisát, és szubjektíve is jobb testi állapotról számol be, mint azok, akik a műtétet követően a fájdalom miatt még napokig ágynyugalomra kényszerülnek⁷. A pszichoedukáció hatékonyságát a krónikus fájdalom kezelésében elsőként a Stanford Egyetemen vizsgálták: a *LeFort* és munkatársai által kidolgozott pszichoedukációs program hatékonyságát egy randomizált, kontrollált tanulmány segítségével határozták meg. A vizsgálat arra az eredményre jutott, hogy a résztvevők kisebb mértékű fájdalomról, fokozott életerőről és javuló mentális egészségről számoltak be a pszichoedukációt követően. A betegek a mindennapi élettevékenységeikben aktívabban vettek részt, kevésbé függtek a környezetüktől, és életükkel is elégedettebbek voltak azokhoz képest, akik a pszichoedukációs programban nem vettek részt⁸. Ezekből az eredményekből sejthető, hogy azok a terápiák, amelyek az etiológia különálló elemeire koncentrálnak, korlátozott hatékonysággal bírnak. Ezzel szemben komplex kezelési móddal a fájdalomcsökkenés, az életminőség-javulás és a költség-hatékonyság szempontjából is rendkívül meggyőző kezelési eredmények érhetők el^{3,4,9}.

A vizsgálat során arra voltunk kíváncsiak, hogy a műtét előtt álló betegek pszichoedukációs foglalkozáson való részvétele milyen módon befolyásolja a betegek posztoperatív gyógyszerfogyasztását, fájdalomcsillapító-igényét összehasonlítva azokkal a betegekkel, akik a műtétet megelőzően pszichoedukációs foglalkozáson nem vettek részt. Feltételeztük, hogy a beavatkozás előtti pszichológiai felkészítés jelentős szerepet játszik a páciens állapotának javulásában. Feltételezésünk szerint a gerincműtét előtt álló, pszichoedukációban részt vevő betegek a gerincműtétet követően kevesebb fájdalomcsillapítót igényelnek, mint a pszichoedukációban nem részesülő kontrolleszort.

Tanulmányunkban vizsgáltuk továbbá, hogy a sebészeti beavatkozástól való szorongás műtét előtti mértéke

milyen mértékben függ össze a műtétet követő gyógyszerfogyasztás mértékével.

Tanulmányunk figyelemfelhívás is, mellyel hangsúlyozni szeretnénk, hogy a gerincsebészeti ellátásban a pszichológusi munka a minőségi betegellátás jelentős sarokkövét képezheti.

A vizsgálat módszere

A kutatás vizsgálati és kontrolleszortját a Debreceni Egyetem Idegsebészeti Klinika ambulanciájáról gerincműtéti indikációval távozó, az adott életkori tartományba eső – 35 és 65 éves kor közötti –, véletlenszerűen kiválasztott betegek alkották. Az adott életkori tartományba eső betegek véletlenszerű kiválasztását – a betegek érkezési sorrendjében – az idegsebészeti ambulancián dolgozó idegsebészek végezték. A vizsgálati és kontrolleszortba egyaránt 15 fő került beválogatásra, akiknél egyszintű ágyéki porckorongsérvműtétet terveztek.

A vizsgálatból való kizáró tényezők a következők voltak: cukorbetegség, illetve egynél több gerincműtét az anamnézisben. A cukorbetegség önmagában okozója lehet idegi eredetű fájdalomnak, ami az éppen kialakult, gyöki kompresszióból adódó idegfájdalomhoz hozzáadódva a beteg nagyobb mértékű gyógyszerfogyasztását idézheti elő. Továbbá a többszörös gerincműtéten átesett betegek jó eséllyel a korábbi műtéti terület heges gyógyulása miatt nagyobb horderejű és nehezen visszakövethető etiológiájú fájdalomakkal kísérve néznek szembe a soron következő műtéttel, így várhatóan több fájdalomcsillapítót fogyasztanak, mint az első alkalommal operáltak¹⁰.

A vizsgálati csoportba tartozó betegeket a műtétet megelőző aneszteziológiai ambulancián történő kivizsgálás alkalmával személyes beszélgetés keretén belül pszichoedukációban részesítettük. Mielőtt a pszichoedukációt elkezdtük, az arra vállalkozó betegek kitöltötték a „Sebészeti beavatkozástól való félelem kérdőív”-et, az információs megküzdési stílust felmérő, 3 kijelentést tartalmazó kérdőívet és a demográfiai kérdőívet.

A sebészeti beavatkozástól való félelem kérdőív

Interdiszciplináris kutatás igazolja, hogy a betegek sebészeti beavatkozásokkal kapcsolatos félelme és szorongása meghatározó szerepet játszik a műtét utáni felépülés sikerességében¹¹. A műtétet megelőző szorongás ugyanis olyan negatív és megterhelő érzelmi állapotot hoz létre, ami hátráltatja a beteget a regenerálódás folyamatában. A kérdőív 10 kérdésből áll (**1. táblázat**), és 10 fokú Likert-skálán értékelhető (0: Egyáltalán nem félek, 9: Nagyon félek) A kérdőívben meghatározott K-értékek

1. táblázat. *A Sebészeti Beavatkozástól Való Félelem Kérdőív magyar változata; a kérdőív kérdései. (A betegek számára a kérdőív kitöltése előtt átadott üzenet: A kérdőív segítségével szeretnénk felmérni, hogy milyen félelmei vannak az Ön előtt álló sebészeti beavatkozással kapcsolatban)*

1. Félek a műtétől.
2. Félek az érzéstelenítéstől.
3. Félek a műtét utáni fájdalomtól.
4. Félek a műtét utáni kellemetlen mellékhatásoktól (mint például a hányinger).
5. Félek, hogy a műtét miatt romlani fog az egészségem.
6. Félek, hogy a műtét nem sikerül.
7. Félek a kórházi tartózkodástól.
8. Aggódom a családom miatt.
9. Félek, hogy nem fogok teljesen felépülni a műtét után.
10. Félek a műtétet követő hosszú rehabilitációtól.

szempontjából a csoportok közötti különbség meghatározását T-próbával teszteltük.

A beteg információs megküzdési (Information coping style) stílusát felmérő kérdőív

A megküzdés vagy coping fogalma kognitív és viselkedéses erőfeszítéseket, cselekvéseket foglal magába, amelyek segítségével az egyén képes kezelni, csökkenteni és megszüntetni az erőforrásait igénybe vevő, külső és/vagy belső konfliktusokat¹².

Az információs megküzdési stílusról való tájékozódás azért fontos a pszichoedukáció megtartása előtt, mert azok, akik hajlamosak egyetérteni a kérdőív kijelentéseivel, információkeresők, és számukra előnyösebb, ha specifikusabb és pontosabb információt kapnak. Azok azonban, akik nem értenek egyet a kérdőív állításaival – ők az információkerülő páciensek –, előnyösebb, ha csak általános jellegű tájékoztatásban részesülnek. Az információkeresők számára az általános szabály, hogy minél több információt kapnak, annál jobb, ezzel ellentétben az információkerülő páciensek a részletes információkra negatívan reagálhatnak. A kérdőívben igen-nem választ vártunk a betegről azzal kapcsolatban, hogy egyetért-e vagy sem a következő három kijelentéssel: 1. Ha könyvekből, folyóiratokból és televíziós programokból tájékozódhatok egészségügyi állapotommal és a műtéti lehetőségekkel kapcsolatosan, akkor kényelmesebben érzem magam, magabiztosabb leszek, és úgy érzem, hogy kontrollálom az eseményeket. 2. Szeretek részletes információt kapni az állapotomról. 3. A részletes egészségügyi információ nem okoz számomra problémát. Azok esetében, akik a három állítással nem értettek egyet, előnyösebb volt, ha általános jellegű információkban részesültek.

Demográfiai kérdőív

A demográfiai kérdőívben tájékozódunk a beteg neméről, életkoráról és korábbi műtéteinek a számáról. Amennyiben a beteg életkora meghaladta a 65 évet vagy nem érte el a 35 évet, a vizsgálati és kontrollcsoportból kizárásra került. Amennyiben a demográfiai kérdőívben a beteg egynél több gerincműtéten való részvételére fény derült, az szintén a vizsgálatból való kizárást eredményezte.

A pszichoedukáció

A pszichoedukációt és a betegek felmérését is pszichológusjelölt végezte, klinikai szakpszichológus felügyelete mellett.

A pszichoedukáció során kitérünk a műtétet megelőző, a betegre vonatkozó várható teendőkre, az étkezési megszorításokra, ruhaviselési szabályokra, tisztálkodási ajánlásokra, a gyógyszerigénylés módjára, a konkrét műtét körüli beavatkozásokra, a műtét utáni mobilizáció időzítésére, módjára stb. A pszichoedukáció keretein belül a beteget megismertetjük az ellátás helyszínével, a klinikai osztállyal, a műtő, a váró és a nővérpult képeivel, így az ellátási körülmények részletes bemutatásával és előre végiggondolásával mérséklődik az ismeretlentől való félelem és a testhatárléppéssel járó beavatkozástól való szorongás.

A kontrollesoport tagjai a „Sebészeti beavatkozástól való félelem kérdőív”-et és a demográfiai kérdőívet töltik ki, de pszichoedukációban nem részesülnek.

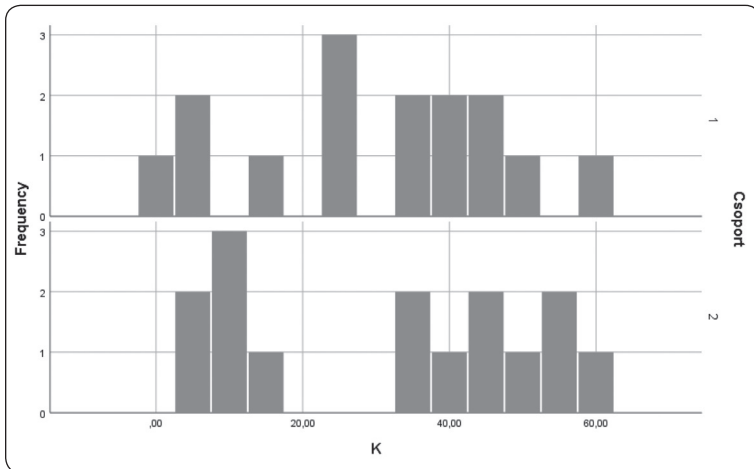
A fájdalomcsillapító-fogyasztás meghatározása

A műtétet követő nap fájdalomcsillapítása egy kétlépcsős protokoll alapján történik. Amennyiben a beteg fájdalomról panaszkodik, először diclofenacinfúziót kap. Ezt követően, ha fájdalma egy órán belül nem enyhül, vénásan kaphat még egy noraminofenazon-ampullát, ami szükség esetén ismételhető. Miután a műtét megtörtént, a klinikai tartózkodás alatti gyógyszerfogyasztás mértékét a lázlapon vezetett adatokból határoztuk meg, és a statisztikai elemzéshez Mann–Whitney-próbát alkalmaztunk.

Eredmények

A betegek adatainak statisztikai elemzéséhez az SPSS programot használtuk.

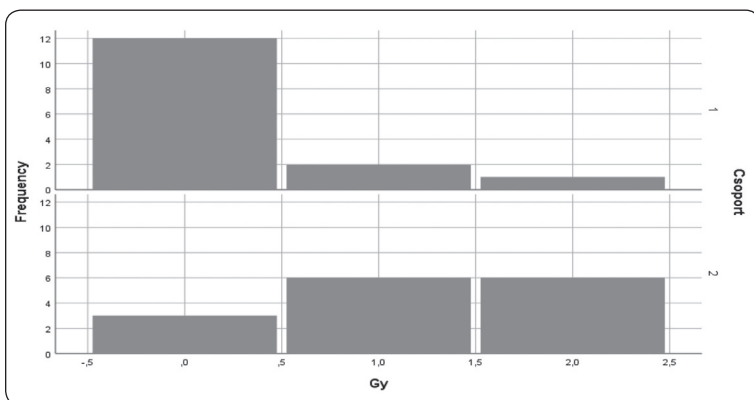
A betegek műtétet követő nap gyógyszerfogyasztás szempontjából három kategóriába sorolhatók: voltak, akik egyáltalán nem kértek gyógyszert (0), míg mások vagy csak Diclofenac-infúziót kaptak (1), vagy az infúziót



1. ábra. A gyógyszerfogyasztás mértékének és a betegek „Sebészeti beavatkozásoktól való félelem kérdőívben” elért eredményeinek megoszlása a vizsgálati és a kontrollcsoportban. Frequency = a gyógyszerfogyasztás mértéke; K = a kérdőívben szereplő kérdésekre adott pontszám (0-100); 1 = vizsgálati csoport; 2 = kontrollcsoport. Az oszlopok az egyes betegek értékeit jelentik

2. táblázat. A vizsgálati és a kontrollcsoport műtét előtti K-értékei (K-érték: a sebészeti kérdőív kérdéseire adott válaszok pontszámai)

	Csoport	N	Átlag	Standard deviáció	Standard átlagos hiba
K	1	15	29,33	17,28	4,46
K	2	15	32,00	20,35	5,25



2. ábra. A vizsgálati és a kontrollcsoport gyógyszerigénye. 1 = vizsgálati csoport (a diagram felső sora); 2 = kontrollcsoport (a diagram alsó sora); Frequency = a betegek száma; Gy = gyógyszerfogyasztás; 0 = nem kért fájdalomcsillapítót; 1,0 = diclofenacinfúziót igénylő betegek; 2,0 = diclofenac és noraminofenazon hatóanyag-tartalmú gyógyszert igénylő betegek

még ki kellett egészíteni noraminofenazon hatóanyag-tartalmú gyógyszerrel is (2).

Ahogy az **1. ábrán** látható, a vizsgálati és a kontrollcsoportba egyaránt kerültek alacsony és magas K-értéket mutató betegek is (K-érték: a sebészeti beavatkozástól való félelem kérdőív kérdéseire adott válaszok pontszámai). A diagram felső részén a pszichoedukációt kapott csoport tagjainak eredményei, az alsó részben pedig a pszichoedukációt nem kaptak eredményei láthatók. Amint azt az elvégzett T-próba bizonyítja, a két csoport statisztikai összehasonlítása során a K-értékekben nem volt szignifikáns különbség a két csoport között, ugyanis az egyik csoportban a K-érték átlaga 29,3, a másik csoportban pedig 32,0 volt ($p = 0,7$) (**2. táblázat**).

Az eredmények azt mutatják, hogy a vizsgálati és a kontrollcsoport műtét előtti pszichés paramétereiben nem volt szignifikáns különbség. Ezért feltételezhetjük, hogy a két csoport műtét utáni gyógyszerfogyasztásában tapasztalható eltérést nem a preoperatív szorongásban esetleg fennálló különbség, hanem a pszichoedukációban való részesülés okozza.

A pszichoedukációban részesült és a pszichoedukációban nem részesült csoport fájdalomcsillapító-igényének különbsége

Átlagot számolva a gyógyszerfogyasztás értékeiből [(nem fogyasztott (0), csak diclofenactartalmú infúziót (1), diclofenactartalmú infúziót és noraminofenazon hatóanyag-tartalmú gyógyszert is fogyasztott (2)] elmondhatjuk, hogy a pszichoedukációban részesült csoport tagjai jellemzően nem kértek műtét után fájdalomcsillapítót (medián = 0,00), míg a nem pszichoedukált csoport tagjai jellemzően igényeltek fájdalomcsillapítót a műtétet követő napon (medián = 1,00).

A **2. ábráról** leolvasható, hogy a vizsgálati csoport tagjai – akik részesültek pszichoedukációban (a diagram felső sora) – inkább nem kértek gyógyszert a műtétet követő napon (15-ből mindössze 3-an kértek), ugyanakkor a kontrollcsoport tagjai – akik nem részesültek pszichoedukációban (a diagram alsó sora) – nagyobb

számban igényeltek fájdalomcsillapítót a műtétet követő napon (15-ből 12-en, Mann–Whitney-próbával $p = 0,001$).

Megbeszélés

Kutatásunk vizsgálati csoportjában a betegek a műtétet megelőzően pszichoedukációs programban vettek részt, melynek keretein belül kitértünk a klinika mint ellátó hely bemutatására, továbbá a betegek részletes tájékoztatást kaptak a műtétet megelőző nap, a műtét napja és a műtétet követő nap történéseivel kapcsolatban, és minden felmerülő kérdésekre választ kaptak. A vizsgálat kontrollcsoportjába tartozó betegek pszichoedukációs programban nem vettek részt. Hipotézisünket, ami szerint a műtétet megelőző pszichoedukációs programban való részvétel csökkenti a műtétet követő napon a fájdalomcsillapító fogyasztását, eredményeink alátámasztották.

Vizsgáltuk továbbá a betegek műtét előtti pszichés állapota és a pszichoedukációtól függő műtét utáni gyógyszerfogyasztás összefüggéseit. Ebben a tekintetben nem mutatkozott különbség a vizsgálati és a kontrollcsoport között, hiszen a két csoportnak a műtét előtti szorongást értékelő kérdőívben elért pontszáma nem különbözött szignifikánsan egymástól. Tehát elmondhatjuk, hogy a beteg pszichés bemeneti státuszától függetlenül, a beteg információs megküzdési stílusát figyelembe vevő, műtét-

tel megelőző pszichoedukációnak jó hatása van a műtétet követő gyógyszerfogyasztás mértékére. Megállapítottuk, hogy a pszichoedukációban részesülők – akár szorongtak, akár nem – kevesebb gyógyszert igényeltek, mint a pszichoedukációban nem részesült csoport tagjai.

Következtetések

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a sebészeti betegellátás részét képező pszichológusi munka kiemelkedő jelentőségű lehet. Amennyiben a betegek műtétet követően kompetensnek érzik magukat saját gyógyulási folyamatukban, kevesebb fájdalmat élnek át, aminek következtében hamarabb válhatnak önellátóvá. Ezt a folyamatot erősítheti tovább a betegek pszichés gondozásának eredményeképpen mérséklődött gyógyszerfogyasztás is.

Eredményeink alapján a gerincbetegek műtét előtti, pszichológus bevonásával történő pszichoedukációja minden idegsebészeti és gerincsebészeti osztályon a rutin terápiás protokoll részeként ajánlható.

ÉRDEKELLENÉT – A szerzők kijelentik, hogy a tanulmány kapcsán semmilyen összeférhetlenség nem áll fenn.

TÁMOGATÁSI FORRÁSOK – Dr. Klekner Álmot támogatta a nemzeti agykutatási program: 2017-1.2.1-NKP-2017-00002 „National Brain Research Program NAP 2.0”.

Irodalom

1. Császár-Nagy N. Pszichológiai munka a gerincgyógyászatban. *Gerincgyógyászati Szemle* 2015;5:46-52.
2. Bagdi P. Pszichoedukáció a gerincgyógyászatban. *Gerincgyógyászati Szemle* 2016;5:20-26.
3. Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *J Pain* 2006;7:779-3. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2006.08.005>
4. Thomsen A, Sorensen J, Sjogren P. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *European Journal of Pain* 2002;6:341. [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00023-X](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00023-X)
5. Du S, Xiao YC. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2011;85:299-310. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.021>
6. McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain* 2008;36:126-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015>
7. Block A. A gerincsebészet pszichológiája. Budapest: Hydelight Event and Communication; 2018.
8. LeFort SM, Gray-Donald K, Rowat, KM, Jeans ME. Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Journal of Pain* 1998;74:297-306. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(97\)00190-5](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(97)00190-5)
9. Deardorff WW, Reeves JL. *Preparing for surgery: A mind-body approach to enhance healing and recovery*. Oakland CA: New Harbinger Publications; 1997.
10. Chi H, Kim C, Kee C, Sukyoun S, Bo R, Choi M, et al. The relationship between diabetes and the reoperation rate after lumbar spinal surgery: a nationwide cohort study. *The Spine Journal* 2015;15:866-74. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2015.01.029>
11. Ali A, Altun D, Oguz BH. The effect of preoperative anxiety on postoperative analgesia and anesthesia recovery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *J Anesth* 2014;28:222-7. <https://doi.org/10.1007/s00540-013-1712-7>
12. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 1980;21:21939. <https://doi.org/10.2307/2136617>