

Reumatológiai rehabilitációs osztályokon kezelt krónikus mozgásszervi betegek életminőségének és szociális körülményeinek vizsgálata.

Doktori értekezés

Sallai Julianna Rozália

Semmelweis Egyetem
Patológia tudományok Doktori Iskola



Doktori Iskola vezetője:

Dr. Kovalszky Ilona, Dsc egyetemi tanár

Programvezető:

Dr. Domján Gyula CSc főiskolai tanár

Konzulens:

Dr. Domján Gyula CSc főiskolai tanár

Hivatalos bírálók:

Dr. Horváth Mónika PhD, főiskolai tanár

Dr. Horváth Szabolcs CSc, főorvos

Szigorlati bizottság elnöke:
emeritus

Dr. Forgács Iván CSc, professzor

Szigorlati bizottság tagja:

Dr. Baji Ildikó PhD főiskolai docens

Dr. Erdősi Erika PhD főiskolai docens

Budapest
2016

Tartalom

1. Rövidítések jegyzéke	4
2. Bevezetés	5
2.1. A mozgásszervi eredetű fogyatékoság egyéni terhei	5
2.1.1. A mozgásszervi betegségek egyéni terhei	6
2.1.2. A mozgásszervi betegségek gazdasági és társadalmi terhei	10
2.2. A mozgásszervi eredetű fogyatékoság megelőzésének stratégiái	15
2.2.1. A kockázati tényezők szűrésének feltételei	15
2.3. A vizsgált betegségek rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei	20
2.3.1. A rheumatoid arthritis rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei	20
2.3.2. Az arthrosis rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei	22
2.3.3. Az osteoporosis rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei	24
2.3.4. A derékfájás rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei	26
2.4. A krónikus mozgásszervi betegek ellátását és társadalmi reintegrációját szabályozó jogszabályok áttekintése hazánkban az Európai Unió irányelveknek megfelelően.	30
3. Célkitűzések	33
3.1. Kérdésfeltevés	33
3.2. Hipotézisek	33
3.3. A vizsgálat tervezete	34
4. Módszerek	35
4.1. Beteganyag	35
4.1.1. A vizsgált betegek demográfiai adatai	36
4.1.2. A vizsgált betegek diagnosztikus megoszlása	38
4.2. Kérdőívek	38
4.2.1. A krónikus mozgásszervi betegek szociális körülményei	39
4.2.2. A betegek betegségének adatai	39
4.2.3. A betegek felvilágosításának vizsgálata	39
4.2.4. A beteg tisztában van-e az igényelhető segítségnyújtás formáival?	40

4.2.5. A betegek milyen segítségnyújtásra lenne leginkább szüksége?.....	40
4.2.6. A betegeknek milyen a társadalmi státuszuk?.....	40
4.2.7. A betegek életminőség mérése	41
4.2.8. A betegek kedélyállapotának vizsgálata.....	41
4.3. Statisztikai elemzés.....	41
5. Eredmények.....	42
5.1. Életkörülmények.....	42
5.2. A betegség körülményei	47
5.3. A megelőzésről kapott tájékoztatás	53
5.4. A betegek életminősége.....	65
5.5. A betegek kedélyállapotának jellemzői.....	69
6. Megbeszélés	72
7. Következtetések.....	76
7.1. Az eredmények összefoglalása, azok gyakorlati haszna, új megállapítások.....	76
7.2. A rehabilitáció egymásra épülő rendszerei.....	77
7.3. A társadalmi környezet gondolkodásmódja	79
7.4. A szociális szolgáltatások fejlesztésének prioritása	79
8. Összefoglalás	80
8.1. Summary.....	81
9. Irodalomjegyzék	82
10. Publikációs jegyzék	91
10.1. Az értekezés témájában megjelent eredeti publikációk:.....	91
10.2. Egyéb - nem az értekezés témájában megjelent - eredeti publikációk:.....	91
11. Köszönetnyilvánítás	93
12. Mellékletek	94

1. Rövidítések jegyzéke

BNO	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
CDC	Centers for Disease Control
CT	computer tomográfia, számítógépes röntgenvizsgálat
Ca	kalcium
DALY	Disability-Adjusted-LifeYears, fogyatékosságban töltött életévek
ENSZ	Egyesült Nemzetek Szervezete
EU	Európai Unió
GNP	bruttó nemzeti termék
GDP	bruttó hazai termék
GBP	angol font
IU	International Unit, nemzetközi egység
MRI	(magnetic resonance imaging),mágneses rezonancia képalkotás
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
ORFI	Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet
RR	relatív kockázat
RA	rheumatoid arthritis
SF-36	generikus skála (36 kérdésből álló rövidített formájú generikus életminőség vizsgáló kérdőív)
\$	USA dollár
TTI	testtömeg index
USA	Amerikai Egyesült Államok
USD	US dollár
UV	ultraviola sugárzás
WHO	World Health Organization, Egészségügyi Világszervezet

2. Bevezetés

2.1. A mozgásszervi eredetű fogyatékoság egyéni terhei

A megváltozott munkaképességű emberek munkaerő-piaci integrációjának akadálya a piacképes korszerű szaktudás, szakképzettség hiánya. Az elhelyezkedés lehetőségét csökkentik a befogadó oldal hiányosságai; mint az akadálymentesítés alacsony szintje, a munkaadói oldal nem megfelelő fogadókészsége a részmunka, otthoni munka lehetőségének hiánya., az előítéletek megléte és a tolerancia hiánya

Magam részéről arra vállalkoztam, hogy megvizsgáljam, hazánkban a 4 leggyakoribb krónikus mozgásszervi betegségben szenvedők demográfiai és szociális adatai életminősége vajon indokolja-e, hogy fekvőbeteg gyógyintézetben, orvosi rehabilitációban részesüljenek?

Dolgozatomban a következő összefüggésekre kívánok rávilágítani:

a. Magyarország elsőként csatlakozott a Csont és Ízület Évtizede 2000-2010 mozgalomhoz, (1). illetve annak meghosszabbításához, a Csont és Ízület Évtizedéhez (2011-2020) is (2). Az Évtized egyik célkitűzése a mozgásszervi betegek rehabilitációjának javítása. Ezért vizsgálom meg, hogy jelenleg milyen a gyógyintézeti rehabilitációban részesülő mozgásszervi betegek, kor, nem, és társadalmi megoszlása szociális helyzete, életminősége, mert erről hazai felmérés még nem készült.

b. Munkahelyemen az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetben végzett munka és a munka során tapasztaltak motiváltak arra, hogy országos kutatást végezzek, mely során azt vizsgálom, hogy milyenek a mozgásukban korlátozott, fogyatékos, azaz a megváltozott munkaképességű – fekvőbeteg gyógyintézetben, rehabilitált krónikus mozgásszervi betegek demográfiai adatai, szociális helyzetük, életminőségük.

Magyarország Alaptörvényének XII. cikkében: „Mindenkinek joga van a munka és a foglalkozás szabad megválasztásához, valamint a vállalkozáshoz. Képességeinek és lehetőségeinek megfelelő munkavégzéssel mindenki köteles hozzájárulni a közösség gyarapodásához. Magyarország törekszik megteremteni annak feltételeit, hogy minden munkaképes ember, aki dolgozni akar, dolgozhasson” (3).

Minden intézkedésnek arra kell irányulnia, hogy a fogyatékos ember, ne kerüljön ki a munka világából, s ha kikerült, mielőbb kerüljön vissza, a nyílt munkaerőpiacra. s ott állapotának, munkaképességének megfelelő munkaviszony -

gazdasági függetlensége megteremtődjék. A fogyatékos személyt megilleti az élet minden területéhez való teljes, diszkriminációmentes hozzáférés joga.

Ennek gerincét képezi az oktatáshoz, a pályaválasztáshoz, a munkalehetőségekhez való egyenlő hozzájutás lehetőségének biztosítása (4).

Az alacsony iskolai végzettségűek, a romák és a megváltozott munkaképességű emberek munkaerő piaci helyzete még gazdasági fellendüléskor is keveset javult.

Magyarország az Európai Unió tagjaként az Európai Közösséget Létrehozó Szerződés 128. cikkelyének bekezdése értelmében köteles évente jelentést készíteni a foglalkoztatáspolitikai intézkedéseiről (5). Magyarország első alkalommal 2004. évben nyújtotta be a Nemzeti Foglalkoztatás Akciótervét (6).

Az Akciótervben többek között megfogalmazásra került, hogy a foglalkoztatás bővítésére irányuló intézkedések megvalósítása során kiemelt cél a megváltozott munkaképességű és a fogyatékos emberek munkaerő-piaci helyzetének javítása. A magyar törvény mintájával ehhez szeretnék adatokat szolgáltatni.

2.1.1. A mozgásszervi betegségek egyéni terhei

A mozgásszervi betegségek igen gyakoriak, az Európai Unióban minden negyedik személy szenved ilyen betegségben (7).

E betegek száma a népesség öregedése és civilizációs ártalmak következtében jelentősen növekszik (8).

A mozgásszervi betegségek költsége a szív és érrendszeri betegségeket követően a második a világon, több mint a rákbetegség költsége (9).

A mozgásszervi betegségek felelősek a legtöbb fogyatékoságért a világon (8). Az ízületi betegségek, az arthrosis és a rheumatoid arthritis a szív és érrendszeri betegségek előfordulását és halálozását kétszeresére emelik (10).

A mozgásszervi betegségek kockázatát demográfiai adatok (nem, kor) szociális adatok (iskolázottság, munkakör, szociális helyzet) is befolyásolja, míg a betegség terhét az életminőség is befolyásolja (11).

A Csont és Ízület Évtizede 2000-2010 feladatul tűzte, hogy a mozgásszervi betegségek megelőzését és kezelését, betegek rehabilitációját világszerte javítja (12), és ebben jelentős eredményeket ért el, hazánkat is beleértve (13).

A Csont és Ízület Évtizede kiemelten vizsgálta a mozgásszervi betegségek közül a rheumatoid arthritis, arthrosis, derékfájás és az osteoporosis epidemiológiai adatait, kockázati, betegsúlyossági, egészségügyi ellátási adatait, és ajánlásokat tett ezeknek

a betegségeknek a prevenciójára, kezelésére, rehabilitációjára, bizonyítékokon alapuló vizsgálatok alapján (7). A rehabilitáció fogalmát az angolszász irodalom kétféle értelemben használja; Az Egyesült Nemzetek definíciója: A rehabilitáció cél-orientált, időben kötött folyamat, mely azt célozza, hogy a károsult személy visszanyerje/elérje, mentális, fizikai és társadalmi funkcióinak optimumát (14).

Praktikus értelemben a rehabilitáció multidiszciplináris folyamat, vagyis „a rehabilitáció orvosi, szociális, foglalkozási és oktatási tevékenységek alapján kombinált és kondicionált alkalmazása, mely az egyént a legjobb elérhető funkcionális állapotba hozza (15).”

Bizonyítékokon alapuló vizsgálatok sajnos nem történtek sem a szubakut vagy krónikus fájdalomszindrómák (elsősorban a derékfájás), sem a csípőtáji törés esetén alkalmazandó multidiszciplináris rehabilitáció, sem rheumatoid arthritis, arthrosis, rehabilitációja vagy ízületi műtétek utáni rehabilitáció tekintetében (16). Az idézett cikk szerint a multidiszciplináris rehabilitáció drága, s csak akkor költséghatékony, ha a beteg visszatér a munkába, elkerüli a betegállományt vagy krónikus ápolási otthonban való elhelyezést. Fekvőbeteg gyógyintézeti orvosi rehabilitációban részesülő, a fenti betegségekben szenvedő betegek demográfiai adatait, szociális helyzetét, életminőségét sem vizsgálták. Ilyen átfogó vizsgálatot sem a világ, sem a hazai irodalomban nem találtam. Ambuláns rehabilitációban részesülőkről megbízható hazai adatunk nincs. Hogy a reumatológiai-, ortopédiai vagy fizioterápiás szakrendeléseken kezelték közül ki részesül orvosi rehabilitációban, s ki egyszerűen kezelésben, azt nem lehet megállapítani. A hazai rehabilitációs gyakorlat más, mint az angolszász gyakorlat: nálunk nem operált rheumatoid arthritises, arthrosisos és osteoporosisos betegeket is rehabilitálnak fekvőbeteg gyógyintézetben, bár ennek eredményét, költséghatékonyágát elsősorban szponzor hiányában – nem mérték fel. A mozgásszervi betegségek emberek százmillióit betegítik meg világszerte, a súlyos, hosszan tartó fájdalommal és sokszor rokkantsággal, fizikai fogyatékoságot okozó betegségek között a második helyen szerepelnek (7).

A fejlett országokban az 50 év feletti emberek valamennyi krónikus megbetegedésének felét a csont és ízületi panaszok adják (10).

Hazánkban legalább nyolcvan-százezren szenvednek krónikus ízületi gyulladásban minden negyedik páciens mozgásszervi panaszok miatt keresi fel házi orvosát (17). A mozgásszervi betegségek száma mindenütt növekszik, ezért

évtizedünkben világszerte programok indultak megelőzésükre, hatékonyabb kezelésükre és rehabilitációjukra.

A Csont és Ízület Évtizede 2010-2020 keretében a megelőzés, a betegellátás, az oktatás és a kutatás területén a mozgásszervi kórképekkel való foglalkozás világszerte előtérbe kerül. A kérdés kiemelt kezelését indokolja az is, hogy becslések szerint Európában, a történelemben először, többen lesznek a 60 éven felüliek, mint a 20 éven aluliak, ami prognosztizálhatóan, együtt jár a mozgásszervi betegségek okozta költségek drámai emelkedésével (18).

A mozgásszervi betegségek a fejlett és közepesen fejlett országok leggyakoribb, legnagyobb számú és legtöbbször kerülő betegségcsoportja (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27).

Magyarországnak a jelen évtizedben a fejlett európai országokhoz viszonyítva jelentős hátrányt kell behoznia a mozgásszervi betegségek ellátása vonatkozásában. A mozgásszervi betegségek között a három leggyakoribb kórkép az ízületi porckopás, a derékfájás és az osteoporosis. A leggyakoribb ízületi betegség, az arthrosis az idősök vezető megbetegedése és a mozgáskorlátozottság leggyakoribb oka. Az Egyesült Államok Betegség ellenőrzési és Népegészségügyi Központja statisztikái szerint 43 millió amerikai szenved ízületi betegségben, és ez a szám 2020-ra várhatóan a 60 milliós, számot is eléri (24). Reprezentatív epidemiológiai tanulmányok alapján elmondható, hogy a mozgásszervi betegségek a 60 éven felüliek krónikus megbetegedéseinek felét teszik ki (10).

A népesség egészségi állapota a társadalmi jólét indikátora. Populációs szinten az egészség egyik legfontosabb meghatározója a társadalmon belüli egyenlőtlenség: a legszegényebb és leggazdagabb rétegek egymástól való távolságának mértéke, iskolázottság, foglalkoztatottság és jövedelem tekintetében. A programok kiterjednek a megelőzésre éppúgy, mint a korszerű gyógyításra és a beteg életminőségének javítását szolgáló új eljárások kifejlesztésére (28).

Ezek a betegségek:

- szignifikánsan befolyásolják a mozgásszervi betegek, és családjaik pszicho-szociális státusát (29, 30, 31, 32).
- mind a keresőképzetlenség, mind a munkaképzetlenség okai közül a második helyen állnak, a heveny felső-légúti illetve szív-és érrendszeri betegségek mögött (33)

- leggyakoribb okai a fogyatékoságnak, illetve az egészségi állapothoz köthető életminőség- csökkenésének (34, 27, 32.)
- a családorvoshoz forduló betegek 20-30%-a mozgásszervi panasz miatt keresi fel házi orvosát (17, 32).
- Európában, minden időpontban a felnőtt népesség 20-30 %-a mozgásszervi fájdalomtól szenved (32, 34.) E tekintetben Magyarország az első, 33%-kal. (Eurobarométer, 2009)
- az arthrosis az EU-ban a fogyatékoságot okozó betegségek között az első tíz között van (22).
- a derékfájás a munkaképtelenség egyik leggyakoribb oka (23, 33).
- Európában öt közül két embert korlátoz mindennapi tevékenységében mozgásszervi fájdalom (34, 35).
- Öt közül egy ember áll tartós kezelés alatt reumatológiai betegség miatt (32).
- ezek a betegségek 60 %-ban okai a korai nyugdíjaztatásnak, ill. a hazai táppénzes állománynak (36.)
- az európai országokban a mozgásszervi betegségek a betegségköltések összköltségének 25%-át adják (37).

A mozgásszervi betegek számának erőteljes növekedése várható az elkövetkezendő években, részben a népesség elöregedése, részint civilizációs ártalmak következtében (38, 29).

A mozgásszervi betegségek nemcsak az életminőséget rontják igen jelentős mértékben, de halálozásuk is jelentős (39, 40, 31), bár ez a halálozás a halálozási statisztikában sokszor rejtve marad (41, 31, 42, 43, 44).

A mozgásszervi betegségek nagymértékben rontják az egészségi állapot meghatározta életminőséget (45, 46, 47). Ennek oka, hogy a mozgásszervi betegségek látható, sokszor elkendőzhetetlen károsodást és fogyatékoságot okoznak, mely a társadalmi részvételt nagymértékben gátolja (48, 44). Fontos életminőség rontó, funkciót, valamint részvételt befolyásoló összetevője a mozgásszervi betegségeknek a fájdalom.

2.1.2. A mozgásszervi betegségek gazdasági és társadalmi terhei

A mozgásszervi betegségek költsége a fejlett ipari országokban 30 év alatt az összenemzeti termék 0.,4-0.7%-áról, 1.6-3.0%-ára emelkedett (29, 37, 45). Különösen jelentős az indirekt költségek igen nagymértvű emelkedése (33, 48,49,), amely egyrészt arra utal, hogy a fejlett ipari országokban a termelékenység jelentősen növekszik, így a beteg egy napi munkából való kiesése egyre nagyobb értékű termék meg nem termelését jelenti, másrészt azonban azt is jelenti, hogy a mozgásszervi betegek jelentős része munkaképes korú. Hazánkban indirekt költségekre vonatkozó adatok nincsenek (47.).

Az ízületi betegségek költsége Kanadában megegyezik a daganatos betegségek költségével, (9.) az Egyesült Államokban 141,4 milliárd dollár, vagyis a GNP 2,5%-a volt 1992-ben, (50.) melynek több mint fele minősült indirekt költségnek. Ezek a költségek hazánkban ma valószínűleg lényegesen alacsonyabbak, hisz mind a munka termelékenysége, mind a fogyatékoság költsége alacsonyabbra becsülhető hazánkban. Yelin és Callahan (27.) vizsgálatai szerint 1995-96-ban egy reumatoid arthritises beteg egy évi költsége 8500 \$ volt, és ebből 6000 \$-ba került a kezelés költsége. A direkt költség több mint fele kórházi költség volt, holott csak a betegek 10%-a szorult kórházi kezelésre. Kimutatták azt is, - amit mások is megállapítottak - hogy minél rosszabb a reumatoid arthritises beteg funkcionális állapota, annál magasabb a kezelési költség: vagyis érdemes a beteget a betegség kezdetén hatékonyan kezelni, mert ez drága gyógyszerekkel is költséghatékony.

Gabriel és munkatársai (24.) összehasonlították egy adott népesség arthrosisban, reumatoid arthritisen és ízületi betegségben nem szenvedő tagjainak egészségügyi költségeit, s mindkét ízületi betegségcsoportban a költségek szignifikánsan magasabbak voltak, mint az ízületi betegségben nem szenvedőké. 1987-es árakon egy nem-arthritises beteg egy éves ellátása 1.388 \$-ba, egy arthrosisosé 2.655 \$-ba, egy reumatoid arthritisé 3.802\$-ba került.

Az amerikai Center for Diseases Control and Prevention (CDC) az ízületi betegségek és más reumatológiai kórképek terhét elemezve kimutatta, hogy a kórházi ápolási napok 2,4%-át reumatológiai betegek vették igénybe, az ambuláns vizitek 4,2%-ában immunológiai betegek konzultáltak, összesen 44 millió alkalommal, 2,2 millió alkalommal a sürgősségi ellátás körében. A betegek 68%-a 65 évnél fiatalabb volt. Ezen adatokban a rehabilitációs, fizioterápiás és foglalkoztatási terápias valamint a mentális egészségügyi ellátás adatai nem szerepelnek. A CDC szerkesztőségi megjegyzése

kiemeli, hogy a reumatológiai betegségek súlyát alábecsülték, s ezért készül a National Arthritis Action Plan, mely állami szintű, s a reumatológiai betegségek megelőzésére, jobb ellátására irányul, 2010-ig (51).

Az arthrosisos beteg megfelelő oktatása, tornára való megtanítása az orvoshoz fordulások számát 43%-al csökkenti, s már a betegek 1%-a esetében évi 30 millió dollár megtakarítást jelent (49). Arthrosis esetén 5 kg fogyás a térdarthrosis kockázatát 50%-kal csökkenti (52, 53).

1. táblázat
A mozgásszervi betegségek terhe Európában

<p>A mozgásszervi betegségek több funkciókorlátozást okoznak a felnőtt lakosságban, mint bármely más betegségcsoport</p> <p>2005-ben az EU-ban 414.000 csípőtáji törés történt (350 millió lakos)</p> <p>Magyarországon 13.000 csípőtáji törés történik évente</p> <p>A fogyatékosok 5%-a mozgásszervi fogyatékos</p>

Nemzeti Erőforrás Minisztérium honlapja: Nemzeti Egészségügyi Program a mozgásszervi betegségek-és sérülések megelőzésére, kezelésére és rehabilitációjára

Az Egyesült Királyságban, 1995-ben a munkavégzéssel kapcsolatos mozgásszervi betegségek 11 milliós munkanap kiesést okoztak (54).

A mozgásszervi betegségek a felnőtt népesség minden más betegségcsoportnál több funkció korlátozódását okozzák a fejlett ipari országokban. (54.)

A mozgásszervi betegségek okozta fogyatékoság a felnőtt népesség 4-5 %-át sújtja (50).

Az európaiak (EU 15) csaknem egy negyede szenved ízületi betegségben, illetve reumatológiai betegségekben. Ezek a leggyakoribb krónikus betegségek Európában (31).

Az európai felnőtt népesség 50%-ának van legalább egy hétig tartó fájdalma bármely hónapban (32, 55).

A mozgásszervi betegségek a betegségek összterhét adó kórformák sorában a nyolcadik helyen állnak Európában. Az arthrosisos és a rheumatoid arthritises betegek a

fogyatékossgal töltött életév (disability adjusted life years, DALY) veszteségének 3,5 %-ért felelős.

Az ízületi betegségek a 65 éven felüli népesség összes krónikus bajainak 50 %-át teszik ki.

A derékfájás a táppénzes napok második leggyakoribb oka.

Az osteoporosisos törések száma megduplázódott Európában a legutóbbi évtizedben.

Az 50 éven felüli nők 40%-a szenved ilyen törést élete során.

Svédországban a mozgásszervi betegségek az összes betegcsoportok közül a leginkább költségigényesek: az összköltség 22 %-át emésztik fel. E költség 90 %-a indirekt költség: 31,5 % , táppénz 59 % , rokkantnyugdíj 8,9. Az összköltség 47 %-át a derékfájás, 14 %- át arthrosis 5,5 %- át rheumatoid arthritis vitte el (37).

Hollandiában, 1999-ben a mozgásszervi betegségek (BNO XIII.) az egészségügyi költségek második helyén állnak. Az összköltség hat százalékával (56.) az egyes korcsoportok egészségügyi költsége a 15-44 éves csoportban az ötödik, a 45-64 éves korcsoportban a második, a 65- 84 éves korcsoportban a harmadik helyen állt, ez utóbbi csoportban a dementia és stroke után. Az elemzés hozzáteszi, hogy a költségek sokkal magasabbak lettek volna, ha az informális (családi) ellátás és gondozás költségeit is beszámították volna (56).

A reumatológiai betegségek leggyakoribb okai a hosszú távú kezelésnek minden ötödik európai reumatológiai betegség miatt áll kezelés alatt (57).

Az alapellátásban a betegek 15-20 %-a fordul orvoshoz mozgásszervi probléma miatt (58.) SF 24 generikus életminőség kérdőív segítségével 15 000 személy életminőségét mérték fel Hollandiában. Ezek szerint a mozgásszervi betegségek okozzák a legnagyobb életminőség romlást (46).

2. táblázat.

A mozgásszervi betegségek társadalmi költségei Európában

- A betegellátás költségeinek 23%-át a mozgásszervi betegségekre fordítják
- 15-44 év közötti korcsoportban az ötödik, 44-65 év között a második, 65-84 év között a harmadik legmagasabb a mozgásszervi betegségek költsége.
- .A költségek 90%-a indirekt költség, ebből 23% táppénz, 59% rokkantnyugdíjra fordítódik.
- Az összköltség 47%- a derékfájásra, 14%-a arthrosisra, 5,5%-a rheumatoid arthritisre fordítódik

- Ebben a család által biztosított ápolás költség nincs benne

Nemzeti Erőforrás Minisztérium honlapja: Nemzeti Egészségügyi Program a mozgásszervi betegségek és sérülések megelőzésére, kezelésére és rehabilitációjára

A szegénység az egyenlőtlenség és az egészség szimbiózist képez. Segélyekkel csupán a fizikai létben való megkapaszkodást tudjuk biztosítani de, nem lehet, vagy nagyon kevéssé lehet egészség nyereséget elérni.

A népesség egészségi állapota leghatékonyabban és legnagyobb mértékben a peremhelyzetű és a mélyszegénységben élő rétegeket megcélzó specifikus segítséggel javítható, amely egyúttal az egyenlőtlenséget is csökkenti. Ugyanakkor a társadalmi kirekesztődést makró és interperszonális szinten meggátolhatja, az önértékelést pedig nagymértékben növelheti. A különböző devianciák meglétét csökkentheti, illetve megszüntetheti abban az esetben, ha megfelelően hozzáértő szakemberek a reintegrációt mentorként elősegítik. Természetesen személyekre lebontva, hisz a regionális és infrastruktúrális fejlettségi különbségeket, ebből adódóan a munkanélküliségi rátát, helyi szinten a kulturális hagyományörzést, az analfabétizmust, a szövegértelmezés hiányát. Ha mindezen szempontokat szakmai segítségnyújtásunk során figyelembe vesszük – kitartó, hivatásukban elkötelezett szakemberek a reintegrációt nagymértékben elő tudják segíteni.

Ellenkező esetben úgy gondolom, hogy az egyre jobban leszakadó rétegeket nem tudjuk reintegrálni, az „olló” még inkább tágabbra fog nyílni, s még inkább szembesülhetünk a falvak már megmutatkozó elnéptelenedésével, slumosodásával.

Magyarország társadalmi, gazdasági helyzetéről elmondható, hogy hazánk északi-és keleti régiójában a legalacsonyabb az egy főre jutó bruttó hazai termék (GDP), magasán az országos átlag fölött van a munkanélküliségi ráta. Három északkeleti megye (Borsod- Abaúj- Zemplén, Hajdú-Bihar és Szabolcs- Szatmár- Bereg) rendszeresen a pénzbeli segélyek 42%- át használja fel. Az országban, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legmagasabb a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok aránya. Az anyagi rászorultság alapján fizetett gyermekvédelmi támogatás teljes országos összegének 60,6%-át 1998-ban Borsod-Abaúj- Zemplén, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye önkormányzatai fizették ki. A hátrányos helyzetű népesség problémái abba az irányba hatnak, hogy külső segítség nélkül az egészségügyi problémák hosszú távú

halmozódása jósolható meg. Mindennapos gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy a rossz szociális körülmények között élők, különösen a gyermekek, nemcsak nagyobb valószínűséggel szenvednek el egészségkárosodást, de komplex okok miatt igen gyakran kimaradnak az egészségügyi ellátásból is, vagy oda csak súlyos, előrehaladott károsodással járó állapotban kerülnek (28).

„A krónikus ízületi betegségek károsan befolyásolják az egyén társadalmi, szociális helyzetét, és életminőségét. Az előrehaladott esetekben nem ritkán kerül sor a csípő- illetve térdprotézis beültetésére. A magatehetetlen, ágyhoz és tolokocsihoz kötött, elnyomorodott beteg ellátása súlyos teher a családra és az egész társadalomra nézve egyaránt. A rheumatoid arthritis anyagi kihatásai nagy terhet jelentenek mind a beteg, mind a társadalom számára. Az állandó fájdalom, mozgáskorlátozottság, kiszolgáltatottság, az előnytelen külső megjelenés, az elszigetelésből adódó társas kapcsolatok sérülése pénzzel nem kifejezhető életminőség csökkenést okoz” (47).

Az egészségügy anyagi forrásai még a gazdag országokban is korlátozottak.

Az RA gyógyszeres terápiában a költség/hatékonyság elemzések alapján új szemlélet alakult ki, melynek lényege az idejében megkezdett hatásos bázisterápia, illetve biológiai terápia, mely késlelteti, illetve megelőzi az ízületi károsodás kialakulásait, így a költséges kórházi kezelések és az ortopéd sebészeti műtétek megelőzhetőek vagy késleltethetőek (47).

Hazánkban évente körülbelül 9000 csípő és 5000 térdízületi részleges vagy teljes endoprotézis beültetést végeznek az OECD 2010-ben végzett jelentése szerint.

Az endoprotézis műtétek után közvetlenül, de később is szükséges lehet a betegek intézeti rehabilitációs kezelésére. 2990 reumatológiai betegen végzett hazai felmérés szerint a reumatológiai betegségek a betegek 20-30%-ában jelentősen befolyásolják az önellátó- képességet, s a betegek bizonyos életfunkcióikban (öltözködés, toalette) segítségre szorulnak. Ugyanilyen százalékban akadályozzák a tömegközlekedési eszközök használatát. Mindez anyagi helyzetüket nagymértékben rontja, s nagy terhet ró az egyénre, családra és a társadalomra. A reumatológiai betegségek halálozása sem jelentéktelen. A rheumatoid arthritises beteg átlagban 10 évvel él rövidebb ideig (21).

2.2. A mozgásszervi eredetű fogyatékoság megelőzésének stratégiái

2.2.1. A kockázati tényezők szűrésének feltételei

- a betegség (állapot) korai stádiumában felitó legyen, hogy a korai kezelés valójában javítja a prognózist,
- hatékony kezelés létezik és elérhető,
- a szűrővizsgálati teszt legyen egyszerű, ne legyen káros és legyen elfogadható a páciens számára,
- a szűrésre alkalmazott vizsgálat olyan legyen, hogy egyensúlyban legyenek a hamis negatív és a hamis pozitív eredmények, és a helytelen diagnózis következményeinek súlyossága elfogadható legyen mind az egészségügyi szolgálat, mind a páciens számára,
- ha a szűrést egyszer bevezették, annak fenntarthatónak kell lennie, nem kampányszerűnek.

A relatív kockázat: két csoport statisztikai összehasonlítása egy jól definiált populációban abból a célból, hogy kiderüljön: egy jól körülírt kockázati tényező, például dohányzás: hogyan befolyásol egy bizonyos kimenetelt, például egy betegség jelentkezését.

Ha például a dohányzás a kockázati tényező, s a dohányzás kockázatát vizsgáljuk rheumatoid arthritisre vonatkozóan, s azt találjuk, hogy a relatív kockázat (relatív risk, RR) például 2, ez azt jelenti, hogy a vizsgált populációban a dohányzók kockázata kétszeres arra, hogy rheumatoid arthritisben betegedjenek meg. Egyes kockázati tényezők befolyásolhatók, mások nem. Egy betegség teljes kockázatának megállapításához az abszolút kockázat határozandó meg.

Az abszolút kockázat egy kockázati tényező prevalenciája az adott népességben.

3. táblázat

Az Európai Unió országai népességének néhány kockázati tényezője 2000-ben

Az Európai Unió országainak néhány kockázati tényezője 2000-ben (Eurostat 2000)						
Ország	65-79 évesek %-ban	Helyezés	Napi dohányosok %-ban	Helyezés	TTI+3 %-ban	Helyezés
Ausztria	11.9	8	28	9	11.9	9
Belgium	12.9	3	31	6	14.8	6
Dánia	11	13	38	2	12.2	8
Finnország	11.3	11	20	15	16.8	4
Franciaország	11.9	8	35	4	9	14
Görögország	13	2	31	1	21.7	1
Hollandia	8.8	15	29	8	10.4	11
Írország	10.3	14	34	5	9.7	10

Luxemburg	11.1	12	28	9	15.6	5
Nagy-Britannia	11.7	10	27	11	18.2	2
Olaszország	13.4	1	38	2	4.7	11
Portugália	12.2	6	24	13	17.3	3
Spanyolország	12.6	4	31	6	14.	7
Svédország	12.6	4	22	14	8.7	15

(Eurostat 2000) Nemzeti Erőforrás Minisztérium honlapja: Nemzeti Egészségügyi Program a mozgásszervi betegségek és sérülések megelőzésére, kezelésére és rehabilitációjára.

A 27 fölötti TTI kockázati tényezője a szív és érrendszeri betegségek, valamint a hypertóniának, arthrosisnak, derékfájásnak. A diabétes kockázata elhízottakban 100%-al nő, a diabétesesek 80%-ának betegségét 80%-ban elhízás okozza, 5 kg. súlycsökkenés a térdarthrosis kockázatát 50%-kal csökkenti. Az obesitás az életkilátásokat 8-10 évvel csökkenti.

4. táblázat

Az egészség egyes determinánsai mozgásszervi sérülések és betegségek esetében

Személyes belső és külső tényezők	Környezeti tényezők
Kor Nem Genetika Táplálkozás Testtömeg index (TTI) Túlzott alkoholfogyasztás Dohányzás Testmozgás Munka típusa Személyi közlekedés Komorbiditás Lakásviszonyok Túlzott alkoholfogyasztás Dohányzás Iskolázottság Pszichológiai tényezők	Természeti környezet Ember- építette környezet Víz és légszennyezettség Hygiénia Egyéni támogatás és segítség Szociális, egészségügyi és oktatási intervenció

Az egészség egyes determinánsai mozgásszervi sérülések és betegségek esetében
Nemzeti Erőforrás Minisztérium honlapja: Nemzeti Egészségügyi Program a mozgásszervi betegségek-és sérülések megelőzésére, kezelésére és rehabilitációjára

2.2.2. Az életmód befolyásolása (7).

- *Megelőzhető vagy csökkenthető kockázati tényezők:*
 - mozgásszegény életmód
 - obezitás
 - az ízület túlterhelése
 - akut sérülések
 - foglalkozási tényezők
 - dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás

- *Sportolás:*
 - küzdősportok (például labdarúgás) arthrosusra hajlamosítanak,
 - rendszeres hosszútávfutás, kocogás, megelőző, protektív hatású.

2.2.3. A prevenció módszerei

1. preventív fizikai aktivitás mozgáskezelés
2. a súlyfölség csökkentése,
3. sérülések megfelelő ellátása,
4. diabetes, hypothyreosis megfelelő kezelése,
5. életmódbeli, foglalkozásbeli tanácsok,

2.2.4. Megelőzési stratégia

1. az egész népességre vonatkozóan
2. a nagy kockázatnak kitettek vagy a megelőzendő betegség korai stádiumában lévők részére
3. a kifejlett betegség stádiumában lévők részére
 - ad 1. A biztonság előbbre való a hatékonyságnál.
 - ad 2. A célszemélyek felkutatására módszer dolgozandó ki. A hatékonyság fokozott jelentőségű, de a biztonságosság is szem előtt tartandó.
 - ad 3. Feladat a súlyosbodás megelőzése.
 - Az egészség nyereség és egészség- kockázat mérlegelendő.
 - A költség-hatékonyság vizsgálendő.
 - A mozgásszervi betegségek terhét, ill. a prevenció folyamatot monitorizálni kell.
 - fizikai aktivitás, a fizikai fitness megtartása

- az ideális testsúly megtartása
- megfelelő diéta, megfelelő kalcium és D vitamin bevitel
- a dohányzás kerülése
- mérsékelt alkoholfogyasztás, az abúzus elkerülése
- baleset megelőzés
- munkahelyi egészségfejlesztés: a mozgásszervek egyoldalú túlterhelésének elkerülése,
- megfelelő preventív sport
- a mozgásszervi egészség problémáinak tudatosítása a társadalomban

Legalább félórás mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás például gyors ütemű séta javasolt minimumként.

A fizikai aktivitás mozgásszervi előnyei.

- előnyös a csontok, ízületek, izmok egészségének megtartására.
- jó hatású arthrosis, derékfájás illetve annak krónikussá válása megelőzésében és kezelésében.
- jó hatású a csontok ásványi anyag tartalmára, az izomerő megtartásához segít hozzá.
- segít az elesések megelőzésében.
- javítja az egyensúlyt, mozgáskoordinációt, mobilitást, erőt és állóképességet
- javítja az önértékelést.
- javítja a jó lelki közérzetet.
- segít a testsúly csökkentésében illetve megtartásában.

Az ideális testsúly minden életkorban 19-25 kg/m.2. A túlsúly a térdarthrosis jelentkezésének, progresszivitásának, súlyosságának kockázatát fokozza. Fokozza RA-sok fájdalmát.

A 4-7 kg testsúly-csökkenés csökkenti a térdartrosis okozta fájdalmat és lassítja a progressziót.

Testsúlycsökkenés csökkenti az RA-s beteg fájdalmát. A súlyos obezitás súlyosbítja a derékfájást és annak rekurálására és krónikussá válására hajlamosít. Az alacsony testsúly osteoporosis kockázati tényezője, s fokozza törések okozta halálozást.

Minden életkorban javasolt minimálisan 800 mg. kalcium napi fogyasztása.

Ha az egyént megfelelő UV sugárzás nem éri, napi 800-1200 IU D vitamin szedése szükséges.

A növekedés időszakában, terhesség és szoptatás idején, perimenopauzában 1500 mg. kalcium bevitelére van szükség.

A kiegyensúlyozott táplálkozás szénhidrátot, fehérjét, zsírt, vitaminokat, ásványi sókat, rostokat egyaránt tartalmaz..

A dohányzás elkerülése ajánlott.

A dohányzás elkerülése csökkenti az RA, osteoporosis és derékfájás kockázatát. Arra nincs adat, hogy a dohányzás elhagyása után ezek kockázata hogyan változik, de a dohányzás a fenti betegségek lefolyását is súlyosbítja.

Excesszív alkoholfogyasztás elkerülése ajánlott.

Napi 60 g alkoholnál nagyobb mennyiség excesszívnek számít.

Az alkoholfogyasztás és a közúti balesetek, munkahelyi balesetek, elesések és osteoporosisos törések között szoros összefüggés van.

Különösen fontos

- a sportbalesetek
- a háztartási balesetek
- a foglalkozási balesetek
- a közlekedési balesetek
- idősek elesésének elkerülése

A balesetek következménye arthrosis, derékfájás, osteoporosisos törés lehet.

- Ez elsősorban foglalkozási eredetű (ismétlődő, monoton mozdulatok, terhek emelése) és sport eredetű lehet.
- A mozgásszervek strukturális és funkcionális rendellenességeit részint újszülött korban (csípőízületi dysplasia), részint serdülő korban (scoliosis, genu varum, valgum) érdemes kiszűrni és megfelelően kezelni.
- A mozgásszervek túlterhelése és / vagy normálistól eltérő terhelése megelőzhető, s ez megelőzheti arthrosis, derékfájás, krónikus fájdalom szindróma kialakulását.
- Az egyén és társadalom figyelmének felkeltése.

A társadalom és egyén figyelmét fel kell hívni a mozgás- szervrendszer problémáira és a megelőzés, illetve a korai kezelés lehetőségeire, mert felhívja a figyelmet, hogy vannak megelőzési és kezelési lehetőségek.

Az egyes beavatkozások eredménye, így a megfelelő kalcium és D vitamin bevitelét öt éven belül jelentkezik.

A megfelelő fizikai aktivitás egy éven belül csökkenti a csontvesztést, illetve törés veszélyét.

Testsúly esetén 5-kg-nyi vagy nagyobb testsúlycsökkenés egy éven belül csökkenti a térdartrosos beteg fájdalmát és az arthrosis progreszióját.

A többi prevenció mód- egészség- nyereség vizsgálatára nincs pontos adat.

2.3. A vizsgált betegségek rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei

A mozgásszervi betegek száma részint a népesség elöregedése, részint civilizációs ártalmak következtében emelkedik. A népesség elöregedése elsősorban az osteoporosisos, arthrosisos, de a többi mozgásszervi betegségekben szenvedők számát is növeli. Civilizációs ártalmak elsősorban a derék- és nyakfájásban szenvedők számának növekedésében játszanak szerepet, de ezen ártalmaknak az osteoporosis és arthrosis morbiditás emelkedésében is fontos szerepük van, elsősorban a nem megfelelő táplálkozás (osteoporosis, arthrosis) a testsúlyfelesleg (arthrosis, derékfájás) a mozgásszegény életmód (derékfájás, arthrosis, osteoporosis) egyoldalú túlterhelés (arthrosis, derékfájás) következtében (59).

2.3.1. A rheumatoid arthritis rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei

2.3.1.1. A rheumatoid arthritis rövid leírása

A rheumatoid arthritis az ízületek szimmetrikus, krónikus, progresszív, erozív, ízületi gyulladása. A betegek 90%-nak vérében kóros fehérjék – rheumatoid faktor és/vagy citrullinált fehérjék elleni antitestek – mutathatók ki. A betegség minden életkorban kezdődhet, de leggyakrabban 50-60 év közötti nőknél kezdődik. A nő-férfiak megbetegedési aránya 3:1-ben. A betegség korai diagnózis és kezelés nélkül az ízületek gyors deformálódásához, tönkremeneteléhez vezet. A betegség az ízületeket, csontozatot, szalagokat, izmokat, inakat, a kötőszövet egészét, így a belső szerveket is érintheti (60).

2.3.1.2. A rheumatoid arthritis epidemiológiája

A betegség a népesség 0,5-1%-ában fordul elő. A gyulladásos ízületi betegségek (rheumatoid arthritis, seronegatív spondarthritisek) prevalenciája alig változik (10). vagyis 0,5-1%, ill. 0,15-0,20% körül mozog, de az osteoporosisé, arthrosisé, derékfájásé ijeszten emelkedik (61, 38).

A mozgásszervi betegségek mortalitására vonatkozó széleskörű adatok nincsenek ugyan, de egyes vizsgálatok szerint a rheumatoid arthritises betegek átlagos életkora tíz évvel rövidebb, mint az átlagnépességé, a 30 ízületnél több ízületet érintő rheumatoid arthritis mortalitása pedig nem jobb, mint a Hodgkin-kór IV. stádiumában, vagy három coronaria ág elzáródásában szenvedő betegeké (39).

Ezek a mortalitási adatok az elmúlt tíz évben a korán, és megfelelően kezelt betegek esetében kifejezetten javultak.

2.3.1.3. A rheumatoid arthritis jelentkezésének kockázati tényezői

Egypetéjű ikrek konkordanciája RA-ra 15%. A nők kockázata nagyobb, s legnagyobb az 55-65 évesek között. Orális fogamzásgátlók csökkentik az RA előfordulását, de menopauzát követő hormonpótlás nem (62). A rossz szociális körülmények, női nem kockázati tényező mind a fogyatékoság, mind a halálozás szempontjából, mely elsősorban szív és érrendszeri halálozás. A dohányzás RA-ra hajlamosít, mert elősegíti citrunilált fehérjék és azok elleni antitestek képződését. Az obezitás fokozza az RA-s beteg fájdalmát (63). Az RA effektív hatékony korai kezelése csökkenti a betegség progresszivitását és a fogyatékoság kialakulását (41).

A dohányzás a nagy kockázatú csoport, ill. a betegségben szenvedő minden csoport kilátásait rontja. Az obezitás a fájdalmat minden csoportban fokozza. Alacsony iskolázottság a betegség kimenetelét rontja. A megfelelő fizikai állapot, rendszeres torna a betegség kimenetelét javítja (63).

2.3.1.4. A rheumatoid arthritises betegek ellátásának költségei

A rheumatoid arthritises betegek jó része 5 éven belül munkaképtelenné válik, élettartalmuk 10 évvel rövidebb, mint az átlagnépesség várható élettartalma (39). A rheumatoid arthritis direkt költsége Európában és Észak-Amerikában a legszerényebb számítás szerint 5000 \$ évente betegenként, vagyis háromszorosa a korban illesztett nem rheumatoid arthritises népességnek. A költség 40-60 %-a kórházi költség, bár a betegek töredéke kerül csak kórházba, de ezek jó részén sebészi beavatkozást hajtanak

végre. Korai rheumatoid arthrities betegek kórházi költsége csak 10 %-a a kifejlett RA-ban szenvedő betegekének (19).

A biológiai kezelés hatására a betegek hospitalizációja igen jelentősen csökken, bár a biológiai szerek igen drágák (19).

2.3.2. Az arthrosis rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei

2.3.2.1. Az arthrosis rövid leírása

Az arthrosis az ízület minden összetevőjét érintő krónikus betegség, melynek következtében az ízületi porc tönkremegy. Az arthrosis előfordulása a korrall növekszik, de nem az öregedés okozza. Tünetekkel járó, arthrosis a 18 éven felüli lakosság 15%-át érinti. A legtöbb fogyatékossgát okozó betegség. Leggyakrabban a térdet, a kéz kisízületeit, csípőt betegíti meg. Az elsődleges arthrosis oka nem pontosan ismert, a másodlagos arthrosist ízületi sérülés, túlterhelés, fejlődési és anyagcsere rendellenességek, endokrin betegségek okozhatják. Nőkön gyakrabban fordul elő (20,21).

2.3.2.2. Az arthrosis epidemiológiája

Az ízületek és a gerinc degeneratív betegsége a 18 éven felüli népesség 15%-át érinti (64, 65.). A betegek 50%-a munkaképes korban van. Az arthrosis előfordulása részint a népesség elöregedésével, részint olyan civilizációs ártalmak miatt, mint a mozgásszegény életmód, a közúti – és munkahelyi balesetek, az elhízás, az egyoldalú statikus munkavégzés (például ülőmunka) miatt rendkívül erősen növekszik (29, 22). 60 és 70 év közötti férfiak és nők között a patológiai arthrosis 60 illetve 70 %-ban fordul elő (21). A patológiai arthrosis azonban csak az esetek 50%-ában okoz klinikai tüneteket (66). A klinikai térdarthrosis prevalenciája az Egyesült Királyság 55 év feletti népességében 18%, a csípőarthrosisé 0,4-7-7%, a kéz arthrosisé 2,5%. A klinikailag térdarthrosisos betegek 50%-a fogyatékos (66). Igen előkelő helyet foglal el az arthrosis mind a kereső, mind a munkaképtelenséget okozó betegségek listájáns igen gyakori oka a fogyatékossgának (66, 34).

Az USA-ban évente 350.000 csípő-és térdízületi protézist ültetnek be (67). 100.000 lakos közül évente kb. 200 csípőprotézist ültetnek be az EU-ban, hazánkban 97-et. Térdprotézis műtétekre vonatkozóan ez 147 az EU-ban, és 47 Magyarországon évente 100 000 lakosra vetítve (68).

Arthrosisban és derékfájásban szenvedők halálozására vonatkozóan nincsenek megbízható adatok. Az arthrosisos betegek cardiovascularis morbiditása és mortalitása azonban kétszerese a nemben és korban illesztett nem-arthrosisos népességhez képest (29).

2.3.2.3. Az arthrosis kockázati tényezői

A nők kétszer gyakrabban betegszenek meg arthrosisban, mint a férfiak.

Az 55- 74 éves korcsoport 3%- a szenved csípő, 10% térd, arthrosisban. A 60 évnél idősebbek több mint 10%-ának szignifikánsan jelentős, arthrosisnak tulajdonítható panaszai vannak.

Az elhízás a kéz-, térd- és csípőarthrosis kockázati tényezője (53).

Trauma és bizonyos foglalkozások okozta túlterhelés csípő- és térdarthrosis kockázati tényezői (68).

A földművelés relatív kockázata (RR)-je, csípőarthrozisra vonatkozóan 4.5 azok esetében, akik 1-9 éve foglalkoznak földműveléssel, és 9.3 Azoknál, akik 10 évnél tovább végeznek földműves munkát (69).

- *Környezeti kockázati tényezők:*
 - kor: + 45
 - nem: nő
 - súlyfelesleg
 - ízületi sérülések: elsősorban térd-sérülések
 - diabetes
 - hypothyreosis

- *Foglalkozási túlterhelés:*
 - labdarúgás
 - bányászat
 - földművelés

- *Genetikai kockázati tényezők:*
 - Heberden és Bouchard csomók a felmenőkben
 - felmenők térdarthrosisa
 - genua vara, valga
 - csípőízület dysplasiája

2.3.2.4. Az arthrosisos betegek ellátásának költségei

Az arthrosisos betegek gazdasági és társadalmi terhe világszerte nő, miközben a betegek életminősége romlik (34).

Az arthrosis költsége az Egyesült Államokban a legszerűebb számítás szerint 30 milliárd dollár, melynek fele direkt egészségügyi ellátási költség. A 65 év alatti arthrosisos egészségügyi ellátási költsége kétszerese, a 65 éven felülieké, másfélszerese a korban illesztett, nem arthrosisos népességnek. Az ízületi endoprotézis beültetések költsége 300 millió dollár fölött volt (19, 50).

2.3.3. Az osteoporosis rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei

2.3.3.1. Az osteoporosis rövid leírása

Az osteoporosis a csonttömeg megkevesbedésével, szerves és szervetlen anyagainak arányos csökkenésével a csontszövet szerkezetének megváltozásával járó metabolikus csontbetegség, mely fokozott csonttörési kockázattal jár. Elsősorban nőkön jelentkezik a menopausa táján illetve azt követően, illetve időskorban. A nő: férfi arány 2:1. (51).

2.3.3.2. Az osteoporosis epidemiológiája

A kaukázusi és ázsiai népesség kb. 10%-át érinti, hazánkban mintegy 600 nőt és 300 férfit. Hazánk mind nők, mind férfiak osteoporosisa tekintetében európai listavezető (70). Az 50 éven felüli népesség- különösen a nők csonttöréseinek hátterében leggyakrabban az osteoporosis áll. Osteoporosis okozta csigolya deformitás Magyarországon mintegy 400.000 nőt és 240.000 férfit érint, mely igen magas érték. (71).

A proximális femurtörések száma 13.000/év Magyarországon (72). Az összes osteoporosisos törés mintegy 100.000-re tehető.

A proximális femurtörés extra halálozása a korban, nemben illesztett ilyen törést nem szenvedett népességhez képest 20-30%-os, (71, 72, 73.) de magas a csigolyatörések halálozása is (40.)

A proximális femur törést szenvedettek csak 30%-a nyeri vissza a törést megelőző funkcióképességét és életminőségét. Egy évvel a törés után több mint 20%-uk meghal, a többiek jelentős része tartósan rokkanttá válik és életminőségük csökken (30, 73). Igen jelentős az osteoporosis hazai direkt költsége is, mintegy 10 milliárd Ft (30).

Az 1990-es évek végén, a világon évente mintegy 1,6 millió osteoporosisos törést regisztráltak: ezek számát 2050-re 6,3 millióra becsülik (31, 74, 75, 76.). Egyes előrejelzések szerint 2020-ra a legfejlettebb egészségüggyel rendelkező országok sebészi kapacitása sem lesz elegendő arra, hogy az osteoporosisos törést szenvedetteket ellássák (77.), ha hathatós prevenció intézkedéseket nem vezetünk be. Az osteoporosis betegek halálozása ismert: magasabb, mint a méhnyakrákban és a mellrákban szenvedő betegeké együttesen. Nemcsak a combnyaktörés, de a kompressziós csigolya fraktúrák halálozása is magas (40). Az osteoporosis mortalitás jó része csípőtáji törésekből származik, melyek az egyén várható túlélését 20%-al csökkentik (75). A csípőtáji töröttek 1/3-a magatehetetlenné válik, és intézeti ellátásra szorul (78,79). Jelentős az osteoporosisos csigolyatörésben szenvedők halálozása is (40,75).

2.3.3.3 Az osteoporosis kockázati tényezői:

Kockázati tényezők:

- női nem,
- peri- vagy postmenopausa,
- csökkent D vitamin bevitel
- csökkent Ca bevitel,
- csökkent fizikai aktivitás
- alacsony TTI, pl. felszívódási zavar, alultápláltság (anorexia nervosa)
- időskor
- előzetes, kis intenzitású traumára bekövetkező csonttörés
- szülők csípőtáji csonttörése
- idősek elesés kockázata
- korábbi vagy jelenlegi steroid kezelés (hónapok),
- korábbi vagy jelenlegi hyperthyreosis,
- vesekövesség (hyperparathyreosis),
- dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás
- csonttömeg, csontsűrűség

Ezen *személyes intrinsic faktorok* közül a kor, nem és a genetika, nem változtatható meg, de rendkívül ritkán változnak az iskolázottság, illetve a pszichológiai tulajdonságok is. A kialakult táplálkozási, alkoholfogyasztási és dohányzási szokások is nehezen változtathatók jó irányba. Ez vonatkozik a TTI-re, illetve a testmozgásra is.

Mégis épp ezeknek a kockázati tényezőknek helyes irányba való megváltoztatására kell a hangsúlyt helyezni. A komorbiditás kockázata is csökkenthető a megfelelő táplálkozással, testsúly kontrollal, testmozgással, az alkohol és dohányfogyasztás csökkentésével és persze megfelelő orvosi intervencióval. Napi 30 perc, intenzív, mozgással járó, nehézségi erő ellenében végzett mozgás, pl. gyors ütemű gyaloglás, a combnyaktörés előfordulását 30%-al csökkenti.

A személyes belső és külső tényezők közül a lakásviszonyok a legnehezebben változtathatók meg, de jövedelemfüggő a munkatípus, személyi közlekedés, megváltozása is. Hasonló a helyzet a környezeti tényezőkkel is. Az egyéni támogatás és segítség leginkább a családtól, esetleg szomszédoktól, barátoktól várható.

2.3.3.4 Az osteoporosisos betegek ellátásának költségei

Az osteoporosis néma járványának legfontosabb szövődménye a csonttörés. Cooper és munkatársai (78.) szerint a csípőtáji törések száma 2050-re évi 6,3 millióra emelkedik, a jelenlegi 2,6 millióhoz képest. A csigolyatörések számát a csípőtáji törések háromszorosára becsülik (76).

A csípőtáji törések akut ellátása az Egyesült Királyságban, - mely az egyik relatíve legalacsonyabb egészségügyi költségű állam az Európai Közösségben - 1998-ban csaknem egymilliárd angol font volt. Ez az évi 13- 14.000 hazai csípőtáji töröttre és forintra számolva évi 65 milliárd Ft lenne, de ez európai felzárkózásunk kapcsán jelentősen emelkedni fog (79). Az osteoporosis kezelésében azok a módszerek hatékonyak, melyek bizonyíthatóan csökkentik az osteoporosisos töréseket (80). Nagyon fontos szerepet játszhat a csípőtáji törések megelőzésében a csípővédő alkalmazása, mely a törésszámot 50%-al csökkenti (80).

2.3.4. A derékfájás rövid leírása, epidemiológiája, kockázati tényezői, a betegek ellátásának költségei

2.3.4.1 A derékfájás rövid leírása

A derékfájás a leggyakoribb betegségek egyike. A derékfájások 40%-a háttérben porckorong betegség áll. Gyakoribb nőknél, mint férfiakon. A leggyakoribb oka a tartós keresőképtelenségnek, és 3-4.leggyakoribb oka a tartós munkaképtelenségnek. A derékfájás krónikus, ha három hónapnál tovább tart. Az akut

és krónikus derékfájás is járhat ideggyök irritáció okozta radiculopathiával, illetve alsóvégtagba kisugárzó fájdalommal (81).

2.3.4.2 A derékfájás epidemiológiája

A derékfájás igen gyakori a fejlett ipari társadalmakban. E társadalmakban a népesség 62-92%-a szenved élete során legalább egy hétig tartó, a mindennapi életet befolyásoló derékfájásban (31, 82, 83). Az egyéves prevalencia 15-22,5%, incidencia 5%. A serdülők derékfájás prevalenciája csaknem eléri a felnőttekét, a derékfájás előfordulásának csúcsa 35 és 55 éves kor közé esik (83).

2.3.4.3 A derékfájás, valamint krónikussá válásának kockázati tényezői (7).

Egyéni tényezők

Akut derékfájás

kor
magas, sovány alkat,
fizikai fitnes hiánya
alacsony iskolázottság
a has és hátizmok ereje
nem megfelelő,
dohányzás
korábbi derékfájás

Krónikus derékfájás

obezitás
alacsony iskolázottság
a fájdalom és fogyatékoság
igen kifejezett megélése

Pszichoszociális tényezők:

Akut derékfájás

stressz
szorongás
érelmek, kedélyállapot
kognitív funkciók
fájdalomhoz való viszony

Krónikus derékfájás

diszstressz
depresszió
szomatizáció

Foglalkozási tényezők:

a munkához való viszony
kétkezi munka
hosszas ülésel járó munka,

ugyanazok, melyek az akut
derékfájás esetén:
a könnyű munka elérhetetlensége

teljes test vibráció (buszvezetés)	munkába való visszatérés elősegítésének hiányosságai
hajolással, emeléssel járó munka statikai rendellenesség	a munkaidő $\frac{3}{4}$ részében terhek emelése
a munkával való elégedetlenség	
monoton munka	

2.3.4.4 A derékfájásban szenvedők ellátásának költségei

A derékfájás költsége igen magas.

Az USA-ban illetve Németországban a közvetett és közvetlen költségeket 50 milliárd dollárra illetve 18 milliárd euróra, az Egyesült Királyságban csak a közvetlen költségeket 1,6 milliárd fontra becsülik (31, 23).

Magyarországon 2003-ban a derékfájás okozta 6,5 millió keresőképtelen napra kifizetett táppénz összege 14,2 milliárd Ft volt (79). Külföldi adatok szerint az akut derékfájás esetek 5-7%-a válik krónikussá. A munkából kieső napok fele azon esetek 85%-ából adódik, akik 7 napnál rövidebb ideig voltak keresőképtelenek. Ugyanakkor az ellátási és szociális költségek 80%-át a derékfájásban szenvedők azon 10%-a adta, akik krónikus derékfájásban és fogyatékoságban szenvedtek (23,84).

A derékfájás a fejlett ipari országokban, de hazánkban is a keresőképtelenség második leggyakoribb oka (84, 48.), de a keresőképtelen napokat számítva az első helyen áll, az idő előtti nyugalomba vonulás okai között 2-3 helyen áll (84).

Az Egyesült Államokban a derékfájás költsége 50 milliárd USD, ennek 80%-a az indirekt költség (82, 23). Egy derékfájós epizód költsége az USA-ban 808 \$, ha ortopéd szakorvos végzi, 500 \$, ha háziorvos kezeli az akut derékfájós beteget (23.). Franciaországban ugyanez csak 1070 francia frankba került 1996-ban. (33). A 13 milliós népességű Hollandiában a 90-es évek közepén a derékfájás direkt orvosi költsége 368 millió \$ volt. (Ez 10 millió magyar polgárra és forintra átszámítva 83 milliárd Ft-ot tenne ki.) Egy-egy beteg kórházi költsége 200 \$, ambuláns költsége 191 \$ volt 1995-ben. Az indirekt költség a teljes költség 93%-át (85) tette ki, összesen 4.6 milliárd \$-t. (Ez 10 millió magyar állampolgárra és forintra átszámítva több mint 600 milliárd Ft-ot jelentene.) A teljes indirekt költségből \$ 3.1 milliárd \$-t tett ki a kiesett munka értéke, 1.5 milliárd \$-t a derékfájásban szenvedők fogyatékosága (48).

A Csont és Ízület Évtizede a derékfájás indirekt költsége várható növekedése 25%-ának megtakarítását, és ezen összegnek a direkt ellátási költségekre fordítását irányozza elő. A fentiekből világos, hogy ennek mekkora jelentősége van.

A fejlett ipari országok egészségügye már felismerte, hogy az akut derékfájás illetve a derékfájással járó radiculopathia pontos okának felderítésére az esetek 90-95%-ában az első hetekben nem kell törekedni, mert terápia következménye nincs (48, 86).

A drága képkötő eljárásokkal kimutatható discus protrusió, prolapsus és a klinikai tünetek között igen laza az összefüggés: tünet-és panaszmentes egyének igen jelentős százalékában kimutatható discus protrusió vagy prolapsus. Felesleges nagyértékű képkötő eljárásokat igénybe venni mindaddig, amíg műtét elvégzése komolyan szóba nem jön, sőt, az anatómiai diagnózis pszichés iatrogéniát okoz. Hangsúlyozni kell viszont, hogy az aku, súlyos, neurológiai tünetekkel járó esetén a megfelelő képkötő eljárást nem szabad halogani. Ha a CT-n, MRI-n látható elváltozást tesszük meg a beteg panaszának okául, azt sugalljuk, hogy míg az anatómiai elváltozás fennáll, a beteg nem fog meggyógyulni, ez pedig nincs így. Ha komoly prognózis, ún. „specifikus” derékfájás (spondylitis ankylopoetica, spondylitis infectiosa, tumor, metabolikus csontbetegség, sacroileitis, stb.) kizárható, a radiculopathiában szenvedő beteget - ha cauda szindrómája, paresise nincs elegendő 2-3 napig fektetni, megfelelő fájdalomcsillapítás mellett, majd fokozatosan mobilizálni kell. Az így kezelt betegek 10-12 hét alatt munkába állíthatók.

A megfelelő gyógykezelésben részesülő betegek szignifikánsan rövidebb időt töltenek betegállományban, mint a konvencionális kezelésben részesülők (87).

Korff és munkatársai vizsgálata szerint a sok gyógyszer és hosszú ágynyugalmat preferáló háziiorvosi praxisokban a költségek 13%-kal nagyobbak voltak, de a gyógyszereredmények nem voltak jobbak (88).

Rendkívül fontos a beteg megfelelő felvilágosítása a derékfájás kilátásairól. Egy norvég vizsgálat szerint a megfelelően informált betegek 19%-a volt csak betegállományban öt év múlva, szemben a kontroll csoport 34%-ával. (89.)

Torstensen és munkatársai (90.) gyógytornát és komplex fizioterápiát végző 208 betegük esetében egy év alatt 376.000 \$-t takarítottak meg 61 fizioterápiában nem részesülő betegekhez képest.

A mozgásszervi betegek kezelésének mortalitása sem elhanyagolandó. Ehelyütt csak a nem-steroidok okozta halálozást említjük, amely az Egyesült Államokban, csak kórházi halálozás területén évi több mint 8000 beteget sújt, és a halálozásért

gastrointestinalis ulceráció, vérzés, perforáció felelős. A nem-steroid gyulladáscsökkentők okozta halálozás mind az USA- ban, mind az Egyesült Királyságban magasabb, mint a méhnyakrák és az asthma bronchiale okozta halálozás együttvéve a második, legtöbb halálozást okozó „reumatológiai betegség”(42).

2.4. A krónikus mozgásszervi betegek ellátását és társadalmi reintegrációját szabályozó jogszabályok áttekintése hazánkban az Európai Unió irányelveknek megfelelően.

Tekintettel arra, hogy a krónikus mozgásszervi betegségek (rheumatoid arthritis, arthrosis, derékfájás, csontritkulás) kialakulásában nagy szerepet játszik a hátrányos szociális helyzet melyek társadalmunk nagy részét érinti, fontosnak tartottam összegyűjteni azokat a jogszabályokat melyek a nehéz szociális körülmények között élő emberek helyzetét segíthetik, javíthatják, és ezáltal, közvetve, szerepet játszhatnak a betegség elkerülésében. A szociális- szakemberek feladata felelőssége, hogy ezekre a lehetőségekre, támogatásokra-ellátásformákra felhívják az azokra jogosult emberek figyelmét.

- *2011.április 25.: Magyarország Alaptörvénye.*
- *1999 évi C. törvény: Az Európai Szociális Karta kihirdetéséről.*

Rendelkezik többek között:

- A biztonságos és egészséges munkafeltételekhez való jogról.
- Az egészségvédelemhez való jogról
- A társadalombiztosításhoz való jogról
- A szociális és egészségügyi segítséghez való jogról
- A szociális jóléti szolgáltatásokhoz való részesülés jogáról
- A fizikailag vagy szellemileg fogyatékos személyek szakmai képzéshez, a rehabilitációhoz és a társadalomba történő újra beilleszkedéshez való jogáról.
- A 1997 évi CLIV. törvény: Az egészségügyről
- Az egészségügyi törvény, amely szabályozza betegek jogait és rehabilitációját, egészségfejlesztését, illetve az állam felelősségét a lakosság egészségi állapotáért.
- 1997 évi LXXXIII. törvény: A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.

- és a 217/1997. (XII.1) Korm. rendelet: A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997-évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról.
- Rendelkezik az orvosi rehabilitációról, nyújtott lehetőségekről, igénybe vehető szolgáltatásokról és az egészségbiztosítás, egészségügyi szolgáltatásokról.
- Az egészségügy biztosítás keretében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokról, egészségbiztosítás pénzbeli ellátásokról.
- A 1997. évi LXXX. törvény: A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről és
- A 195/1997. (XI.5) Korm. rendelet: A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény végrehajtásairól, rendelkezik a TB ellátásokról, az egyes ellátásokra való jogosultsági feltételekről.
- 1997. évi LXXXI. törvény: A társadalombiztosítási nyugellátásról
- E törvény meghatározza a rokkantsági nyugdíjra való jogosultság feltételeit, a folyósítás rendszerét a felelősségi szabályokat és a jogorvoslati lehetőségeket illetve a nyilvántartási és adatszolgáltatási kötelezettségeket.
- 1993-évi III. törvény: A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról. Előírja és szabályozza a pénzbeli ellátásokat, természetben nyújtott szociális ellátásokat, közgyógyellátásra való jogosultság feltételeit illetve a személyes gondoskodást nyújtó ellátásokat.
- 1992. évi XXII. Törvény: a Munka Törvényéről.
- A törvény többek között rendelkezik a hátrányos megkülönböztetés tilalmáról és a megváltozott munkaképességűek munkavállalási alkalmazásáról
- 24/1994. (II.25.) Korm. rendelet: A bedolgozók foglalkoztatásáról
- 14/1995. (III.31.) NM rendelet: A szociális foglalkoztatóban alkalmazott bedolgozók foglalkoztatásáról.
- 1998.évi XXVI. törvény: A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról.

A fogyatékos emberek a társadalom egyenlő méltóságú egyenrangú tagjai, akik a mindenkit megillető jogokkal és lehetőségekkel csak

jelentős nehézségek árán vagy egyáltalán nem képesek élni. A fogyatékos emberek hátrányainak enyhítése, esélyegyenlőségük megalapozása, illetve a társadalom szemléletmódjának alakítása érdekében az Országgyűlés – összhangban az Alkotmánnyal és a nemzetközi jog által általánosan elismert szabályaival alkalmazza a törvényt.

- 141/2000.(XIII.09.) Korm. rendelet: A súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól.
- 102/2011.(VI.29.) Korm. rendelet: A súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeiről.
- 49/2009.(XII.29.) EüM rendelet: A súlyos fogyatékoság minősítéséről és igazolásáról
- 5/2003.(II.19.) ESzCsM rendelet: A magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról.
- 10/2006.(II.16.) OGY határozat: az új Országos Fogyatékosügyi Programról
- Ehhez kapcsolódóan készült az új Országos Fogyatékosügyi Program végrehajtásának 2007-2010. évekre vonatkozó középtávú intézkedési tervéről szóló 1062/2007. (VIII.7.) Korm. határozat.
- 92/2008.(IV.23.) Korm. rendelet: a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról.
- 387/2007.(XII.23.) Korm. rendelet: az egészségkárosodott személyek szociális járadékairól.

2007. évi XCII. törvény: a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsoló A doktori értekezés célkitűzéseinek megválaszolása érdekében különböző intézményekben, különböző krónikus mozgásszervi betegséges csoportokat vizsgáltunk.

3. Célkitűzések

3.1. Kérdésfeltevés

Világszerte a krónikus reumatológiai betegségek okozzák leggyakrabban a mozgásszervek működőképességének és az érintettek társadalmi szerepvállalásának korlátozását. Hazánkban eddig nem készült felmérés arról, hogy fekvőbeteg gyógyintézetek reumatológiai rehabilitációs osztályain orvosi rehabilitációban részesülők ellátást a betegség okozta károsodásokon túlmenően milyen egyéni tényezők állnak az ellátásukat indokoló funkcionális kiesések háttérében. Röviden, nincs adatunk arra, hogy valóban azokat a reumatológiai betegségben szenvedőket rehabilitálják ezekben az intézményekben, akiknek erre szükségük van, illetve olyanokat rehabilitálnak-e, akik visszavezethetők a munka világába. Ezért határoztam el, hogy négy hazai fekvőbeteg gyógyintézet reumatológiai rehabilitációs osztályain felmérem a rehabilitációban részesülők

- életkorát
- nemét
- foglalkozását
- szociális helyzetét
- betegségük fennállási idejét
- betegségük okozta életminőség csökkenést
- depressziójuk fokát.

Vizsgálatom alapkérdése, hogy ezek között a jellemzők között fennállnak-e olyan összefüggések, amelyek igénylik és indokolják orvosi rehabilitációjukat.

3.2. Hipotézisek

Feltételeztem, hogy a betegek szociális helyzete, életminőségük, pszichés állapotuk sérülékenysége meghatározó tényező az orvosi s talán még inkább társadalmi rehabilitációjuk iránti igényben.

Ismeretes, hogy mind az orvosi, de főleg a társadalmi rehabilitáció akkor lehet csak sikeres, ha a fogyatékos maga is minden erejével arra törekszik, hogy integrálódjék a társadalomba.

Meg kívántam győződni arról, hogy valóban csökkent életminőségű, fekvőbeteg gyógyintézeti rehabilitációra szorulók kerülnek-e ilyen intézményekbe.

Feltételeztem, hogy az orvosi rehabilitációban részesülők nem tájékozottak megfelelően a fogyatékoságukat okozó betegsükről, sem az őket érintő jogszabályokról.

A megfelelő tájékozottság saját betegségükről, illetve a rehabilitációban részesülők ismerete az őket érintő jogszabályokról azért lényeges feltétele a sikeres rehabilitációnak, mert motiváltabbá teszi a betegeket és ezáltal orvosi és társadalmi rehabilitációjuk egyaránt hatékonyabb lesz.

3.3. A vizsgálat tervezete

A felsorolt tényezőket valós idejű, keresztmetszeti, kérdőíves felmérés útján kívántam összegyűjteni. A kellő reprezentativitás biztosítására két országos hatókörű és egy-egy megyei gyógyintézetet választottam. Nem lévén orvos, a rehabilitációs igény háttérben álló betegségekről csak a legszükségesebb adatokat gyűjtöttem össze a közreműködő orvosok segítségével. Regisztráltam a rehabilitációban részesülők reumatológiai diagnózisát, társuló betegsügek diagnózisait és azt, hogy bizonyos, az adott betegségben indokolt, jellemző műtétek utáni rehabilitációban részesültek-e? Minthogy csak keresztmetszeti vizsgálatra vállalkoztam, nem tanulmányoztam az orvosi rehabilitáció orvosi illetve társadalmi hatékonyságát. Felmérésem korlátozottan reprezentatív, mert az anyagi erőforrások hiánya csupán ezt a vizsgálati tervet tette reálissá. Remélem azonban, hogy munkám alapot szolgáltat további vizsgálatokhoz.

4. Módszerek

Az adatok felvétele a Veszprém megyei Csolnoky Ferenc Kórházban Reumatológiai Rehabilitációs osztályán (41 rehabilitációs ágy), a nyíregyházi Józsa András Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórház Reumatológiai Rehabilitációs Részlegén (15 ágy) illetve az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetben (ORFI) az I. Reumatológiai Rehabilitációs Osztályon (70ágy), II. Reumatológiai Rehabilitációs Osztályon (67 ágy), és III. Reumatológiai Rehabilitációs Osztályon (70 ágy), valamint Hévízi Szent András Gyógyfürdő és Rehabilitációs Kórház Reumatológiai Rehabilitációs osztályain (225 ágy), történt azaz összesen 1024 rehabilitálandó személyen végeztük.

Nagyszámú, ugyanakkor arányos mintavételre, országos felmérésre törekedtünk, mivel így általános érvényű következtetéseket tudunk levonni, és a továbbiakban hasznosítani tudjuk a kapott adatokat. A felmérés 2009. év március elejétől július végéig tartott, kivéve Nyíregyházát, ahol az alacsony ágyszám miatt 2009 októberéig tartott a vizsgálat.

A mintavételbe 20. évüknél fiatalabbakat nem vontunk be.

A vizsgált betegek diagnózisait az illető rehabilitációs osztály osztályvezető főorvosa bocsájtotta rendelkezésünkre. A rehabilitációs osztályokon kezelték közül derékfájásban (BNO: M.50- M51), osteoporosisban (BNO: M80- 81), arthrosisban (BNO: M15- M19), illetve rheumatoid arthritisben (BNO: M.05- M06) szenvedő krónikus mozgásszervi betegeket vizsgáltuk.

4.1. Beteganyag

A doktori értekezés célkitűzéseinek megválaszolása érdekében különböző krónikus reumatológiai betegségben szenvedőket A WHO által elindított Csont és Ízület Évtizede 2000-2010-hez kapcsolódóan négy hazai fekvőbeteg gyógyintézetben kezelt, rheumatoid arthritisben, arthrosisban,, derékfájásban és osteoporosisban szenvedő beteg keresztmetszeti vizsgálatát végeztük el. A négy intézményt úgy választottuk ki, hogy szerepeljen egy-egy nyugat és kelet magyarországi megyei kórház reumatológiai rehabilitációs osztálya ill. részlege (*Csolnoky Ferenc Kórház Veszprém,[I.Melléklet] Józsa András Kórház, Nyíregyháza[II.Melléklet]*) továbbá egy országos jellegű

gyógyfürdő és rehabilitációs kórház (*Hévíz Szent András Gyógyfürdő és Rehabilitációs Kórház*[III.Melléklet]), valamint az *Országos Reumatológia és Fizioterápiás Intézet* is.[IV.Melléklet] A vizsgálatot az illetékes Etikai Bizottságok engedélyezték.

4.1.1. A vizsgált betegek demográfiai adatai

5. táblázat

Az egyes betegcsoportok életkor és vizsgálati helyek szerinti megoszlása.

Mintavétel helye					
Életkor	HÉVÍZ	NYÍREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	Összesen
20-30 ÉV	1	5	5	1	12 (1.4%)
31-40 ÉV	7	18	17	12	54 (6.3%)
41-50 ÉV	23	56	30	33	142 (16.5%)
51-60 ÉV	83	83	72	74	312 (36.2%)
60 ÉV +	103	74	82	84	343 (39.7%)
Összesen	217 (25.1%)	236 (27.3%)	206 (23.9%)	204 (23.6%)	863 (100.0%)

6. táblázat

A vizsgáltak kor és nem szerinti megoszlása

Életkor						
	20-30 ÉV	31-40 ÉV	41-50 ÉV	51-60 ÉV	60 ÉV FELETT	Összesen
FÉRFI	14	25	54	108	70	261 (30.2%)
NŐ	8	29	88	204	273	602 (69.8%)
Összesen:	12 (1.4%)	54 (6.3%)	142 (16.5%)	312 (36.2%)	343 (39.7%)	863 (100.0%)

Meglepő, hogy a 20-40 év közötti rehabilitáltak száma mindössze 7,7%, de a 41-50 évesek aránya is csak 16,5%, míg 41,6%-uk 60éven felüli. Az 51-60 éves férfiak többen voltak (sz: 125) mint a 60 éven felüliek (sz: 91). Nők közül az 51-60 évesek száma 372, a 60 éven felülieké 426 volt. Legegyenletesebbnek találtuk a kor szerinti megoszlást Nyíregyházán. Itt kezelték a legtöbb 20-30 évest és a legkevesebb 60 éven felülit. A legtöbb 60 éven felülit illetve a legkevesebb 20-40 év közöttit Hévízen kezelték.

A megkérdezetteink családi állapotára vonatkozó kérdéseimre a következő válaszokat kaptam:

7. táblázat
A vizsgált betegek családi állapota betegségek szerint

Családi állapot								
Betegség	EGYÉB	ELVÁLT, DE GYERME- KEIVEL ÉL	ELVÁLT, EGYEDÜL ÉL	HAJADO N /NÖTLEN ÉS EGYEDÜL ÉL	HÁZAS /ÉLET- TÁRSI KAPCSO- LAT- BAN ÉL	ÖZVEGY , DE GYERME- KEIVEL ÉL	ÖZVEGY, EGYEDÜL ÉL	Összesen
CSONTRIT- KULÁS	5	13	19	14	114	12	33	210 (24.4%)
DERÉK- FÁJÁS	2	16	25	16	149	14	45	267 (31.0%)
IZÜLETI GYULLADÁS	1	14	17	10	132	9	55	238 (27.6%)
IZÜLETI KOPÁS	3	12	9	8	91	6	17	146 (17.0%)
Összesen:	11 (1.3%)	55 (6.4%)	70 (8.1%)	48 (5.6%)	486 (56.4%)	41 (4.8%)	150 (17.4%)	861 (100.0%)

8. táblázat
A vizsgált betegek családi állapota vizsgálati helyek alapján

Családi állapot								
Város	EGYÉB	ELVÁLT, DE GYERME- KEIVEL ÉL	ELVÁLT, EGYEDÜL ÉL	HAJADON /NÖTLEN ÉS EGYEDÜL ÉL	HÁZAS /ÉLET- TÁRSI KAPCSO- LATBAN ÉL	ÖZVEGY , DE GYERME- KEIVEL ÉL	ÖZVEGY, EGYEDÜL ÉL	Összesen
HÉVÍZ	1	14	21	6	127	9	39	217 (25.2%)
NYÍREGY- HÁZA	3	16	12	14	132	15	44	236 (27.4%)
ORFI	6	12	19	17	113	7	30	204 (23.7%)
VESZPRÉM	1	13	18	11	114	10	37	204 (23.7%)
Összesen:	11 (1.3%)	55 (6.4%)	70 (8.1%)	48 (5.6%)	486 (56.4%)	41 (4.8%)	150 (17.4%)	861 (100.0%)

A vizsgált betegek családi állapotában nem mértünk társadalomtudományi szempontból olyan eredményt, mely további adatelemzést igényelt volna. A biológiai életkornak megfelelően kétszülős családi modell továbbra is domináló tényező, melyből a család fontosságára és a hagyomány őrzésére tudunk következtetni. A betegek 66%-a valamely családdal él, 5,6%-a hajadon/nőtlen, 8,1%-a elvált, de egyedül él, míg

17,4%-a özvegy egyedül él. Ez örvendetes mivel a felmerülő szociális probléma esetén természetes kapcsolati hálóra, vagyis a szubszidialitás elvére tudunk támaszkodni.

4.1.2. A vizsgált betegek diagnosztikus megoszlása

A vizsgált mintavételben szereplő betegek létszáma 1024 fő, melynek betegcsoportonkénti megoszlását az 9. táblázaton mutatom be. Az életkori megoszlást 863 beteg kérdőívei alapján mértük fel (10. táblázat).

9. táblázat

Az egyes betegcsoportok megoszlása a mintavétel helye szerint

Város	Csontritkulás	Derékfájás	Ízületi gyulladás	Ízületi kopás	Összesen
Hévíz	63	91	59	43	256 (25.0%)
Nyíregyháza	87	73	69	27	256 (25.0%)
ORFI	52	54	88	62	256 (25.0%)
Veszprém	51	93	77	35	256 (25.0%)
	253 (24.7%)	311 (30.4%)	293 (28.6%)	167 (16.3%)	1024 (100.0%)

Az ORFI rehabilitációs osztályainak beteganyagában találtuk a legtöbb rheumatoid arthritises és arthrosisos, legkevesebb derékfájásban szenvedő beteget, ami megfelel az intézet országos profiljának. Hévízen rehabilitálták a legtöbb derékfájásban szenvedőt valószínűleg a súlyfürdő kezelés és úszás lehetősége miatt. Nyíregyházán részesült a legtöbb osteoporosisos beteg rehabilitációban, melynek okait célszerű lenne tovább vizsgálni.

10. táblázat

Az egyes betegcsoportok életkor szerinti megoszlása.

Betegség	Életkor					Összesen
	20-30 ÉV	31-40 ÉV	41-50 ÉV	51-60 ÉV	60 ÉV felett	
CSONTRITKULÁS	4	16	30	77	84	211 (24.4%)
DERÉKFÁJÁS	6	17	40	94	110	267 (30.9%)
IZÜLETI GYULLADÁS	0	12	35	90	102	239 (27.7%)
IZÜLETI KOPÁS	2	9	37	51	47	146 (16.9%)
	12 (1.4%)	54 (6.3%)	142 (16.5%)	312 (36.2%)	343 (39.7%)	863 (100.0%)

4.2. Kérdőívek

A kezelték adatainak felmérésére kérdőívet állítottunk össze, amelyet a kezelték név nélkül, anonimitásuk szigorú betartásával, beleegyező nyilatkozatuk aláírásai után

töltötték ki. A kezeltek megtagadhatták a kérdőív vagy egyes kérdések megválaszolását. Minden vizsgált beteg szóbeli tájékoztatásban részesült, majd ezt követően külön-külön iratgyűjtőben kapta kezébe a három darab kérdőívet, sorszámmal ellátva. Valamennyi rehabilitációs osztályon 300 darab sorszámozott kérdőívet osztottunk ki, a négy választott betegség miatt az intézményben orvosi rehabilitációban részesülőknél.

Minden soron következő beteg kapott kérdőív csomagot, külön irattartóban, ha vállalta annak kitöltését. Más válogatási szempont nem volt. Azt a beteget, aki több kérdéscsoportra is hiányos választ adott, kihagytuk az összesítésből. Addig folytattuk az anyaggyűjtést, amíg, egy intézményben a 256-os betegszámot el nem értük.

4.2.1. A krónikus mozgásszervi betegek szociális körülményei

A krónikus mozgásszervi betegek szociális körülményeit saját magam által kidolgozott kérdőívvel mértem fel. [V.Melléklet]

A szociális paramétereket – életkörülmények *kvalitatív* vizsgálatában általános adatkérdéseket: a betegek vizsgálati helyek szerinti megoszlását, életkor és nem szerinti megoszlásukat, családi állapotát, lakáshelyzetét, korábbi vagy jelen foglalkozásukat, bevételi forrásukat és legmagasabb iskolai végzettségüket; továbbá az egy főre jutó családi jövedelmüket vizsgáltam.

4.2.2. A betegek betegségének adatai

A betegek betegségének adatai közül a következőkre voltunk kíváncsiak:

- mióta szenved a vizsgált betegségek egyikében?
- a házi orvosánál való jelentkezése után mennyi idővel került szakorvosi vizsgálatra?
- milyen kísérőbetegségben szenved?
- operálták e térdét csípőjét vagy derekát?
- a csípő- térdműtét illetve gerincműtét után mennyi idővel került orvosi rehabilitációra?

4.2.3. A betegek felvilágosításának vizsgálata

A betegek felvilágosításának különböző részleteire vonatkozólag hat kérdést tettünk fel:

- Megfelelő tájékoztatást kapott-e arról, hogyan kerülhető el betegsége súlyosbodása illetve a visszaesés?
- Megfelelő felvilágosítást kapott-e a szükséges gyógyszerekről?

- a szükséges kezelésekről, ellenőrzésekről?
- a mozgás illetve gyógytornakezelés szükségességéről és formájáról?
- a szükséges étrendi változtatásokról?
- egyéb életviteli változás szükségességéről és formájáról?

4.2.4. A beteg tisztában van-e az igényelhető segítségnyújtás formáival?

Négy kérdést tettünk fel arra vonatkozólag, hogy a beteg tisztában van-e az igényelhető segítségnyújtás formáival:

- tisztában van-e az állampolgári jogon igényelhető segítségek formáival?
- a segítségek igénylésének és igénybevételének módjával?
- a segítségek anyagi vonzatával?
- az utógondozási és rehabilitációs lehetőségekkel?

4.2.5. A betegnek milyen segítségnyújtásra lenne leginkább szüksége?

Hat kérdést tettünk fel arra vonatkozólag, hogy a betegnek milyen segítségnyújtásra lenne leginkább szüksége:

- a hivatalos ügyintézésben
- tájékoztatásra az egészséges életvitelről, megelőzésről
- a segédeszközök biztosításában
- tájékoztatásra az igénybe vehető pénzügyi ellátásokról
- pszichológiai, lelki segítségre
- házi beteggondozásra.

4.2.6. A betegeknek milyen a társadalmi státuszuk?

Hét kérdést tettünk fel arra vonatkozólag, hogy a betegeknek milyen a társadalmi státuszuk:

- ❖ lakóhelyük
- ❖ családi állapotuk
- ❖ lakáshelyzetük
- ❖ korábbi vagy jelen munkájuk
- ❖ családi bevételeik milyen forrásból származik
- ❖ iskolai végzettségük
- ❖ egy főre eső családi jövedelmük/ egy fogyasztási egységre jutó jövedelmük

4.2.7. A betegek életminőség mérése

Az életminőség mérésére az SF-36 generikus skálát alkalmaztuk [VI. *Melléklet* (91)], melyet az 1024 fős vizsgálati beteg közül 863 fő töltötte ki. A generikus skála segítségével különböző egészségi állapotok terhe hasonlítható össze. Az SF-36-at nemzetközileg többször validálták, mind használhatósági, mind nyelvi szempontból. A magyar nyelvi validációt Czibalmos és munkatársai végezték [VI. *Melléklet* (92)].

A 36 kérdés a vizsgált személy fizikai működésének fokára, szerepvállalására, testi fájdalmára, általános egészségi állapotára, vitalitására, szociális funkcióképességére, érzelmi szerepére és mentális egészségére kérdez rá. Az egyes egészségteremtő tartományokban e kérdések maximálisan 100 ponttal pontozhatók, s az SF-36 összpontszáma is 100 lehet. Ez az ideális egészségi állapotot jelenti, melyet természetesen egészséges népesség sem ér el. Az SF-36 Magyarországon mért értékei Czibalmos és munkatársai szerint (92.)90 és 70 között mozognak, legmagasabbak a fizikai működés (90) legalacsonyabbak az általános egészség (70) átlagai.

4.2.8. A betegek kedélyállapotának vizsgálata

A kezeltek hangulati beállítódásának, depressziójának megállapítására a Beck skálát (Beck Depression Inventory, BDI,(93.)illetve annak validált változatát alkalmaztuk (94.)VII. *Melléklet*]. A Beck skála önmagában nem elegendő a depresszió diagnózisának megállapításához, bár komoly mértékben alátámasztja azt.

4.3. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzésre a MedCalc statisztikai programcsomagot használtunk.

A normalitás ellenőrzésére a Kolmogorov-Szmirnov próbát, a különböző vizsgálatokban szükség szerint az F-próbát, a t-próbát, a Wech-próbát, a Kruskal-Wallis próbát, a khi- négyzet próbát, a Mann- Whitney próbát és az egymintás t-próbát használtuk.

5. Eredmények

A vizsgálat eredményeit az általam összeállított kérdőív szerkezetének megfelelően ismertetem. A kérdőív első fejezete a betegek demográfiai adataira vonatkozó kérdéseket tartalmazza (I. az V. sz. Melléklet), az ezekre adott válaszokat a 4. Módszerek fejezet 4.2. alfejezetében ismertetem (I. ott).

A krónikus mozgásszervi betegek szociális háttérének további vizsgálatának eredményeit a kérdőív II. Életkörülmények fejezetével kezdve mutatom be.

5.1. Életkörülmények

Az egy fogyasztási egységre jutó havi családi jövedelem kérdésünkre a válaszok a következőképpen alakultak:

11. táblázat

Egy fogyasztási egységre eső családi jövedelem betegségek szerint

Családi jövedelem							
Betegség	20E FT ALATT	21E-30E FT	31E-40E FT	41E-60E FT	61E-100E FT	100E FT FELETT	Összesen
CSONTRIT- KULÁS	10	24	33	73	56	14	210 (24.6%)
DERÉK- FÁJÁS	10	20	29	85	81	40	265 (31.0%)
IZÜLETI GYULLADÁS	15	12	31	86	64	27	235 (27.5%)
IZÜLETI KOPÁS	9	15	22	46	34	18	144 (16.9%)
Összesen:	44 (5.2%)	71 (8.3%)	115 (13.5%)	290 (34.0%)	235 (27.5%)	99 (11.6%)	854 (100.0%)

12. táblázat

Egy fogyasztási egységre eső jövedelem vizsgálati helyek alapján

Családi jövedelem							
Város	20E FT ALATT	21E-30E FT	31E-40E FT	41E-60E FT	61E-100E FT	100E FT FELETT	Összesen
HÉVÍZ	9	15	24	62	71	35	216 (25.3%)
NYÍREGYHÁZA	14	27	46	87	45	16	235 (27.5%)
ORFI	13	19	24	63	57	24	200 (23.4%)
VESZPRÉM	8	10	21	78	62	24	203 (23.8%)
Összesen:	44 (5,15%)	71 (8,31%)	115 (13.5%)	290 (34.0%)	235 (27.5%)	99 (11.6%)	854 (100.0%)

A rehabilitálandók, az egy fogyasztási egységre eső családi jövedelme szerint, Nyíregyházán kezelték a legkevesebb 100.000Ft/hó feletti család jövedelmű beteget, míg a legtöbbet Hévízen. Családjövedelem szempontjából a Hévízen és Veszprémben kezelték családi jövedelme között nem volt különbség, de a Hévízen kezelték családi jövedelme szignifikánsan magasabb volt, mint az ORFI- ban kezeltéké (p=0,0138), és a Nyíregyházán kezeltéké szignifikánsan alacsonyabb volt, mint az ORFI-ban (p=0,0083).kezeltéké.

A betegek 13,5%-a szegénységi küszöb alatti jövedelemforrással rendelkezik.

Arra a kérdésemre, hogy a családi bevétel milyen forrásból származik, a következő táblázat mutatja a válaszokat.

13. táblázat
A vizsgált betegek családi bevételi forrása betegségek szerint

Családi bevétel forrása							
Betegség	AKTÍV KERESŐ	GYES	ISKOLÁS, ELTAR- TOTT	NYD, ÖZVEGYI NYD.	ROKKANT NYD	TÖBB FORRÁ- SBÓL	Összesen
CSONT- RITKULÁS	58	0	3	31	98	18	208 (24.3%)
DERÉK- FÁJÁS	80	3	4	65	107	8	267 (31.3%)
IZÜLETI GYULLADÁS	53	2	2	51	109	18	235 (27.5%)
IZÜLETI KOPÁS	55	1	0	38	47	2	143 (16.7%)
Összesen:	246 (28.8%)	6 (0.7%)	9 (1.1 %)	185 (21.6 %)	361 (42.3%)	46 (5.4 %)	853 (100.0%)

14. táblázat
A vizsgált betegek családi bevétele a vizsgálati helyek alapján

Családi bevétel forrása							
Város	AKTÍV KERESŐ	ISKOLÁS , ELTAR- TOTT	NYD, ÖZVEGYI NYD...	ROKKANT NYD	GYES	TÖBB FORRÁ- S-BÓL	Összesen
HÉVÍZ	50	2	58	98	3	3	214 (25.0%)
NYÍREGY- HÁZA	81	4	57	82	2	10	236 (27.6%)
ORFI	52	2	45	82	0	22	203 (23.7%)
VESZPRÉM	63	1	45	81	1	11	202 (23.6%)
Összesen:	246 (28.8%)	9 (1.1%)	205 (24.0%)	343 (40.1%)	6 (0.7%)	46 (5.4%)	855 (100.0%)

A vizsgált személyek foglalkozás típus szerinti megoszlásban mindössze 28.8%-a válaszolta, hogy aktív kereső ugyanakkor 64,1%-uk inaktív, és csupán 0,7%-a gyermekgondozási segélyben lévő illetve 1.1% -a iskolás eltartott.

A vizsgált személyek foglalkozás típus szerinti megoszlása

15. táblázat

A vizsgált betegek korábbi vagy jelenlegi munkája betegségek szerint

Korábbi, vagy jelenlegi munka									
Betegség	NEHÉZ FIZIKAI MUNKA	KÖNNYŰ FIZIKAI MUNKA	ÜLŐ-MUNKA	SZELLEMI MUNKA	MEZŐ-GAZDASÁGI MUNKA	ALKALMI MUNKA	HÁZTARTÁSBELI MUNKA	MUNKANÉLKÜLI	Összesen
CSONTRITKULÁS	81	41	7	13	1	17	28	15	203 (24.7%)
DERÉKFÁJÁS	90	64	8	9	2	34	27	22	256 (31.2%)
IZÜLETI GYULLADÁS	71	50	15	10	0	37	28	10	221 (26.9%)
IZÜLETI KOPÁS	52	33	6	5	1	17	24	3	141 (17.2%)
Összesen:	294 (35.8%)	188 (22.9%)	36 (4.4%)	37 (4.5%)	4 (0.5%)	105 (12.8%)	107 (13.0%)	50 (6.1%)	821 (100.0%)

16. táblázat

A vizsgált betegek korábbi vagy jelenlegi munkája vizsgálati helyek alapján

Város	ÜLŐ MUNKA	NEHÉZ FIZIKAI MUNKA	FIZIKAI MUNKA	SZELLEMI MUNKA	MEZŐGAZDASÁGI MUNKA	ALKALMI MUNKA	HÁZTARTÁSBELI MUNKA	MUNKANÉLKÜLI	Összesen
HÉVÍZ	67	54	11	8	0	32	24	13	209 (25.5%)
NYÍREGYHÁZA	103	35	11	18	2	35	34	13	251 (30.1%)
ORFI	66	42	4	3	0	17	22	15	169 (21.0%)
VESZPRÉM	58	57	10	8	2	21	27	9	192 (23.4%)
Összesen:	294 (35.8%)	188 (22.9%)	36 (4.4%)	37 (4.5%)	4 (0.5%)	105 (12.8%)	107 (13.0%)	50 (6.1%)	821 (100.0%)

A vizsgált személyek foglalkozás típus szerinti megoszlásban mindössze 28.8%-a válaszolta, hogy aktív kereső ugyanakkor 64,1%-uk inaktív, és csupán 0,7%-a gyermekgondozási segélyben lévő illetve 1.1%-a iskolás eltartott.

A rehabilitálandók 35,8%-a nehéz fizikai munkát, 22,9%-a könnyű fizikai munkát jelölt: 58,7%-uk fizikai munkás: ebből a derékfájós betegek száma 154 fő, csontritkulásos betegeké 122 fő Nyíregyháziak voltak a legtöbben, akik nehéz fizikai munkát végeztek korábban.

Iskolai végzettség alakulása a vizsgált betegeknél

17. táblázat

A vizsgált betegek iskolai végzettsége betegségük szerint

Iskolai végzettség							
Betegség	KEVESEBB, MINT 8 ÁLTALÁNOS	8 ÁLTALÁNOS	SZAKMUNKÁS ISKOLA, SEGÉDMUNKÁS TANFOLYAM	KÖZÉP-ISKOLA, ÉRETTSÉGI	ÉRETTSÉGI + TECHNIKUM VAGY EGYÉB KÉPESÍTÉS	FELSŐ-FOKÚ VÉGZETTSÉG	Összesen
CSONT- RITKULÁS	6	53	54	37	32	29	211 (24.5%)
DERÉK- FÁJÁS	5	48	65	45	49	55	267 (31.0%)
IZÜLETI GYULLADÁS	4	41	58	55	37	42	237 (27.5%)
IZÜLETI KOPÁS	5	19	46	25	27	24	146 (17.0%)
Összesen:	20 (2.3%)	161 (18.7%)	223 (25.9%)	162 (18.8%)	145 (16.8%)	150 (17.4%)	861 (100.0%)

18. táblázat

A vizsgált betegek iskolai végzettsége vizsgálati helyek alapján

Iskolai végzettség							
Város	8 ÁLTALÁNOS	FELSŐ-FOKÚ VÉGZETTSÉG	KEVESEBB, MINT 8 ÁLTALÁNOS	KÖZÉPISKOLA, ÉRETTSÉG	SZAKMUNKÁS ISKOLA, SEGÉDMUNKÁS TANFOLYAM	ÉRETTSÉGI + TECHNIKUM VAGY EGYÉB KÉPESÍTÉS	Összesen
HÉVÍZ	38	48	6	34	47	44	217 (25.2%)
NYÍREGY- HÁZA	55	22	10	44	72	32	235 (27.3%)
ORFI	35	41	3	44	51	31	205 (23.8%)
VESZPRÉM	33	39	1	40	53	38	204 (23.7%)
Összesen:	161 (18.7%)	150 (17.4%)	20 (2.3%)	162 (18.8%)	223 (25.9%)	145 (16.8%)	861 (100.0%)

A betegek 18,7%-a rendelkezett 8 általános iskolai osztálynak megfelelő végzettséggel, 2,3%-a annál is kevesebbel, 18,8%-nak középiskolai, 17,4%-nak felsőfokú iskolai végzettsége volt. A legtöbb alulképzett beteget Nyíregyházán találtuk.

Az iskolai végzettségre irányuló kérdésre adott válaszokból kitűnik, hogy a nyolcszázhatvanegy főből 181 főnek semmilyen szakképesítése nem volt.

A kérdőívek kiértékelésénél megnyugtató volt az, hogy teljesen írástudatlan beteggel, nem találkoztunk, mivel egyetlen vizsgálati helyről sem kaptunk ilyen visszajelzést.

A második témakörben a megkérdezettek alapvető szükségleteire, életkörülményeire, jelen szociális körülményeire kérdeztem rá.

A válaszadók lakáshelyzetének alakulása a következőképpen alakult

19. táblázat

A vizsgált betegek lakáshelyzete betegségük szerint

Lakáshelyzet					
Betegség	FÉLKOMFORT	KOMFORT	KOMFORT NÉLKÜLI	ÖSSZKOMFORT	Összesen
CSONTRITKULÁS	3	13	9	184	209 (24.4%)
DERÉKFÁJÁS	10	14	3	238	265 (31.0%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	7	16	1	213	237 (27.7%)
ÍZÜLETI KOPÁS	4	7	2	132	145 (16.9%)
Összesen	24 (2.8%)	50 (5.8%)	15 (1.8%)	767 (89.6%)	856 (100.0%)

20. táblázat

A vizsgált betegek lakáshelyzete vizsgálati helyek alapján

Lakáshelyzet					
Város	FÉLKOMFORT	KOMFORT	KOMFORT NÉLKÜLI	ÖSSZKOMFORT	Összesen
HÉVÍZ	6	16	1	190	213 (24.9%)
NYÍREGYHÁZA	7	16	7	204	234 (27.3%)
ORFI	2	10	7	186	205 (23.9%)
VESZPRÉM	9	8	0	187	204 (23.8%)
Összesen	24 (2.8%)	50 (5.8%)	15 (1.8%)	767 (89.6%)	856 (100.0%)

A válaszadók lakáshelyzetének alakulására adott válaszok alapján, nem láttuk szükségesnek mélyebb adatelemzéseket.

21. táblázat

A vizsgált betegek lakóhely szerinti megoszlása

Lakóhely					
Város	FALU	FŐVÁROS	TANYA	VÁROS	Összesen
HÉVÍZ	57	35	6	117	215 (25.1%)
NYÍREGYHÁZA	73	2	20	140	235 (27.4%)
ORFI	72	66	3	64	205 (23.9%)
VESZPRÉM	97	2	3	101	203 (23.7%)
Összesen	299 (34.8%)	105 (12.2%)	32 (3.7%)	422 (49.2%)	858 (100.0%)

Veszprémben a falun élők kerültek a legtöbben (97-en) rehabilitációra, Hévízen, Nyíregyházán a városlakók, az ORFI-ban a fővárosiak (66) voltak többségben.

Tanyán élők messzemenően Nyíregyházán voltak legtöbben, 20-an. (21. táblázat)

Hazánkban a fővárosi- városi és falusi lakosság aránya a 2010-es KSH mérése alapján: 2,27.

22. táblázat

A vizsgált betegségek lakóhely szerinti megoszlása

Lakóhely					
Betegség	FALU	FŐVÁROS	TANYA	VÁROS	Összesen
CSONTRITKULÁS	67	20	12	110	209 (24.4%)
DERÉKFÁJÁS	91	27	10	139	267 (31.1%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	79	44	6	107	236 (27.5%)
ÍZÜLETI KOPÁS	62	14	4	66	146 (17.0%)
Összesen:	299 (34.8%)	105 (12.2%)	32 (3.7%)	422 (49.2%)	858 (100.0%)

5.2. A betegség körülményei

A III. felmérés a betegség körülményeire irányult:

- Mióta szenved reumatológiai betegségétől?
- Első háziorvosi jelentkezésétől hány hónap múlva került szakorvosi ellátásra?
- Milyen műtét történt?
- Mennyi idő múlva került sor rehabilitációra?
- Milyen egyéb jelentős betegsége van? (Szenved-e más betegségben?)

Az ezerhuszonnégy megkérdezett személy nem mindegyike válaszolt a különböző kérdéseinkre.

A négy krónikus mozgásszervi betegség fennállási idejére, illetve első háziorvosi jelentkezésétől hány hónap múlva került sor szakorvosi ellátásra adott válaszokat a következő soron következő táblázatok adatai alapján szemléltem.

23. táblázat

A rheumatoid arthritis fennállási ideje:

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
1 éve	2	7	5	9	23(9,6%)
2 éve	8	6	10	7	31(12,9%)
3 éve	7	12	13	5	37(15,4%)
4 éve	11	18	11	15	55(23,0%)
5 évnél több	27	22	28	16	93(38,9%)
Összesen:	55 (23,0%)	65 (27,1%)	67 (28,0%)	52 (21,7%)	239 (100%)

24. táblázat

A reumatoid arthritises beteg első háziorvosi jelentkezésétől hány hónap múlva került szakorvosi ellátásra?

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
3 hónap	3	7	6	9	25 (10,4%)
6 hónap	5	3	15	11	34 (14,2%)
9 hónap	9	11	9	9	48 (20,0%)
12 hónap vagy több	27	44	38	23	132 (55,2%)
Összesen:	67(28,0%)	65(27,1%)	55(23,0%)	52 21,7%)	239 (100%)

A jelentkezéstől számítva 3 hónap:10,4%; 9 hónap 20,0% valamint 12 hónap vagy annál több idő elteltével kerültek szakorvosi ellátásra. (Ez nagyon hosszú idő RA- ban: a nemzetközi ajánlások szerint 6, ill 12 héten belül szakorvosi ellátásra kell kerülnie.

25. táblázat

A reumatoid arthritises térd operáltak száma

Térdműtét	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
NEM VOLT	48	60	56	42	206 (86,6%)
VOLT	7	5	11	9	32 (13,4%)
Összesen:	65 (27,3%)	55 (23,1)	67 (28,2%)	51 (21,4%)	238 (100%)

A 239 RA-s beteg közül 32 főnél történt térdműtét.

26. táblázat

A reumatoid arthritises térd operáltak rehabilitációja

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
4 héten belül	5	2	9	7	23(71,8%)
2 hónapon belül	2	4	2	1	9 (28,1%)
3 hónapon belül	0	0	0	0	0
Összesen:	7 (21,8%)	6 (18,75%)	11(34,3%)	8 (25%)	32 (100%)

A 32 térdműtét követő rehabilitáció 2 hónapon belül megtörtént.

27. Táblázat

A csípőműtéten átesett, reumatoid artritiszes betegek száma:

Csípőműtét	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
Nem volt	47	60	54	45	206 (86,6%)
Volt	8	5	13	6	32 (13,4%)
Összesen	55 (23,1%)	65 (27,3%)	67 (28,2%)	51 (21,4%)	238(100,0%)

28. Táblázat

A reumatoid artritiszes betegeknél térdműtét után mikor került sor rehabilitációra?

Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
4 héten belül	2	9	7	23(71,8%)
2 hónapon belül	4	2	1	9 (28,1%)
3 hónapon belül	0	0	0	0
Összesen:	6 (18,75%)	11 (34,3%)	8 (25%)	32 (100,0%)

29. Táblázat

A reumatoid artritiszes betegeknél csípőműtét után mikor került sor rehabilitációra?

Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
4 héten belül6	1	7	5	19 (57,5%)
2 hónapon belül2	4	2	1	9 (27,2%)
3 hónapon belül0	2	1	1	4 (12,5%)
Összesen 8 (24,2%)	7 (21,2%)	10 (30,3%)	7 (21,8%)	32 (100,0%)

30. táblázat

Az arthrosis fennállási ideje

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen:
1 éve	6	2	12	8	28(18,79%)
2 éve	9	8	8	7	32(21,47%)
3 éve	8	6	9	3	26(17,44%)
4 éve	7	6	7	3	23(15,43%)
5 évnél több	11	5	15	9	40(26,84%)
Összesen:	41 (27,51%)	27 (18,12%)	51 (34,22%)	30 (20,13%)	149 (100,0%)

31. táblázat

Az első háziiorvosi jelentkezésétől hány hónap múlva került szakorvosi ellátásra?

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
3 hónap	5	8	9	7	29(19,86%)
6 hónap	8	7	12	8	35(23,97%)
9 hónap	9	4	8	6	27(18,49%)
12 hónap vagy több	2	25	19	9	55(37,67%)
Összesen:	51 (34,93%)	24 (16,43%)	41 (28,08%)	30 (20,54%)	146 (100,0%)

Az artrosisos betegek a jelentkezéstől számítva 3 hónap:19,86%;6 hónap 23,97%; 9 hónap 18,49% valamint 12 hónap vagy annál több idő elteltével kerültek szakorvosi ellátásra. Az artrosisos beteg betegségének fennállási ideje rehabilitációs szempontból kevésbé fontos.

32. táblázat

Arthrosisos betegek térd operáltjainak száma

	HÉVÍZ	NYÍREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	Összesen
NEM VOLT	35	22	42	23	122 (83,6%)
VOLT	6	2	9	7	24 (16,4%)
Összesen:	41 (28,1%)	24 (16,4%)	51 (34,9%)	30 (20,5%)	146 (100,0%)

A 146 térd artrosisos beteg közül 24 főnél történt térdműtét.

33. táblázat

Arthrosisos térd operáltak rehabilitációja

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
4 héten belül	4	2	6	7	19 (79,1%)
2 hónapon belül	2	0	3	0	5 (20,8%)
3 hónapon belül	0	0	0	0	0
Összesen:	6 (25%)	2 (8,3%)	9 (37,5%)	7 (29,1%)	24 (100.%)

A 24 artrosisos beteg rehabilitációja 6 héten belül megtörtént.

34. táblázat

Arthrosisos csípőműtések száma

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	VESZPRÉM	Összesen
NEM VOLT	37	20	46	21	124 (84,9%)
VOLT	4	4	5	9	22 (15,1%)
Összesen	41 (28.1%)	24(16.4%)	51 (34.9%)	30 (20.5%)	146 (100.0%)

A 146 artrosisos beteg közül 22 főnél történt csípőműtét.

35. táblázat

Arthrosisos csípő-operáltak rehabilitációja

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
4 héten belül	3	2	3	6	14 (63,6%)
2 hónapon belül	1	2	2	3	8 (36,3%)
3 hónapon belül	0	0	0	0	0
Összesen:	4(18,18%)	4(18,18%)	5(22,72%)	9(40,9%)	22 (100%)

A 22 artrosisos csípő-operált beteg rehabilitációja 3 hónapon belül megtörtént.

36. táblázat

A derékfájás fennállási ideje

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
1 éve	10	16	11	14	51 (19,10%)
2 éve	17	14	13	18	62 (23,22%)
3 éve	6	9	9	8	42 (15,73%)
4 éve	15	11	7	20	53 (19,85%)
5 évnél több	12	14	9	24	59 (22,09%)
Összesen:	49(18,35%)	64(23,97%)	70(26,21%)	84 (31,46%)	267 (100%)

A 267 beteg derékfájás fennállási ideje 1éve 19,10%;2 éve 23,22%;3 éve 15,73%; 4 éve 19,85%; 5 éve 22,09%- nak van.

37.táblázat

Az első háziiorvosi jelentkezésétől hány hónap múlva került szakorvosi ellátásra?

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
3 hónap	22	24	20	28	94(35,74%)
6 hónap	21	19	15	25	80(30,41%)
9 hónap	15	17	8	20	60(22,81%)
12 hónap vagy több	64	12	12	7	29(11,02%)
Összesen:	49(18,63%)	64(24,33%)	70(26,61%)	80 (30,41%)	263 (100%)

38. táblázat

A gerincműtéten átesett derékfájós betegek.

	HÉVÍZ	NYÍREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	Összesen
NEM VOLT	47	53	41	69	210 (78.7%)
VOLT	23	11	8	15	57 (21.3%)
Összesen:	70 (26.2%)	64 (24.0%)	49 (18.4%)	84 (31.5%)	267 (100.0%)

A 267 derékfájós beteg közül gerincműtét történt összesen 57- nél (21,3%) betegnél.

39. táblázat

A derékfájós betegek gerinc műtétet követő rehabilitációja

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
4 héten belül	15	7	5	8	35 (61,4%)
2 hónapon belül	6	3	3	5	17 (29,8%)
3 hónapon belül	2	1	0	2	5 (8,7%)
Összesen:	23 (40,3%)	11(19,2%)	8 (14,0%)	15 (26,3%)	57 (100%)

Hévízen 23 betegnél; Nyíregyházán 11 betegnél; az ORFI-ban 8 betegnél; valamint 15 betegnél a szakmai előírásnak megfelelően a rehabilitációra sor került 3 hónapon belül.

40. táblázat

Az osteoporosis fennállási ideje

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
1 éve	6	13	7	8	34(16.11%)
2 éve	8	15	9	4	36(17.06%)
3 éve	9	16	7	13	45(21.32%)
4 éve	10	17	5	7	39(18,48%)
5 évnél több	17	21	12	7	57(27.01%)
Összesen:	40 (18.95%)	82 (38.86%)	50 (23.69%)	39 (18.39%)	211 (100%)

A 211 osteoporosisos beteg betegségének fennállási idejét: 1 éve 34 beteg; 2 éve 36 beteg; 3 éve 45 beteg; 4 éve 39 beteg; 5 évnél több 57 beteg jelölte.

41. táblázat

Az első háziiorvosi jelentkezésétől hány hónap múlva került szakorvosi ellátásra?

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
3 hónap	3	14	12	10	39(18.66%)
6 hónap	7	16	10	13	46(22.00%)
9 hónap	15	19	9	7	50(23.92%)
12 hónap vagy több	9	31	25	9	74(35.40%)
Összesen:	40(19.13%)	80(38,27%)	50(23.92%)	39 (18.66%)	209 (100%)

A vizsgálatban résztvevő 211 osteoporosisos betegek közül 39 fő-a jutott el 3 hónapon belül szakorvosi ellátásra, 6 hónapon belül 46 fő; 9 hónapon belül 50 fő; 12 hónap vagy annál több idő múlva (74 fő) jutott szakorvosi ellátáshoz.

42. táblázat

Csípő műtéten átesett osteoporosisos betegek

	HÉVÍZ	NYÍREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	ÖSSZESEN
NEM VOLT	43	74	36	34	187 (88.6%)
VOLT	8	9	2	5	24 (11.4%)
Összesen:	51 (24.2%)	83 (39.3%)	38 (18.0%)	39(18.5%)	211 (100%)

A 211 osteoporosisos beteg közül 24 betegnek volt csípőműtétje.

43. táblázat

Osteoporosisos betegek csípőműtét utáni rehabilitációja

	Hévíz	Nyíregyháza	ORFI	Veszprém	Összesen
4 héten belül	6	5	2	2	15 (62,5%)
2 hónapon belül	2	4	0	3	9 (37,5%)
3 hónapon belül	0	0	0	0	0
Összesen:	8 (33,3%)	9 (37,5%)	2 (8,3%)	5 (20,5%)	24 (100%)

A 24 csípőműtéten átesett osteoporosisos beteg rehabilitációja 3 hónapon belül megtörtént.

44. táblázat

A reumatoid arthritises betegek leggyakoribb kísérő betegségei

Kísérő betegség	Eset	%
Magas vérnyomás	37	22,2%
Keringési elégtelenség	15	9,03%
Cukorbetegség	11	6,62%
Gerincbántalmak	10	6,02%
Depresszió és pánikbetegség	12	7,22%
Asztma	10	6,02%
Irritábilis bél szindróma	10	6,02%
Gyomorfekély	15	9,03%
Osteoporosis	46	27,7%
Összesen	166	99,86% ~100%

Csak a beteg legfontosabbnak jelzett kísérő betegségét tüntettük fel.

A reumatoid arthritises betegeknek durván 50%-a jelezte, hogy más betegsége is van; összesen 29 féle kísérő betegséget jeleztek. Ezek közül a leggyakrabban jelzett kilenc kísérő betegség és arányuk megfelel az általános tapasztalatoknak, de a fekélybetegség gyakorisága felveti, hogy a gyulladáscsökkentőket nem ellensúlyozzuk megfelelő gyomorvédelemmel. (44 táblázat)

45. táblázat
Az arthrosisos betegek leggyakoribb kísérő betegségei

Kísérő betegség	Eset	%
Magas vérnyomás,	32	27,8 %
Keringési elégtelenség	11	9,56%
Cukorbetegség	11	(9,56%
Gerincbántalmak	10	8,69%
Depresszió és pánikbetegség	10	8,69%
Asztma	10	8,69%
Irritábilis bél szindróma	10	8,69%
Gyomorfekély	10	8,69%
Osteoporózis	11	9,56%
Összesen	115	99,93% ~100%

Csak a beteg legfontosabbnak jelzett kísérő betegséget tüntettük fel.

46. táblázat
Az osteoporosisos betegek leggyakoribb kísérő betegségei

Kísérő betegség	Eset	%
Magas vérnyomás	43	27,74 %
Keringési elégtelenség	25	16,12%
Cukorbetegség	26	16,77%
Gerincbántalmak	-----	-----
Depresszió és pánikbetegség	16	10,32%
Asztma	14	9,032%
Irritábilis bél szindróma	15	09,67%
Gyomorfekély	16	10,32%
Osteoporosis	-----	-----
Összesen	155	99,97% ~100%

Csak a beteg legfontosabbnak jelzett kísérő betegséget tüntettük fel.

47. táblázat
A derékfájós betegek leggyakoribb kísérő betegségei:

Kísérő betegség	Eset	%
Magas vérnyomás,	24	20,33%
Keringési elégtelenség	9	7,62%
Cukorbetegség	12	10,16%
Gerincbántalmak	-----	-----
Depresszió és pánikbetegség	18	15,25%
Asztma	15	12,71%
Irritábilis bél szindróma	13	11,01%
Gyomorfekély	15	12,71%
Osteoporosis	12	10,16%
Összesen	118	99,92% ~100%

Csak a beteg legfontosabbnak jelzett kísérő betegséget tüntettük fel.

5.3. A megelőzésről kapott tájékoztatás

IV. Megelőzés: Megfelelően felvilágosították-e, hogy hogyan kerülhető el betegsége súlyosbodása illetve a visszaesése?

48. táblázat
Szükséges kezelésekről, ellenőrzésekről

Betegség	Megelőzés 1. kérdés		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	179	29	208 (24.5%)
DERÉKFÁJÁS	225	40	265 (31.2%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	192	38	230 (27.1%)
ÍZÜLETI KOPÁS	117	28	145 (17.1%)
Összesen:	713 (84.1%)	135 (15.9%)	848 (100.0%)

Nincs szignifikáns különbség ($p>0.05$), az egyes betegségekben szenvedők felvilágosítása között.

49. táblázat
Igényel e felvilágosítást szükséges gyógyszerekről

Város	Megelőzés 2. kérdés		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	176	37	213 (25.3%)
NYÍREGYHÁZA	205	30	235 (27.9%)
ORFI	165	33	198 (23.5%)
VESZPRÉM	147	48	195 (23.2%)
Összesen:	693 (82.4%)	148 (17.6%)	841 (100.0%)

Szignifikáns különbség van ($p<0.05$) Nyíregyháza és Veszprém között.

Veszprémben szignifikánsan többen állították, hogy nem kapnak megfelelő felvilágosítást a szükséges gyógyszerekről.

49. táblázat
Igényel e felvilágosítást szükséges gyógyszerekről

Betegség	Megelőzés 2. kérdés		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	167	38	205 (24.4%)
DERÉKFÁJÁS	225	39	264 (31.4%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	188	39	227 (27.0%)
ÍZÜLETI KOPÁS	113	32	145 (17.2%)
Összesen:	693 (82.4%)	148 (17.6%)	841 (100.0%)

50. táblázat
Igényel e felvilágosítást az étkezés változtatásairól

Város	Megelőzés 3. kérdés		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	165	44	209 (25.0%)
NYÍREGYHÁZA	196	38	234 (28.0%)
ORFI	156	43	199 (23.8%)
VESZPRÉM	146	49	195 (23.3%)
Összesen:	663 (79.2%)	174 (20.8%)	837 (100.0%)

Az intézmények között nincs szignifikáns különbség.

51. táblázat

Igényel e felvilágosítást az étkezés változtatásairól:

Betegség	Megelőzés 3. kérdés		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	156	49	205 (24.5%)
DERÉKFÁJÁS	218	45	263 (31.4%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	180	45	225 (26.9%)
ÍZÜLETI KOPÁS	109	35	144 (17.2%)
Összesen:	663 (79.2%)	174 (20.8%)	837 (100.0%)

52. táblázat

Igényel e felvilágosítást a mozgás/gyógytorna szükségességéről és formájáról

Város	Megelőzés 4. kérdés		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	188	27	215 (25.2%)
NYÍREGYHÁZA	210	24	234 (27.4%)
ORFI	179	25	204 (23.9%)
VESZPRÉM	172	28	200 (23.4%)
Összesen:	749 (87.8%)	104 (12.2%)	853 (100.0%)

Az intézmények között nincs szignifikáns különbség.

53. táblázat

Igényel e felvilágosítást a mozgás/gyógytorna szükségességéről és formájáról:

Betegség	Megelőzés 4. kérdés		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	189	22	211 (24.7%)
DERÉKFÁJÁS	242	24	266 (31.2%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	198	32	230 (27.0%)
ÍZÜLETI KOPÁS	120	26	146 (17.1%)
Összesen:	749 (87.8%)	104 (12.2%)	853 (100.0%)

A derékfájás és ízületi kopás között szignifikáns különbség van: szignifikancia szint ($p=0.0141$). A derékfájásban szenvedők kevésbé kaptak felvilágosítást a gyógytorna szükségességéről.

54. táblázat

Igényel e felvilágosítást az egyéb életviteli változás szükségességéről és formájáról:

Betegség	Megelőzés 5. kérdés		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	143	49	192 (24.5%)
DERÉKFÁJÁS	189	53	242 (30.9%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	157	57	214 (27.3%)
ÍZÜLETI KOPÁS	91	44	135 (17.2%)
Összesen:	580 (74.1%)	203 (25.9%)	783 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség.

55. táblázat

Igényel e felvilágosítást az egyéb életviteli változás szükségességéről és formájáról:

Betegség	Megelőzés 5. kérdés		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	138	41	179(22.8%)
NYÍREGYHÁZA	210	32	242 (30.9%)
ORFI	188	17	205(26.2%)
VESZPRÉM	124	33	157 (20.0%)
ÖSSZESEN	660 (84,3%)	123 (15.7%)	783 (100.0%)

Mennyi ismerettel rendelkezik a szociális ellátás terén

Mennyi ismerettel rendelkeznek a megkérdezett betegek a szociális ellátásról: mit vehetnek igénybe és mit nem.

Tudnak-e arról, hogy milyen segítséget kaphatnak?

A válaszok önmagukért beszélnek, mely adatokat táblázatban rendeztem..

Tisztában van-e a következőkkel a betegségével kapcsolatban?

56. táblázat

Állampolgári jogon igényelhető segítségek formáival

Betegség	Tisztában van-e 1		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	67	142	209 (24.6%)
DERÉKFÁJÁS	96	168	264 (31.1%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	101	131	232 (27.4%)
ÍZÜLETI KOPÁS	57	86	143 (16.9%)
Összesen:	321 (37.9%)	527 (62.1%)	848 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség.

57. táblázat

Állampolgári jogon igényelhető segítségek formáival

Város	Tisztában van-e 1		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	86	129	215 (25.4%)
NYÍREGYHÁZA	96	140	236 (27.8%)
ORFI	77	124	201 (23.7%)
VESZPRÉM	62	134	196 (23.1%)
Összesen:	321 (37.9%)	527 (62.1%)	848 (100.0%)

Az intézmények között nincs szignifikáns különbség: (p>0.05)

58.táblázat
Segítségek igénylésének és igénybevételének módjával

Betegség	Tisztában van-e 2		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	63	145	208 (24.7%)
DERÉKFÁJÁS	97	166	263 (31.2%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	94	136	230 (27.3%)
ÍZÜLETI KOPÁS	51	91	142 (16.8%)
Összesen:	305 (36.2%)	538 (63.8%)	843 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség ($p>0.05$).

59.táblázat
Segítségek igénylésének és igénybevételének módjával:

Város	Tisztában van-e 2		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	83	130	213 (25.3%)
NYÍREGYHÁZA	106	127	233 (27.6%)
ORFI	67	132	199 (23.6%)
VESZPRÉM	49	149	198 (23.5%)
Összesen:	305 (36.2%)	538 (63.8%)	843 (100.0%)

Hévíz és Veszprém közötti szignifikáns különbség: ($p=0.0029$)

Nyíregyháza és az ORFI közötti szignifikáns különbség: ($p=0.0163$)

Nyíregyháza és Veszprém közötti szignifikáns különbség: ($p<0.0001$)

ORFI és Veszprém között nincs szignifikáns különbség.

60.táblázat
Segítségek anyagi vonzataival

Betegség	Tisztában van-e 3		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	48	160	208 (24.9%)
DERÉKFÁJÁS	71	186	257 (30.8%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	78	150	228 (27.3%)
ÍZÜLETI KOPÁS	39	103	142 (17.0%)
Összesen:	236 (28.3%)	599 (71.7%)	835 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség ($p>0.05$).

61.táblázat
Segítségek anyagi vonzataival

Város	Tisztában van-e 3		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	70	143	213 (25.5%)
NYÍREGYHÁZA	78	155	233 (27.9%)
ORFI	51	146	197 (23.6%)
VESZPRÉM	37	155	192 (23.0%)
Összesen:	236 (28.3%)	599 (71.7%)	835 (100.0%)

Hévíz és Veszprém között van szignifikáns különbség: ($p=0.0028$)

Nyíregyháza Veszprém között van szignifikáns különbség: ($p=0.0015$)

Nyíregyháza és az ORFI között nincs szignifikáns különbség.

ORFI és Veszprém között nincs szignifikáns különbség.

62. táblázat

Rehabilitációs, utógondozási lehetőségekkel

Betegség	Tisztában van-e 4		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	117	89	206 (24.4%)
DERÉKFÁJÁS	154	108	262 (31.0%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	147	85	232 (27.5%)
ÍZÜLETI KOPÁS	87	57	144 (17.1%)
Összesen:	505 (59.8%)	339 (40.2%)	844 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség ($p>0.05$).

63. táblázat

Rehabilitációs, utógondozási lehetőségekkel

Város	Tisztában van-e 4		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	128	83	211 (25.0%)
NYÍREGYHÁZA	146	89	235 (27.8%)
ORFI	122	78	200 (23.7%)
VESZPRÉM	109	89	198 (23.5%)
Összesen:	505 (59.8%)	339 (40.2%)	844(100.0%)

Az intézmények között nincs szignifikáns különbség: ($p>0.05$)

64.táblázat

Mentális és életminőség változtatás szükségességével

Betegség	Tisztában van-e 5		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	108	94	202 (24.5%)
DERÉKFÁJÁS	128	128	256 (31.0%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	110	115	225 (27.3%)
ÍZÜLETI KOPÁS	72	70	142 (17.2%)
Összesen:	418 (50.7%)	407 (49.3%)	825 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség ($p>0.05$).

65.táblázat

Mentális és életminőség változtatás szükségességével

Város	Tisztában van-e 5		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	100	102	202 (24.5%)
NYÍREGYHÁZA	142	93	235 (28.5%)
ORFI	89	105	194 (23.5%)
VESZPRÉM	87	107	194 (23.5%)
Összesen:	418 (50.7%)	407 (49.3%)	825(100.0%)

Hévíz és Nyíregyháza közti szignifikancia szint: (p=0.0283)

Hévíz és az ORFI, Hévíz és Veszprém valamint ORFI és Veszprém között nincs szignifikáns különbség.

Nyíregyháza és az ORFI közti szignifikancia szint:(p=0.0036)

66.táblázat

Tisztában van-e, hogy mi várható betegségét illetően a következő 2-3 évben

Betegség	Tisztában van-e 6		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	91	114	205 (24.6%)
DERÉKFÁJÁS	102	155	257 (30.9%)
IZÜLETI GYULLADÁS	101	126	227 (27.3%)
IZÜLETI KOPÁS	60	84	144 (17.3%)
Összesen	354 (42.5%)	479(57.5%)	833 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség (p>0.05).

67.táblázat

Tisztában van-e, hogy mi várható betegségét illetően a következő 2-3 évben

Város	Tisztában van-e 6		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	78	131	209 (25.1%)
NYÍREGYHÁZA	137	98	235 (28.2%)
ORFI	69	124	193 (23.2%)
VESZPRÉM	70	126	196 (23.5%)
Összesen:	354 (42.5%)	479 (57.5%)	833 (100.0%)

Hévíz és Nyíregyháza közti szignifikancia szint: (p<0.0001)

Nyíregyháza és az ORFI közti szignifikancia szint:(p<0.0001)

Nyíregyháza és Veszprém közti szignifikancia szint: (p<0.0001)

Hévíz és az ORFI, Hévíz és Veszprém valamint az ORFI és Veszprém között nincs szignifikáns különbség.

A nyíregyháziak inkább tisztában vannak azzal, hogy mi várható betegségük tekintetében a következő 2-3 évben.

68.táblázat

Tisztában van-e, hogyan készülhet fel betegsége súlyosbodása esetén a változásokra

Betegség	Tisztában van-e 7		
	Igen	Nem	Összesen
CSONTRITKULÁS	85	121	206 (24.6%)
DERÉKFÁJÁS	102	157	259 (31.0%)
IZÜLETI GYULLADÁS	91	136	227 (27.2%)
IZÜLETI KOPÁS	54	90	144 (17.2%)
Összesen:	332 (39.7%)	504 (60.3%)	836 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség ($p>0.05$).

69.táblázat

Tisztában van-e hogyan készülhet fel betegsége súlyosbodása esetén a változásokra

Város	Tisztában van-e 7		
	Igen	Nem	Összesen
HÉVÍZ	80	130	210 (25.1%)
NYÍREGYHÁZA	127	109	236 (28.2%)
ORFI	63	130	193 (23.1%)
VESZPRÉM	62	135	197 (23.6%)
Összesen:	332 (39.7%)	504 (60.3%)	836 (100.0%)

Hévíz és Nyíregyháza közti szignifikancia szint: ($p=0.0012$)

Nyíregyháza és az ORFI Közti szignifikancia szint: ($p<0.0001$)

Nyíregyháza és Veszprém közti szignifikancia szint: ($p<0.0001$)

Hévíz és az ORFI közt, Hévíz és Veszprém, valamint az ORFI és Veszprém között nincs szignifikáns különbség.

A 90-es évek második felében erőteljesebb teret kapott a Családsegítő Szakszolgálat. E kérdéskörben mégis olyan válaszokat kaptunk, amelyeket meg kell, hogy említsünk. Az ismeretek hiánya és megléte közti pozitív eredményt csak a rehabilitációs, utógondozási lehetőségekre feltett kérdésre kaptunk.

A két megyei intézmény beteganyaga az ország nyugati illetve keleti fele közti szociális és egészségi különbségét mutatja. A nyíregyháziak sok tekintetben jobb felvilágosítást kaptak.

A betegek jövedelmi viszonyai Nyíregyházán voltak a legrosszabbak, itt ápolták a legtöbb osteoporosisban szenvedőt, s a legtöbb súlyos depressziózt. A nyíregyházi betegek életminősége összességében is minden tartományban szignifikánsan alacsonyabb volt a többi kórformában rehabilitáltakéhoz képest. Segítséget igénylők is Nyíregyházán voltak szignifikánsan többen.

Milyen segítségnyújtásra lenne leginkább szüksége?

(Jelöljön meg hármat!)

70. táblázat
Hivatalos ügyintézés

Betegség	Segélynyújtás 1		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
CSONTRITKULÁS	101	109	210 (24.6%)
DERÉKFÁJÁS	129	137	266 (31.2%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	91	142	233 (27.3%)
ÍZÜLETI KOPÁS	62	82	144 (16.9%)
Összesen:	383 (44.9%)	470 (55.1%)	853 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség ($p > 0.05$).

71. táblázat
Hivatalos ügyintézés

Város	Segélynyújtás 1		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
HÉVÍZ	69	147	216 (25.3%)
NYÍREGYHÁZA	161	75	236 (27.7%)
ORFI	75	127	202 (23.7%)
VESZPRÉM	78	121	199 (23.3%)
Összesen:	383 (44.9%)	470 (55.1%)	853 (100.0%)

Hévíz és Nyíregyháza közti szignifikancia szint: ($p < 0.0001$)

Nyíregyháza és az ORFI közti szignifikancia szint: ($p < 0.0001$)

Nyíregyháza és Veszprém közti szignifikancia szint: ($p < 0.0001$)

Hévíz és az ORFI, Hévíz és Veszprém, valamint az ORFI és Veszprém között nincs szignifikáns különbség.

72. táblázat
Tájékoztatás az egészséges életvitelről, megelőzésről

Betegség	Segélynyújtás 2		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
CSONTRITKULÁS	97	113	210 (24.6%)
DERÉKFÁJÁS	134	132	266 (31.2%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	115	118	233 (27.3%)
ÍZÜLETI KOPÁS	87	57	144 (16.9%)
Összesen:	433 (50.8%)	420 (49.2%)	853 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség ($p > 0.05$).

73.táblázat

Tájékoztatás az egészséges életvitelről, megelőzésről

Város	Segélynyújtás 2		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
HÉVÍZ	97	119	216 (25.3%)
NYÍREGYHÁZA	134	102	236 (27.7%)
ORFI	94	108	202 (23.7%)
VESZPRÉM	108	91	199 (23.3%)
Összesen:	433 (50.8%)	420 (49.2%)	853 (100.0%)

Hévíz és Nyíregyháza közti szignifikancia szint: (p=0.0152)

Nyíregyháza és az ORFI közti szignifikancia szint: (p=0.0410)

Hévíz és az ORFI, Hévíz és Veszprém, Nyíregyháza és Veszprém, valamint az ORFI és Veszprém között nincs szignifikáns különbség.

74. táblázat

Segédeszközök

Betegség	Segélynyújtás 3		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
CSONTRITKULÁS	69	141	210 (24.6%)
DERÉKFÁJÁS	92	174	266 (31.2%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	86	147	233 (27.3%)
ÍZÜLETI KOPÁS	56	88	144 (16.9%)
Összesen:	303 (35.5%)	550 (64.5%)	853 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség (p>0.05).

75.táblázat

Segédeszközök

Város	Segélynyújtás 3		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
HÉVÍZ	62	154	216 (25.3%)
NYÍREGYHÁZA	87	149	236 (27.7%)
ORFI	73	129	202 (23.7%)
VESZPRÉM	81	118	199 (23.3%)
Összesen:	303 (35.5%)	550 (64.5%)	853 (100.0%)

Az intézmények között nincs szignifikáns különbség: (p>0.05)

76.táblázat

Tájékoztató az igénybe vehető pénzügyi ellátásokról (pl. segélyek)

Betegség	Segélynyújtás 4		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
CSONTRITKULÁS	150	60	210 (24.6%)
DERÉKFÁJÁS	181	85	266 (31.2%)
ÍZÜLETI GYULLADÁS	149	84	233 (27.3%)
ÍZÜLETI KOPÁS	95	49	144 (16.9%)
Összesen:	575 (67.4%)	278 (32.6%)	853 (100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség ($p>0.05$).

77. táblázat

Tájékoztató az igénybe vehető pénzügyi ellátásokról (például segélyek)

Város	Segélynyújtás 4		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
HÉVÍZ	132	84	216 (25.3%)
NYÍREGYHÁZA	165	71	236 (27.7%)
ORFI	134	68	202 (23.7%)
VESZPRÉM	144	55	199 (23.3%)
Összesen:	575 (67.4%)	278 (32.6%)	853 (100.0%)

Az intézmények között nincs szignifikáns különbség: ($p>0.05$)

78.táblázat

Pszichológiai segítség

Betegség	Segélynyújtás 5		
	szükséges	Nem szükséges	Összesen
CSONTRITKU-LÁS	49	161	210 (24.6%)
DERÉKFÁJÁS	57	209	266 (31.2%)
IZÜLETI GYULLADÁS	60	173	233 (27.3%)
IZÜLETI KOPÁS	47	97	144 (16.9%)
Összesen:	213(25.0%)	640 (75.0%)	853(100.0%)

A betegségek között nincs szignifikáns különbség ($p>0.05$).

79. táblázat

Pszichológiai segítség

Város	Segélynyújtás 5		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
HÉVÍZ	46	170	216 (25.3%)
NYÍREGYHÁZA	80	156	236 (27.7%)
ORFI	39	163	202 (23.7%)
VESZPRÉM	48	151	199 (23.3%)
Összesen:	213 (25.0%)	640 (75.0%)	853 (100.0%)

Hévíz és Nyíregyháza közti szignifikancia szint: ($p=0.0040$)

Nyíregyháza és az ORFI közti szignifikancia szint: ($p=0.0009$)

Nyíregyháza és Veszprém közti szignifikancia szint: ($p=0.0337$)

Hévíz és az ORFI, Hévíz és Veszprém, valamint az ORFI és Veszprém között nincs szignifikáns különbség.

A nyíregyháziak több segítséget igényeltek.

80.táblázat
Házi beteg-gondozás

Betegség	Segélynyújtás 6		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
CSONTRITKULÁS	23	186	209 (24.5%)
DERÉKFÁJÁS	42	224	266 (31.2%)
IZÜLETI GYULLADÁS	19	214	233 (27.3%)
IZÜLETI KOPÁS	13	131	144 (16.9%)
Összesen:	97 (11.4%)	755 (88.6%)	852 (100.0%)

81. táblázat
Házi beteg- gondozás

Város	Segélynyújtás 6		
	Szükséges	Nem szükséges	Összesen
HÉVÍZ	34	182	216 (25.4%)
NYÍREGYHÁZA	25	210	235 (27.6%)
ORFI	19	183	202 (23.7%)
VESZPRÉM	19	180	199 (23.4%)
Összesen:	97 (11.4%)	755 (88.6%)	852(100.0%)

Pénzbeli segítséget illetően nem volt szignifikáns különbség a vizsgálati helyek között, de pszichológiai segítséget Nyíregyházán igényeltek szignifikánsan többen, míg házi ápolást érdekes módon a Hévízen kezeltek. Ennek valószínű oka, hogy a Hévízen kezeltek közt volt a legtöbb 60 éven felüli.

5.4. A betegek életminősége

A betegek SF-36-tal mért életminősége a Czibalmos és munkatársai (98.) által mért 70-90 pontos magyar átlagok alig felét, 35 pontot tett ki. Az életminőség nőknél és az 51 éven felülieknél lényegesen alacsonyabbnak bizonyult. Átlagban a fizikai szerep és az érzelmi szerep tartományban kaptuk a legalacsonyabb pontértékeket; fizikai szerep tekintetében a nők és a 60 éven felüliek esetében 0-hoz álltak közel a pontértéke

82.táblázat

SF-36 / rheumatoid artrítises pontértéke a különböző tartományokban.

	Mintavétel helye											
	Hévíz			Nyíregyháza			ORFI			Veszprém		
	N	Átlag	SD	N	Átlag	SD	N	Átlag	SD	N	Átlag	SD
SF36_Pont	55	41.477	18.1094	65	31.913	17.2356	68	41.335	17.5881	51	38.631	16.5514
ÁE= általános egészség	55	33.891	18.8195	65	27.385	14.4835	68	35.574	16.1710	51	32.255	18.0254
Ész= érzelmi Szerep	55	36.364	41.7087	65	27.692	39.3388	68	37.745	44.5744	51	43.137	43.8655
FM= fizikai működés	55	42.545	27.4178	65	35.231	23.1745	68	39.779	22.3679	51	33.529	21.4778
FSz= fizikai szerep	55	25.909	34.0083	65	8.846	20.4590	68	22.059	33.3260	51	12.745	23.6498
ME= mentálisegészség	55	56.873	24.3516	65	47.385	24.9723	68	58.235	20.9777	51	54.196	24.2033
SzM= szociális működés-funkció	55	56.818	27.4092	65	50.962	28.5820	68	59.743	28.6387	51	58.578	27.3279
TF= testi Fájdalom	55	26.782	18.5888	65	22.262	13.9578	68	29.382	16.2343	51	30.588	15.6604
VT= vitalitás	55	52.636	20.5222	65	35.538	21.7967	68	48.162	19.9422	51	44.020	22.0459
mentál_ egészség	55	47.316	20.2136	65	37.792	20.8827	68	47.892	19.9677	51	46.437	21.6458
fizikai_ egészség	55	36.353	17.7431	65	25.852	14.0075	68	34.991	16.5318	51	30.627	13.2321

83.táblázat
SF-36 egyes tartománynak értékei betegségek szerint

Betegség								
	Csontritkulás		Derékfájás		Ízületi gyulladás		Ízületi kopás	
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD
fizikai működés#	33.602	23.2750	39.831	22.2357	37.845	23.7649	35.685	23.2796
fizikai szerep	13.981	27.3866	16.667	29.2181	17.364	29.2008	17.979	28.1228
testi fájdalom	26.564	16.5911	30.086	17.7945	27.105	16.3407	27.664	15.080
általános egészség	30.427	17.8354	33.067	16.6770	32.251	16.9967	32.740	16.4220
vitalitás	42.796	22.9441	44.476	20.9615	44.874	21.8711	46.096	22.0930
szociális-funkció-működés	52.488	27.8661	55.618	25.7417	56.433	28.1113	55.479	27.0286
érzelmi szerep	24.645	38.3980	24.844	37.8341	35.844	42.4860	32.192	40.1939
mentális egészség	53.062	23.4430	53.423	23.5716	54.109	23.8364	54.849	25.3460
Fizikai egészség#	29.474	16.8262	32.825	15.5834	31.888	15.9862	32.033	15.6415
Mentális egészség	40.683	20.4530	42.286	19.1426	44.702	20.9480	44.271	20.7687

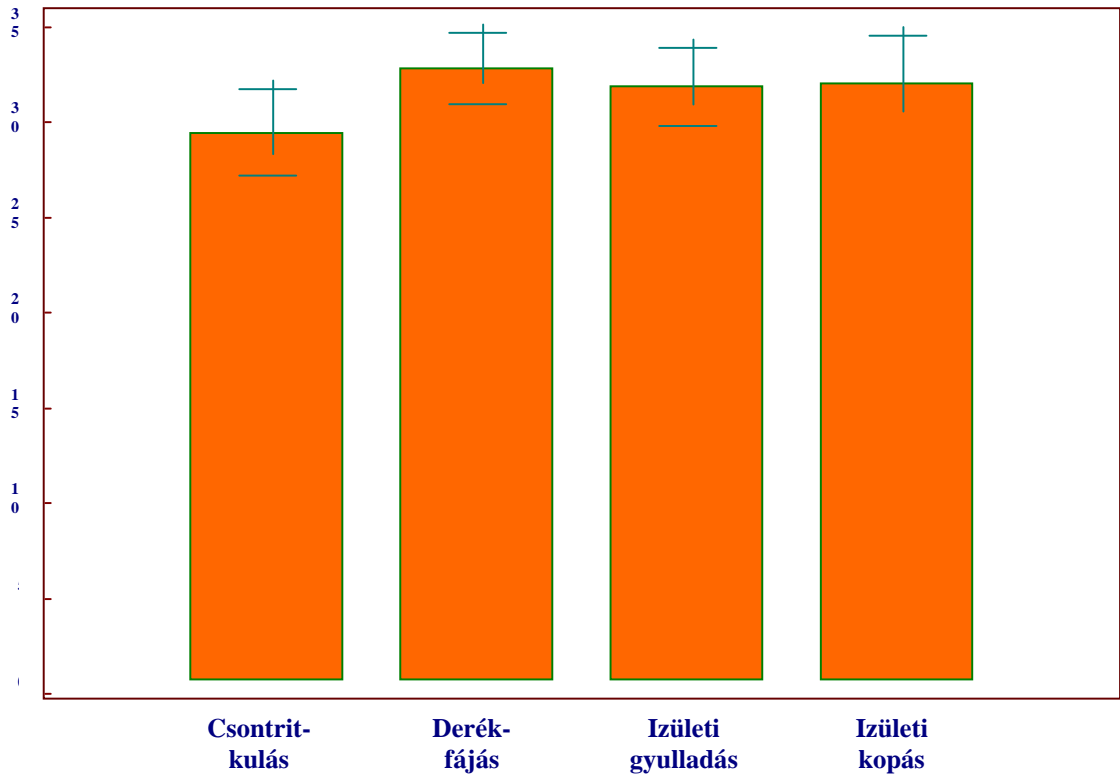
Mind a fizikai egészség, mind a mentális egészség minden tartományában rosszabbak az osteoporosisos betegek SF-36 pontszámai, mint a többi betegségben szenvedőké.

84. táblázat
SF-36 különböző tartományainak pontszáma a vizsgálati helyek szerint

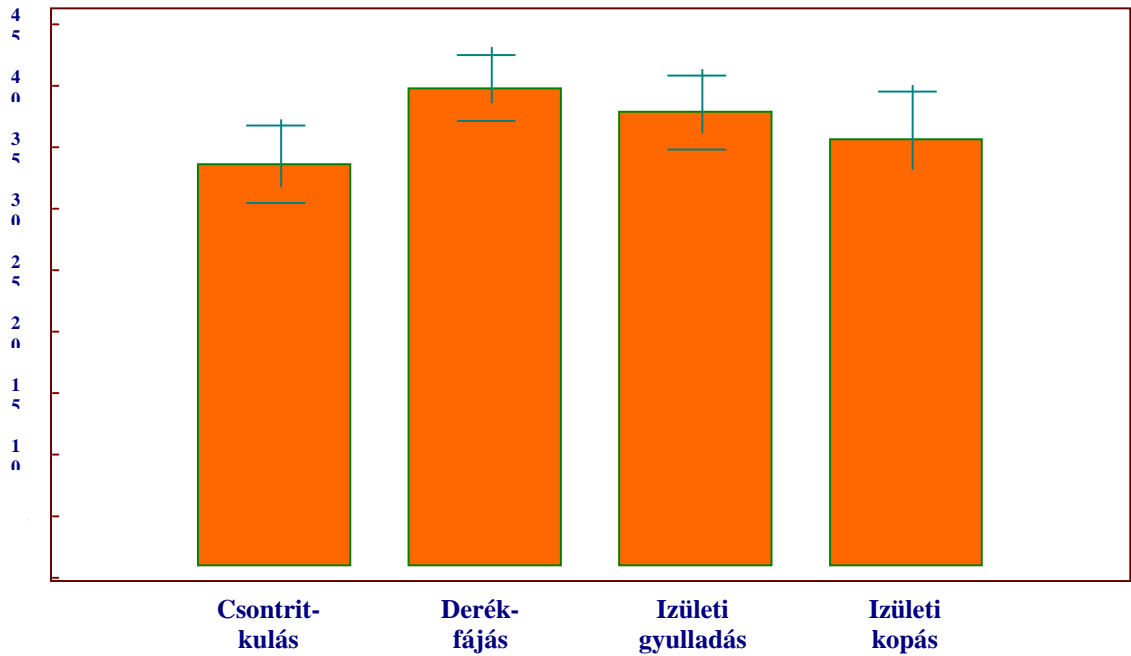
	Mintavétel helye							
	Hévíz		Nyíregyháza		ORFI		Veszprém	
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD
ÁE= általános egészség	29.745	18.6256	27.446	18.7032	32.263	18.1267	35.872	13.1473
Ész= érzelmi szerep	26.797	39.4516	20.080	36.7883	28.070	39.9146	28.205	39.3949
FM= fizikai működés	38.137	22.8902	30.361	25.3245	34.868	21.1650	33.333	20.7850
Fsz= fizikai szerep	12.745	27.0982	11.747	26.5775	13.158	27.0989	21.154	29.5462
ME= mentális egészség	56.314	23.7027	50.024	25.4625	53.368	23.6602	54.974	17.7638
SzM= szociális-működés-funkció	55.392	30.8479	45.331#	28.2027	56.250	26.5960	60.256#	20.8519
TF= testi fájdalom	28.647	15.5908	23.687	18.2248	29.316	16.1046	27.282	14.1458
VT= vitalitás	44.020	23.2813	38.976	24.2291	43.421	21.2484	48.718	20.4784
Mentális egészség	42.454	21.0255	36.371	22.1253	42.675	19.3326	45.605	15.3693
Fizikai egészség	30.659#	17.2556	26.443	17.9253	30.605	16.4865	33.272#	13.2962

Szignifikáns különbség van szociális működésben Nyíregyháza és Veszprém között ($p= 0.029$, azaz $p<0,05$) Szignifikáns különbség van mentális egészségben Nyíregyháza és a többi mintavételi hely között ($p= 0.0108$, azaz $p<0,05$)

Szignifikáns különbség van fizikai egészségben nyíregyházi és veszprémi mintavételi hely között ($p=0.0114$, azaz $p<0,05$), mindkét esetben Nyíregyháza a rosszabb helyzetű

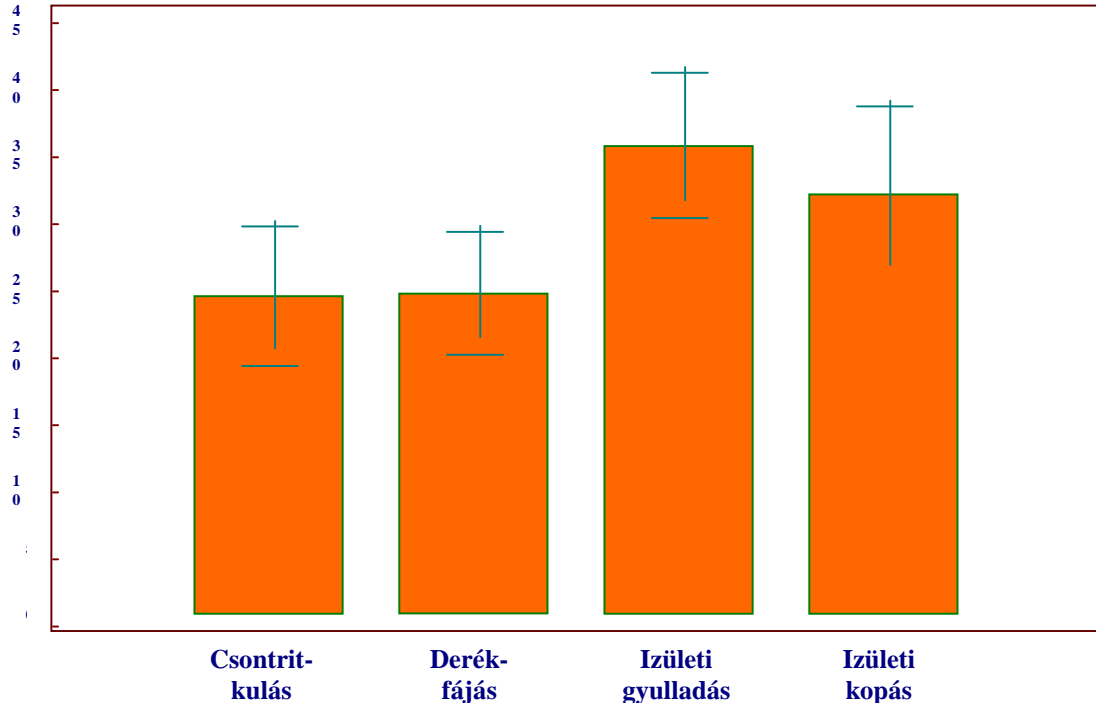


1. ábra
Fizikai egészség



2. ábra
Fizikai működés betegségcsoportonként

Szignifikáns különbség van ($p=0,0143<0,05$) a csonttritkulásban szenvedő betegek, valamint a derékfájásban illetve rheumatoid arthritisben szenvedő betegek fizikai működése között.



3. ábra
Érzelmi szerep betegcsoportonként

A csonttritkulásban és derékfájásban, valamint izületi kopásban szenvedők között ($p=0,0021<0,005$) szignifikáns különbség van.

5.5. A betegek kedélyállapotának jellemzői

85. táblázat

Közepes és súlyos depresszió előfordulása az átlagnépességben a különböző vizsgálati helyeken

Budapest	Szabolcs-Szatmár-Bereg	Veszprém	Zala	Országos
16.0 %	18.0%	14.4%	15.2%	16.8%

Hungarostudy 2006 adatbázis

86. táblázat
A depresszió intézetek szerinti megoszlása

Depresszió foka	Mintavétel helye				Összesen
	HÉVÍZ	NYÍREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	
NORMÁL	18	29	51	44	142 (16.5%)
ENYHE	104	103	82	83	372 (43.1%)
KÖZEPES	71	59	46	40	216 (25.0%)
SÚLYOS	24	45	27	37	133 (15.4%)
Összesen:	217 (25.1%)	236 (27.3%)	206 (23.9%)	204 (23.6%)	863 (100.0%)

Enyhe és közepes depresszióban szenvedőből Hévízen volt a legtöbb, itt volt a legkevesebb normál illetve súlyos depresszióban szenvedő. Itt volt a legkevesebb normál illetve súlyos depresszióban, mely valószínűsíthetően előrehaladott biológiai életkorukkal, illetve a jobb anyagi körülményekkel is összefügg.

A kezelték 16,5%-ának nem volt depressziója, 43,1%-nak enyhe, 25,0%-ának közepes, míg 15,4%-uknak súlyos depresszióban szenvedett.

Depresszió tekintetében nem volt különbség az ORFI-ban, illetve Veszprém-ben kezelték között, valamint Nyíregyháza és Veszprém betegei között. (86. táblázat)

87. táblázat
A depresszió megoszlása ORFI és Veszprém betegei között

Depresszió foka	Mintavétel helye		Összesen
	ORFI	VESZPRÉM	
NORMÁL	51	44	95 (23.2%)
ENYHE	82	83	165 (40.2%)
KÖZEPES	46	40	86 (21.0%)
SÚLYOS	27	37	64 (15.6%)
Összesen:	206 (50.2%)	204 (49.8%)	410 (100.0%)

88. táblázat
A depresszió megoszlása Nyíregyháza és Veszprém betegei között

Depresszió foka	Mintavétel helye		Összesen
	NYÍREGYHÁZA	VESZPRÉM	
NORMÁL	29	44	73 (16.6%)
ENYHE	103	83	186 (42.3%)
KÖZEPES	59	40	99 (22.5%)
SÚLYOS	45	37	82 (18.6%)
Összesen:	236 (53.6%)	204 (46.4%)	440 (100.0%)

Nincs szignifikáns különbség Nyíregyházán és Veszprém-ben kezelték között.

A többi vizsgált hely közötti összehasonlításban szignifikáns volt a különbség.

89. táblázat

A depresszió megoszlása Hévíz és Nyíregyháza betegek között

Depresszió foka	Mintavétel helye		
	HÉVÍZ	NYÍREGYHÁZA	Összesen
NORMÁL	18	29	47 (10.4%)
ENYHE	104	103	207 (45.7%)
KÖZEPES	71	59	130 (28.7%)
SÚLYOS	24	45	69 (15.2%)
Összesen:	217 (47.9%)	236 (52.1%)	453 (100.0%)

Szignifikáns különbség van: $P = 0.0256$. A nyíregyháziak szignifikánsan depressziósabbak.

90. táblázat

A depresszió megoszlása Hévíz és az ORFI betegek között

Depresszió foka	Mintavétel helye		
	HÉVÍZ	ORFI	Összesen
NORMÁL	18	51	69 (16.3%)
ENYHE	104	82	186 (44.0%)
KÖZEPES	71	46	117 (27.7%)
SÚLYOS	24	27	51 (12.1%)
Összesen:	217 (51.3%)	206 (48.7%)	423 (100.0%)

Szignifikáns különbség van: $P < 0.0001$

A hévíziek szignifikánsan depressziósabbak.

91. táblázat

A depresszió megoszlása Nyíregyháza és az ORFI betegek között

Depresszió foka	Mintavétel helye		
	NYÍREGYHÁZA	ORFI	Összesen
NORMÁL	29	51	80 (18.1%)
ENYHE	103	82	185 (41.9%)
KÖZEPES	59	46	105 (23.8%)
SÚLYOS	45	27	72 (16.3%)
Összesen:	236 (53.4%)	206 (46.6%)	442 (100.0%)

Szignifikáns különbség van: $P = 0.0057$

A nyíregyháziak szignifikánsan depressziósabbak.

Enyhe és közepes depresszióban szenvedőből Hévízen volt a legtöbb, itt volt a legkevesebb normál illetve súlyos depresszióban szenvedő.

A legtöbb súlyos depresszióban szenvedőt Nyíregyházán találtuk.

6. Megbeszélés

Magyarország elsőként csatlakozott a Csont és Ízület Évtizedének programjához (2000-2010év), illetve annak meghosszabbításához is Csont és Ízület Évtizede 2011-2020: Az Évtized egyik célkitűzése a mozgásszervi betegek rehabilitációjának javítása.

Ezért országos keresztmetszeti kutatást végeztem annak érdekében, hogy a felmért adatokból az orvosi és társadalmi rehabilitációt sokkal célzottabban tudják szakembereink a társtudományokat képviselő és művelő szakemberekkel karöltve végezni. A mozgásukban korlátozott, fogyatékos, megváltozott munkaképességű-krónikus mozgásszervi betegek demográfiai adatainak, szociális helyzetük, életminőségük megismerése jobban tervezhetővé teszi a rehabilitációs munkát. Ez volt első hipotézisem

A demográfiai adatokból kitűnik, hogy a kezelték több mint 70%-a nő. A reumatológiai betegségek közül RA-ban 3:1, osteoporosisban 2:1 a nők aránya, de arthrosisban és derékfájásban is lényegesen több nő szenved, mint férfi. Emellett köztudott, hogy a nők többet törődnek egészségükkel, mint a férfiak, így a 70%-os női túlsúly magyarázható.(6.táblázat)

A rehabilitálandók közül csak 7,7 %-v volt 20-40 év közötti. A rheumatoid arthritis jelentkezhet az idősebb korban is, megfigyelésem szerint a rehabilitáció igénylő stádium az 50 és 60 életév közé tolódott. Az arthrosis és osteoporosis elsősorban 50 éven felüliek betegsége. Derékfájásban azonban nagy számban szenvednek 40 év alattiak.(5.táblázat)

A 41-50 évesek, 142 beteg aránya (16,5 %) is kevésnek tűnik.A több mint140 beteg közül 35 volt RA-s és 30 osteoporosisos, a többiek arthrosisban és derékfájásban szenvednek. Ez azt jelenti, hogy azok közül, akik foglalkozási rehabilitációja a legfontosabb lenne, viszonylag kevesen kerültek reumatológiai rehabilitációs osztályra. (19,39)Hévízen kezelték a legkevesebb 50 év alatti, és a legtöbb 60 feletti beteget, ugyanakkor a 20-40 év közötti rehabilitáltak száma mindössze 66 fő(7,7) ,de a 41-50 évesek aránya is csak 142 fő(16,5 %),míg 343 fő(39,7 %),60 éven felüli. Legegyenletesebbnek Nyíregyházán találtuk a kor szerinti megoszlást. Itt kezelték a legtöbb 20-30 évest és a legkevesebb 60 éven felülit. (5.táblázat)

Az életminőség grafikonon a két kiugróan alacsony tartomány, a fizikai és érzelmi szerep tartománya mellett, két csúcst is találunk: a szociális funkció és a

mentális egészség tartományban. A mentális képességet a mozgásszervi betegségek általában nem rontják.(83.táblázat).A rossz fizikai egészség mégis lényegesen befolyásolja a mentális egészséget. A fizikai szerep és érzelmi szerep tartományai után a testi fájdalom tartományban kaptuk a legalacsonyabb pontértékeket, különösen nők 51-60 évesek és nyíregyháziak között. A legkevesebb fájdalomról érdekes módon a derékfájásban szenvedők számoltak be. A legalacsonyabb SF-36 összpontszámmal a Nyíregyházán, a legmagasabbakat az ORFI-ban kezelték között találtuk. A két betegcsoport életminősége között nagymértékben ($p<0,0001$) szignifikáns a különbség.(84.táblázat) A különböző betegségekben szenvedők között a csontritkulásban szenvedők életminősége volt a legalacsonyabb (1.2. ábra). Ezt koruk, multimorbiditásuk valamint az a tény magyarázhatja, hogy ma a korábban a négy betegcsoport közül legsúlyosabbnak tartott RA-t sokkal eredményesebben tudjuk kezelni, mint a csontritkulást. Mindez ellene szól azoknak a vélekedéseknek, melyek a csontritkulást nem tartják igazán súlyos betegségnek.(19,20,21, 87).

A RA-sek fizikai egészsége, fizikai működése, fizikai szerepe, vitalitása Hévízen volt a legjobb (25,909) Ez tette lehetővé fürdő kezelésüket. Az RA-s betegek mentális egészsége, szociális működése, vitalitása itt volt a legjobb (83.táblázat);

Tudjuk, hogy a mozgásszervi betegek depressziósak, s ez a krónikus derékfájásban és RA-ben szenvedők esetén különösen jellemző. A súlyos és közepes depresszió előfordulása anyagunkban 40,4%, míg a hazai átlagnépességé 16,8%. A legtöbb depresszióst Nyíregyházán találtuk, ahol országosan is több a depressziós (18.1%) mint Budapesten (16.%), Veszprém (14.4%) vagy Zala megyében (15.2%).

A depresszió magas aránya gyakorlati problémára is rámutat: sem a reumatológus sem a rehabilitációs szakorvos nem írhat fel megfelelő társadalombiztosítási támogatással antidepresszánsokat. E betegek jó része nem hajlandó pszichiáterhez elmenni, így gyógyszerelés nélkül maradnak. A reumatológiai rehabilitációs osztályok pszichológussal való ellátottsága gyenge. Az ORFI-ban pszichiátriai és mentálhigiénés ellátás érhető el.

Segítségre, tanácsadásra legkevesebben az ORFI illetve Hévíz betegek közül szorultak, valószínűleg azért, mert a progresszív ellátás legmagasabb fokán , illetve annak eléréséig már nagyobb részük meg kapta a szükséges információt illetve segítséget. **(52. 55. táblázat)**

- Hipotézisem második pontjakén azt feltételeztem, hogy a rehabilitálódók hiányosan tájékozottak betegsükről, illetve az őket érintő jogszabályokról. (55. 56. 57. 58. 59. táblázat)
- A felmérés ezt igazolta. Ezzel bizonyítottnak látom, hogy: a betegsükről szóló és a jogszabályi ismeretek hatékonyabbá tennék a betegek rehabilitációját. Ez azért rendkívül fontos, mert a rehabilitáció legfőbb célja, hogy a mozgásszervi betegeket és fogyatékosokat visszavezessük a munka világába, vagyis a reintegrációt kiszélesítsük.

A megyei és az országos jellegű intézetek közti fent vázolt különbséget igazolják, hogy helyes volt különböző típusú fekvőbeteg gyógyintézetek reumatológiai-rehabilitációs osztályain kezelteket vizsgálni.

A kezeltek több mint 40%-a azonban 60 éven felüli volt, akik esetében foglalkozási rehabilitáció alig jöhetett szóba. (6. táblázat) A reumatológiai rehabilitációs osztályra való bekerülés ezek szerint nem megfelelő; a munkaképes korban lévők aránya alacsony. Ennek lehet az oka az is, hogy a munkaképes korúak sietnek mielőbb fölvenni a munkát, hogy a munkából minél kevesebb időre essenek ki, és ne veszítsék el munkájukat. Valószínű, hogy az új rehabilitációs törvény hatására jóval többen kerülnek majd munkaképes korban fekvőbeteg gyógyintézeti rehabilitációra. (10.táblázat)

A reumatológiai rehabilitációs osztályokon ápoltak alacsony jövedelme, (11. 12. 13. 14. 15. 16. táblázat) alacsony iskolázottsága (17. 18. táblázat) egyrészt alátámasztja azt a bizonyított tényt, hogy a reumatológiai betegségek prevalenciája rosszabb szociális körülmények között élők között magasabb, másrészt a rosszabb szociális helyzetben lévők szívesebben mennek még a gyengébb komfort fokozatú fekvőbeteg gyógyintézetbe is, mert ez könnyebbséget jelent számukra. Nem véletlen, hogy a Hévízen kezeltek jövedelmi viszonyai voltak a legkedvezőbbek.(28)

Felmérésünk szerint a megkérdezettek több mint fele szeretne több felvilágosítást kapni betegségéről, a kezelési lehetőségekről, a megelőzésről, az egészséges életvitelről (48.49.50.51.52.táblázat). A gyógytorna fontosságáról, elérhetőségéről általában megfelelően informáltak a rehabilitációra szorulóknak (53.54.táblázat). A betegfelvilágosítás, betegoktatás nem kielégítő.(55.56.táblázat) Ez általános és jelentős hiányossága a hazai betegellátásnak (57,58.59.60.61.62.táblázat). A megfelelő betegfelvilágosítás önmagában is javítja a beteg állapotát, mint azt számos vizsgálat tanúsítja. A megfelelően felvilágosított beteg jobban meg tud küzdeni betegségével, jobb együttműködése orvosával és az egészségügy más munkatársaival. A

betegfelvilágosítás elmaradásáért általában az időhiányt tartjuk felelősnek.(33,61) Ez valószínűleg igaz, de nem fogadható el. A felvilágosításra, oktatásra fordított idő – különösen krónikus betegség esetén – a későbbiekben hatványozottan megtérül. A hazai betegellátásban szakmánként meg kellene határozni azt a minimális időt, amelyet új betegre vagy visszatérő betegre fordítani kell.

A pénzügyi támogatás lehetőségeiről a betegek a betegek kerekén 2/3-a igényelt információt.(77.78.táblázat). Hivatalos ügyintézésben a megkérdezettek 44,9%-a igényelt segítséget.(71.72.táblázat). Ez érthető hisz a mozgáskorlátozott betegek közlekedése nem megoldott, hivatalaink túlnyomó többsége nem akadálymentesített Az akadálymentesen működő gondozó szolgálatok intézmény hálózata hiányos, az önkéntes segítők a rászorulóknak részére ügyeinek intézésére mondhatni elszigetelve működik. Pszichológiai segítséget a vizsgáltak 25,0% igényelt,(79.80.táblázat), ami a depresszió mértékéhez, (86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. táblázat), illetve az érzelmi szerep életminőség tartományban talált alacsony pontértékhez képest kevésnek tűnik.(83. 84. 85. táblázat.) Tekintetbe kell vennünk azonban, hogy a magyar beteg általában idegenkedik a pszichiátertől és pszichológustól, másrészt a megmutatkozó igény kielégítései sincs megfelelő számú pszichológus, sem az alap- sem a szakellátásban.

A gyógyászati segédeszközök ellátásában 35,5% igényelne segítséget,(75.76. táblázat) s ez azt mutatja, hogy ezen segédeszközökhöz való hozzájutásában is vannak nehézségek.

Házi beteggondozást a betegek mindössze 11,4% szeretne.(81.82.táblázat). Nyíregyházán a segítségnyújtásra vonatkozó kérdésekre többen válaszoltak igennel, mint a többi vizsgálati helyen. Hévízen viszonylag jobb állapotú, jobb életminőségű betegeket kezeltek; hisz csak ilyen betegek részesülhetnek komplex fizioterápiás kezelésben. Itt kezelték viszont a legjobb anyagi helyzetben lévőket. A vizsgáltak életkorát figyelembe véve, úgy gondolom érthető, miért nem igényeltek a területileg illetékes, időseket ellátó házi; beteggondozási ellátást. A legtöbb nehéz anyagi helyzetben lévő Nyíregyházán kezelték, itt 25 fő igényelt házi beteggondozást. Hévízen 34 fő igényelt házi beteggondozást ez valószínűleg a biológiai életkoruk előrehaladtával függhet össze.

Hazánkban nincs felmérés arról, hogy rehabilitációs osztályokon milyen korú, szociális helyzetű, munkaerő- piaci aktív foglalkozású, iskolai végzettségű (társadalmi státuszú) életminőségű mozgásszervi betegek rehabilitálódnak.

- A beteganyaggal kapcsolatos hasonló vizsgálatokról nincs tudomásom.

7. Következtetések

7.1. Az eredmények összefoglalása, azok gyakorlati haszna, új megállapítások

A komplex rehabilitáció előtt álló legnagyobb kihívás az a tény, hogy Magyarország munkaerőpiaca 2004. május 1. óta része az EU munkaerőpiacának része és kötelezettséget vállalt a közös foglalkoztatáspolitikai célok teljesítéséért.

Megfelelő rehabilitáció nélkül a krónikus mozgásszervi betegeket, azaz fogyatékos embereket nem lehet a munkaerő piacra integrálni, már pedig a rehabilitáció újra képesítést jelent. Annak érdekében, hogy az illető személy a lehető legnagyobb mértékben önálló életet tudjon élni, azaz ne eltartottja legyen a társadalomnak, úgy gondolom, krízistérképet kell készítenünk. Szociálpolitikai szakmai képzettségem alapján tartottam igen fontosnak az 1024 fős keresztmetszeti vizsgálatunkban a szociális életkörülményeket felmérő, a nemzetközi standardokra épülő kérdéseket feltenni. Mivel közel tizenkettedik éve kutatom, vizsgálom a krónikus mozgásszervi betegek szociális életkörülményeit, úgy gondolom, hogy a jó szakmapolitikai döntések által meghatározandó közös jövőnkét előbbre vivő folyamatban empirikus ismereteimre is hagyatkozhatok. Mivel egy országos hatókörű intézetben dolgozom, egy-egy ügyintézés során számos alkalommal szembesülök a terület anomáliáival.

Úgy gondolom, hogy a személyiségi jogok teljes mértékű figyelembe vétele, a jogszabályok betartása mellett olyan nyilvántartási rendszert kellene megvalósítani, amely alapján fellelhetők és széles körben hozzáférhetők lennének a következő adatok:

- a.) a krónikus mozgásszervi fogyatékkal élő – megváltozott munkaképességű betegek száma
- b.) a krónikus mozgásszervi fogyatékkal élő – megváltozott munkaképességű betegek nem és kor szerinti megoszlása
- c.) a krónikus mozgásszervi fogyatékkal élő – megváltozott munkaképességű betegek lakóhely, iskolai végzettség szociális élethelyzetük szerinti megoszlása (95).

A fentiekben jelölt ismeretanyag birtokában és a regionális adatokat is figyelembe véve, úgy gondolom, hogy célzottabb orvosi és társadalmi rehabilitációt tudnánk végezni.

Az 1024 fős beteganyag feldolgozása alapján arra a már a közeljövőben gyümölcsöző gyakorlati haszonra gondolok, hogy:

- komplex rehabilitációs rendszerre lenne szükség, mivel ennek néhány eleme jött csak létre az utóbbi néhány évben.
- közel tizenkét éves szakmai munkám során nyert tapasztalatokra alapozom azon javaslatomat, hogy a rehabilitáció egyes elszigetelt elemeinek következetesen egymásra épülő rendszerére lenne szükség.

Az aktív munkaképes korú betegeket kellene legfőképpen rehabilitálni. Sajnos a keresztmetszeti vizsgálatban az időskorúak messze túlreprezentáltak. Félreértés ne essék, minden ember életminőségének javítása rendkívülien fontos amúgy is fogyatkozó lélekszámú hazánkban. Ennek ellenére meglepődve tapasztaltam az adatok értékelése során, hogy az aktív életkorban lévő krónikus mozgásszervi betegek a reumatológiai rehabilitációs osztályokon alulreprezentáltak.

A munkaképes korúak rehabilitációjának elősegítésére:

- pontos nyilvántartás kellene a krónikus mozgásszervi betegek egészségkárosodásának mértékéről. (FNO)
- szükséges lenne speciális támogató szolgáltatásokat létrehozni
- társadalombiztosítási ellátásokra való jogosultság szempontrendszerét összhangba kellene hozni a megfelelő rehabilitációt követő munkavégzési képességre vonatkozó szempontrendszerrel (95).

Hazánkban magas az alkalmazásban nem lévők száma, akik 40%-ban egészségkárosodottak, rendszeres szociális járadékban részesülők, illetve 50%,-79%,-100% rokkantnyugdíjasok. A központi költségvetés szempontjából nézve igen nagy kiadást jelent.

A rehabilitáció egymásra épülő rendszereinek működtetését hosszú távon már nem tudjuk halogatni.

7.2. A rehabilitáció egymásra épülő rendszerei

A rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtó egyes, egymástól elszigetelten működő intézményeket egymásra épülő rendszerbe kellene szervezni és az ország területi lefedettségét fejlesztésekkel kellene elérni. A fentiekben jelölt ismeretanyag birtokában és a regionális adatokat is figyelembe véve úgy gondolom, hogy célzott orvosi és

társadalmi rehabilitációval integrált munkahelyeket lehetne létre hozni, annál is inkább mivel a II. Fejlesztési Terv alapján a regionális forráselosztást meg lehetne valósítani. Kollégáimmal való szakmai konzultáció során egy-egy esetvitel, ügyintézés kapcsán szinte mindannyian azzal szembesülünk, hogy nincs komplex rehabilitációs rendszer, annak csupán néhány magas színvonalú, de izolált ellátó-, képző-, továbbképző központ foglalja magába a legtöbb elemet. A felsőfokú végzettséggel rendelkező szociális, az az társadalom- tudományi szakterületet gyakorló értelmiségi szakembereknek példának okáért nincs krediteken alapuló követelményrendszerük, működési engedélyezési eljárásuk és nyilvántartásuk. Ez szakmai presztízstüket nagymértékben aláássa annak ellenére, hogy a kórházakban működő kollégák a szociális szakellátásnak teljes vertikumával tisztában kell lenniük. A rehabilitációs osztályokon ugyan előírás, hogy szociális szakembert kell alkalmazni, de jogi szabályozás nincs hozzárendelve. Ezért nem ritkán fordul elő, hogy a felsőfokú végzettségű (egyetemet, illetve főiskolát végzett) szakembert szociális gondozóként regisztrálják. Hiányzik a pontosan körülhatárolt szakmai protokoll. Az orvosi rehabilitációnak szigeteken történő megvalósulását láthatjuk, a társadalmi rehabilitáció, a szociális rehabilitációt elősegítő támogató szolgáltatások és a foglalkozási rehabilitáció egymásra épülő, egymással összefüggő rendszere azonban hiányzik.

E gondolatkörbe foglaltak kivitelezéséhez a minősítési rendszer és a társadalombiztosítási ellátórendszer összehangolása elengedhetetlenül szükséges lenne.

Lényeges pontnak tartom a krónikus mozgásszervi betegek életminőségének és szociális körülményeinek javítása érdekében a kenyérkereseti lehetőségek többszörös függőségének összegzését:

- a krónikus mozgásszervi betegek- megváltozott munkaképességű emberek és családjuk érdekelté tétele a rehabilitációban,
- a munkáltató érdekelté tétele,
- a munkáltatói és a társadalmi környezet gondolkodásmódjának megváltoztatása,
- a szolgáltatói és támogatási rendszer fejlesztése,
- a személyre szabott, speciális orvosi és társadalmi rehabilitáció munkaerőpiaci szolgáltatások megteremtése és fejlesztése (95).

7.3. A társadalmi környezet gondolkodásmódja

Mivel e témakörben minden mindennel összefügg, fontosnak tartom a közintézmények akadálymentesítésének kivitelezését, egyáltalán a napi közlekedés gördülékennyé tételét.

Mindemellett talán a leginkább arra lenne szükség, hogy az érintett emberek problémáit a társadalom egészéhez, így a hétköznapi emberekhez is közelebb tudjuk vinni. A mozgásszervi betegek orvosi és társadalmi rehabilitációjának elmaradása a foglalkoztatás egyik legfontosabb gátja, a másság gyakran negatív társadalmi megítélése. E tekintetben változást elérni a krónikus mozgásszervi betegek a megváltozott munkaképességű embereket képviselő szervezetek egyik legfontosabb feladata lenne. Leginkább az aktív kommunikációs tevékenység hiányzik, melyet különböző TV-műsorokban ellehetne kezdeni”(95).

7.4. A szociális szolgáltatások fejlesztésének prioritása

Az orvosi és társadalmi rehabilitációval, aktivitás felkeltésével az önálló életvitel fenntartásának segítéseire, nagyobb hangsúlyt kell a jövőben fektetnünk. A saját lakókörnyezetben történő ellátás, valamint a munkavilágába való teljes, vagy részleges reintegráció a megvalósítása a komplex rehabilitáció eszközeivel, különösen a mozgásszervi fogyatékosokkal élők és a pszichiátriai betegek esetében lenne fontos.

Az ország hátrányos helyzetű régióiban (Észak-Magyarország, Észak-Alföld, Dél-Dunántúl) az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése, egészségcentrum modell-intézmények létrehozásával és rehabilitációs központok kiépítésével nagymértékben le lehetne küzdeni a társadalmi életminőség és szociális különbségeit.

Ezáltal a területileg vagy társadalmilag hátrányos helyzetű és magas rizikójú populáció körében a krónikus mozgásszervi betegségek korai diagnosztizálása, gyógykezelése, komplex rehabilitálása megfelelő időben történne.

8. Összefoglalás

Célkitűzés: Azt a célt tűztem ki, hogy megvizsgáljam négy különböző típusú reumatológiai rehabilitációs intézmény, rehabilitációs osztályain, rehabilitációban részesülő rheumatoid arthritises, arthrosisos, osteoporosisban illetve derékfájásban szenvedő betegek demográfiai adatait, szociális helyzetét, életminőségét. Fel kívántam mérni, hogy megfelelő időben kerültek-e rehabilitációra, hogy mennyire tájékozottak betegségükről, az őket érintő jogszabályokról, illetve arról, hogy milyen segítséget igényelnek.

Betegek és módszerek: A választott intézmények válogatás nélküli soron következő 256 betegét vizsgáltam, akik a fenti négy betegség valamelyikében szenvedtek. A demográfiai és szociális adatokat, a betegek tájékozottságát saját betegségükről, az őket érintő jogszabályokról, arról, hogy milyen segítséget igényelnek, saját összeállítású kérdőívvel mértem fel. Az életminőség felmérésére SF-36 generikus életminőség skálát, a depresszió felmérésére a Beck skálát. Az alkalmazott statisztikai módszerek szerint analizáltam az adatokat.

Eredmények: A vizsgált betegek közül 863-an töltötték ki mindhárom kérdőívet. A kezelték több mint 70%-a nő, 39,7%-uk 60 év fölötti, 36,2%-uk 51-60 év közötti volt. Így a kezelték nagy részénél foglalkozási rehabilitáció aligha jöhetett szóba. A beteg jó része fizikai munkát végzett. A betegek nagy részének több kísérő betegsége is volt, megfelelő időben indokoltan kerültek rehabilitációra. Életminőségük a hazai átlagnépesség életminőségének alig felét tette ki. Az osteoporosisban szenvedők, életminősége bizonyult a legalacsonyabbnak. Különösen a „fizikai szerep” és az „érzelmi szerep” tartományokban bizonyult alacsonynak a betegek pontértéke. A betegek 15,4%-a súlyos depresszióban szenvedett. A betegek több felvilágosítást szerettek volna kapni betegségükről, az őket érintő jogszabályokról, a pénzügyi támogatás lehetőségeiről 44,9%-uk igényelték segítséget hivatalos ügyintézésben.

Következtetések: A munkaképes korú betegek nem kerülnek megfelelő számban fekvőbeteg gyógyintézetű reumatológiai rehabilitációra. A betegeket alaposabban kell tájékoztatni betegségükről, az őket érintő jogszabályokról. Elsősorban hivatalos ügyeik intézésében kell szervezett segítséget nyújtani számukra, de pszichológiai segítségre is szükségük van. Az ország keleti részében élők szociális helyzete, életminősége lényegesen rosszabb, több felvilágosításra és kiterjedtebb segítségnyújtásra szorulnak.

8.1. Summary

Aims of the study: The aim of the dissertant was to study demographic data, social status, quality of life, accompanying diseases of patients suffering from rheumatoid arthritis, osteoarthritis, osteoporosis, chronic low back pain under medical rehabilitation at rheumatology rehabilitation in-patient units of four different hospitals. It was also aimed to assess, whether the timing of rehabilitation was appropriate, whether the patients were satisfactorily informed about their disease, the legislation, and legal rules affecting them, and what kind of help or assistance the patients require. Patient's material and methods: 256-256 consecutive patients of the four rheumatology in-patient units suffering from the above mentioned diseases, giving their written consent, were included in the study. For gathering data from the patients questionnaires developed by the dissertant were used. For assessing quality of life SF-36 scale, for othe Beck's scale was used. The statistical analysis of data was made by the methods described in the thesis. Results: Out of the 1024 patients 863 patients filled out all of the questionnaires: 39,7 % were above 60 years old, 31,6% between 51-60 years. Most of the patients therefore were not suitable for occupational rehabilitation. Most of the patients were physical worker at the time of the study or previously. The bigger part of the patients had also accompanying diseases. The rehabilitation of patients was indicated and properly timed. The quality of life of the patients was hardly 50 % of the age and gender matched Hungarian population. The lowest quality of life was found in patients with osteoporosis. The scores of "physical role", and "emotional role" were especially low. 14,5 % of patients had severe depression. The patients required more information about their disease, about the legal rules , and the financial support. 44,9 % of patients might have assistance in arranging their official matters. Conclusion: **The study had shown the number of patients in working age is low, the patients should be provided more information about their diseases and the legal rules. They need more help, their official matters, but they also need psychological help. The social status, the quality of life of patients living in the Eastern part of Hungary is worst.**

9. Irodalomjegyzék

1. Zahumenszky Zille. (2010) Bevezető. Reuma Híradó, 6:1.
2. Bálint Géza.(2010) Csont és Ízület Évtizede Beszámoló a Csont és Ízület Évtizede (2000–2010) 2010. évi Világkonferenciájáról Lund, Svédország. Reuma Híradó, 6:9-12.
3. Magyarország Alaptörvénye. (2011). Magyar Közlöny 2011/43
4. Zalabai Péterné. Országos Fogyatékosügyi Program módosítási tervezetéből. In Helyzetkép 2004. Magyarország Dávid István (szerk.),Foglalkoztatáspolitikai munkaerőpiac, esélyegyenlőség. Motiváció Mozgássérülteket Segítő Alapítvány, Budapest 2005:49-50.
5. Forrás: <http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/index.htm>
6. Forrás: Nemzeti Foglalkozási Akcióterv:
<http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=1&articleID=21047&ctag=articlelist&iid=1>
7. European Action Towards better Musculoskeletal Health. A Bone and Joint Decade eport 2005.http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf
8. Bálint Géza. A reumatológiai betegségek gazdasági és társadalmi terhei. In:Gömör Béla (szerk)Reumatológia. Medicina, Budapest,2001: 335 -336.
9. Badley E. (1995) The economic burden of musculoskeletal disorders in Canada is similar to that of cancer or may be higher. J. Rheumatol, 22 : 204.-206.)
10. Bálint Géza, Szabenyi Béla.(1998) A mozgásszervi betegségek népegészségügyi és gazdasági jelentősége. Népegészségügy, 80: 36-37.
11. WHO Technical Report Series. (2003) The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium, Geneva,919: 76-79.
12. WHO Technical Report Series. (2003) The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium,, Geneva,919 : 3-4.
13. The Bone and Joint Decade, Report 2000-2010, www.bjdonline.org

14. United Nations: World Programme of Action, Concerning Disabled Persons. Division for Social and Policy Development, United Nations, 2003 <http://www.unescap.org/decade>
15. Australian Faculty of Rehabilitative Medicine, Sydney, 2013. https://www.dccconferences.com.au/AFRM2013/Keynote_Speakers
16. Cameron ID.(2004): Howo to manage musculoskeletal conitions: when is „Rehabilitation” appropriate ?Best Preet. Res. Clin. Rheumatol, 18: 573-586
17. Hittner György, Balogh Zoltán, Koó Éva, Gyulai Franciska. (1991) Budapesti körzeti orvosi rendelőkben végzett reumatológiai prevalencia vizsgálatok. Magyar Reumatológia, 32: 93- 101.
18. Zahumenszky Zille, Lukács Mónika. (2000) Adatok a mozgásszervi betegek rehabilitációjának költségeiről. Ca és Csont 3 : 125-128.
19. Lubeck D.P..(2003) The cost of musculoskeletal disease: health needs assessment and, health economics. Best Pract Res,17: 529-539.
20. Szebenyi Béla. Arthrosis (patológia, epidemiológia, népegészségügy) Reumatológia. In:Gömör Béla (szerk) Medicina, Budapest, 2001:191-194.
21. Arden N, Nevitt Mc. (2006) Osteoarthritis: Epidemiology, Best Pract Res Cliz Rheumatology,20 :3-25.
22. March L.M., Bachmeier CJ. (1997)Economics of osteoarthritis: a global perspective. Ballieres Clin Rheumatol, 11: 817-834.
23. Garey TS, Garret J, Jackman A, McLaughlin C, Fryer J. (1995) Smucker DR: The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitiones, chiropractors and ortopedic surgeons. The North Carolina Back Pain Project. N Engl J Med, 333: 913-917.
24. Gabriel SE, Crowson CS, Campion ME, O’Fallon WM. (1997) Indirect and nonmedical costs among people with rheumatoid arthritis and osteoarthritis compared with nonarthritic controls. J.Rheumatol, 24: 43-48.
25. Silman AJ, Hochberg Mc. (1993)Epidemiology of rheumatic diseases. Oxford University Press: 257-88.

26. Rooney BK, Silman AJ. (1999) Epidemiology of the rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatology*, 11: 91-7
27. Yelin E, Callahan LF. (1995) The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. *Arthritis Rheum*, 38 : 1351-62
28. Poór Gyula, Szebenyi Béla: A halmozottan hátrányos helyzetű lakossági csoportok egészségi egyenlőtlenségeinek kezelése. In: Poór Gyula, Maróth Gábor, (szerkesztők) *Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001- 2010: Egészségügyi Minisztérium Budapest, 2001:47-50.*
29. Carr A.J.(1999) Beyond disability: measuring the social and personal consequences of osteoarthritis. *Osteoarthr Cartilage*, 7: 230-238.
30. Poór Gy. – Héjj G. A reumatológiai kórképek epidemiológiája in:Poór Gyula (szerk.), *A reumatológia tankönyve.Medicina,Budapest, 2008:23-25.*
31. WHO Tech Rep Ser. (2003)The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. WHO Scientific Group on the Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the. *New Millennium Ser 919:i-x.1-218*
32. Woolf AD, Zeidler H, Haqlund U, Carr AJ, Chaussade S, Cucinotta D, Veale DJ, Martin-Mola E. (2004) Musculoskeletal pain in Europe: its impact and a comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries. *Ann. Rheum Dis*, 63: 342-7.
33. Héjj Gábor. (1999) A mozgásszervi betegségek szerepe a kórházi ápolásban, a betegállományban, a rokkantságban és az életminőség mutatóiban Magyarországon. *Népegészségügy*, 80 :38-40.
34. Picavet HS, Hazes JM. (2003) Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis*, 62 : 644-50.
35. Badley EM, Tennant A. (1993) Impact of disablement due to rheumatic disorders in a British population: estimates of severity and prevalence from the Calderdale rheumatic Disablement Survey. *Ann Rheum Dis*, 52 : 6-13
36. Héjj Gábor. (1999) Mozgásszervi betegségek szerepe a kórházi ápolásban, a betegállományban, a rokkantságban és az életminőség mutatóiban Magyarországon. *Népegészségügy*, 80 : 38-40.

37. Jacobson L, Lindgren B.(1996)Vad kostar sjukdomarna? (What are the cost of illness?). Stockholm, Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare)
38. Rooney BK, Silman AJ. (1999) Epidemiology of the rheumatic diseases. *Curr Opin heumatol*, 11: 91-97.
39. Pincus T, Callahan LF, Sale WG, Brooks AL, Payne LE, Vaughn WK. (1984) Severe functional declines, work disability and increased mortality in seventy five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheum*, 27: 864-872.
40. Ismail AA, O'Neill TW, Cooper C, Finn JD, Bhalla AK, Cannata JB, Delmas P, Falch JA, Felsch B, Hozzowski K , Johnell O, Diaz-Lopez JB, Lopez Vaz A, Marchand F, Raspe H, Reid DM, Todd C, Weber K, Woolf A, Reeve J, Silman AJ et al.(1998) Mortality associated with vertebral deformity in men and women: results from the European Prospective Osteoporosis Study (EPOS). *Osteoporosis Int*, 8: 291-7.
41. Erhardt C.C., Mumford P.A., Venables P.J., Maini R.N.(1989) Factors predicting a poor life prognosis in rheumatoid arthritis; an eight year prospective study. *Ann Rheum Dis*, 48: 7-13.
42. Fries JF. (1991) NSAID gastropathy: the second most deadly rheumatic disease? *Epidemiology and risk appraisal. J. Rheumatol*, suppl, 28: 6-10.
43. Gabriel SE, Crowson CS, Campion ME, O'Fallon WM. (1997) Direct medical costs unique to people with arthritis. *J.Rheumatol*, 24: 719-25.
44. Bálint Géza. A reumatológiai betegségek gazdasági és társadalmi terhei in. Gömör Béla (szerk.) *Reumatológia. Medicina, Budapest*, 2001: 335-336.
45. Péntek M., Szekanecz Z., Czirják L., Poór Gy., Rojkovich B., Polgár A., Genti Gy., Kiss Csaba Gy, Sándor Zs., Májer I., Brodszky V., Guácsi L.(2008) A betegségprogresszió hatása az egészségi állapotra, életminőségre és költségekre rheumatoid arthritisben Magyarországon. *Orvosi Hetilap,Akadémia,Budapest* 149:733-74
46. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Aagt HM, Bijl RV, de Boer JB Foets M, Hoeymans N, Jacobs AE, Kempen GI, Miedema HS, Tjihuis MA, de Haes HC.(2000) Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol*, 53: 895-907.

47. Rojkovitch Bernadett.(1999) A rheumatoid arthritis szociális és gazdasági terhei. Népegészségügy, 80: 53-57.
48. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. (1995) A cost of illness study of back pain in the Netherlands. Pain, 62:233- 40.
49. Bálint Géza, Szébenyi Béla.(1997) Non-pharmacological therapies in osteoarthritis. Baillieres Clinical Rheumatology, 11: 597-815.
50. Yelin EH: The economic and functional impact of rheumatic disease in the US. Rheumatology ed by Klippel JH and Dieppe PA. Mosby, London, 1998. 1.5.1.-1.5.4.
51. Poór Gyula. Osteoporosis in:PoórGyula (szerk.), A reumatológia tankönyve. Medicina, Budapest 2008: 275-283.
52. Peat G., McCarney R., Craft P.(2001)Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. Ann Rheum Dis, 60: 91-97.
53. Davis MA, Neuhaus JM, Ettinger WH, Mueller WH.(1990) Body fat distribution and osteoarthritis. Am J Epidemiol, 132: 701-707.
54. Jones JR, Hodgson JT, Clegg TA, Elliott RC, Self reported work-related illnesses in 1995. Results from Household Survey. 1998. London, HSE
55. Kazis LE, Meenan RF, Anderson JJ, Pain in the rheumatic diseases. Investigation of a key health status component. Arthritis Rheum 1983; 26 (8): 1017-22.
56. Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, van der Maas PJ. (1998) Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. Brit Med J, 317 : 111-115.
57. The Bone and Joint Decade (1998)2000- 2010 for prevention and treatment of musculoskeletal disorders. Lund, Sweden, April 17-18, 1998. Proceedings. Acta Orthop Scand Suppl, 281: 1-86.
58. Rasker JJ.(1995) Rheumatology in general practice. Brit J Rheumatol, 34: 494-497.
59. Bone and Joints Decade (2011) European action towards better musculoskeletal health.(http://ec.europa.eu/health/ph_projects_2002_promotion)

60. Bálint Géza. Reumatoid arthritis: In: Poór Gyula (szerk.), A reumatológia tankönyve. Medicina, Budapest, 2008: 115 p.
61. Kanis P, Parkkari J, Niemi S, Pasanen M, Palvanen M, Jarvinen M, Vuori I. (2000) Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. *New Engl J Med*, 343:1506-13.
62. Gorenou V., Schönermark M.P., Hagen A. (2007) Benefits and risks of hormonal contraception for woman. *GMS Health Technol Assess*, 3 :1-10.
63. Gordon MM, Thomson EA, Madhok R, Capell HA. (2002) Can Intervention modify adverse lifestyle variables in a rheumatoid population? Results of a pilot study. *Ann Rheum Dis*, 61: 66-69.
64. Petersson I.F. (1996) Occurrence of osteoarthritis outside European populations. *Ann Rheum Dis*, 55: 559-561.
65. Croft P. (1996) The occurrence of osteoarthritis outside Europe. *Ann Rheum Dis*, 55: 661-664
66. Brandt, K.D.: Diagnosis and Non-Surgical Management of Osteoarthritis. Professional Communications, Caddo, 2000.
67. Kartz JN. (2006) Total joint replacement in osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatology*, 20: 45-53.
68. <http://www.eumucs.net/myUploadData/files/Musculoskeletal%20Health%20in%20Europe%20Report%20v5.pdf>
69. Croft P, Coggon D, Cruddas M, Cooper C. (1992) Osteoarthritis of the hip: an Occupational disease in farmers. *BMJ*, 304: 1269-1272.
70. Poór Gyula. (1999) Az osteoporosis, a csigolyadeformitások és a proximális femurtörések klinikai-epidemiológiai vonatkozásai. Akadémiai doktori értekezés. Budapest 9.pp.
71. Poór Gy., Kiss Cs., Szilágyi M., Mituszova M, O' Neill TW, Felsenberg D et al. (1997) A csigolyadeformitás prevalenciája hazánkban: Az Európai Vertebrális Osteoporosis Study. *Orv Hetilap, Akadémia, Budapest*, 138: 2647-2652.

72. Somogyi P, Bossányi A, Kricsfalussy , Schreithofer L, Rápolthy I, Udvardy Cs, Horváth Cs.(2000)Az osteoporosis eredetű csonttörések számának becslése Magyarországon. *Ca és Csont*, 3: 111-117.
73. Kanis JA.(1993) The incidence of hip fracture in Europe. *Osteoporosis Int*, 1: 10-5.
74. Fischer ES, Baron JA, Malenka DJ, Barrett JA, Kniffin WD, Whaley FS, Bubolz TA. (1991) Hip fracture incidence and mortality in New England. *Epidemiology*, 2: 116-22
75. Cooper C, Atkinson Ej, Jacobsen SJ, O’Fallon WM, Melton LJ 3rd. (1993) Population-based study of survival after osteoporotic fractures. *Am J Epidemiol*, 137: 1001-5.
76. Cooper C, Atkinson EJ, O’Fallon WM, Melton LJ 3rd.(1992) Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1985-1989. *J Bone Miner Res*, 7: 221-27.
77. Torgerson D, Cooper C.(1998) Osteoporosis as a candidate for disease management: epidemiological and cost of illness considerations. *Dis Manag Health Out*, 3: 207-14.
78. Cooper C, Campion G, Melton LJ 3rd. (1992) Hip fractures in the elderly: a world-wide projection *Osteoporosis Int*, 2: 285-9.
79. Héjj Gábor. (2008)Reumatológia a számok tükrében. *Magyar Reumatológia*, 49: 70-82.
80. Szatmári M., de Chatel Rudolf. (2000) Az osteoporosiskezelések csonttörési kockázatot csökkentő hatásának értékelése a bizonyítékokon alapuló orvoslás szemszögéből. *Orvostovábbképző Szemle, Különszám 7*: 1-12.
81. Temesvári Péter. Derékfájás, nyaki és háti panaszok In: Poór Gyula (szerk.) *A reumatológia tankönyve*, Medicina, Budapest, 2008: 355-377.
82. Burton KA, Balaqué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, Leclerc A, Müller G, van der Beek AJ. (2005)How to prevent back pain? *Best Pract Res Cl Rh*, 19: 541-55.
83. Borenstein D.(1996) Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol*,8: 124-9

84. Ethgen O., Kahler K.H., Kong S.X., Reginster J.Y., Wolfe F. (2002) The effect of Health Related Quality of life on reported use of health care resources in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a longitudinal analysis. *J. Rheumatol*, 29: 1147-55.
85. Hill CL, Parsons J, Taylor A, Leach G.(1999) Health related quality of life in a population sample with arthritis. *J. Rheumatol*, 26:2029-35.
86. Van den Hoogen HM, Koes BW, van Eijk JT, Bouter LM. (1995) On the accuracy of history, physical examination and erythrocyte sedimentation rate in diagnosing low back pain in general practice. A criteria-based review of the literature. *Spine*, 20: 318-27.
87. Moffatt JK, Torgerson D, Bell-Syer S, Jackson D, Llewlyn-Phillips H, Farrin A, Barber J.(1999) Randomized controlled trials of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences. *Brit Med J*, 319 :279-83
88. Von Korff M, Barlow W, Cherkin D, Deyo RA.(1994) Effects of practice style in managing back pain. *Ann. Intern. Med*, 121: 187-95.
89. Indahl A, Haldorsen EH, Holm S, Reikeras O, Ursin H.(1998)Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. *Spine (Phila PA 1976)*, 23: 2625-30.
90. Torstensen TA, Ljunggren AE, Meen HD, Odland E, Mowickel P, Geijerstam S.(1998) Efficiency and cost of medical exercise therapy, conventional physiotherapy and self- exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomized, single- blinded, controlled trial with 1- year follow- up. *Spine*, 23: 2616-24.
91. Ware JE Jr, Sherbourne CD.(9992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)., I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30 : 473-483.
92. Czimbalmos Ágnes, Nagy Zsolt, Varga Zoltán, Husztik Péter. (1999) Páciens megelégedettségi vizsgálata SF- 36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Népegészségügyi Szemle*, 80: 4-18.
93. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J , Erbaughth J.(1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat*, 4: 561-571.

94. Rózsa S., Szadóczky E., Füredi J.(2001)A Beck Depresszió kérdőív változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 :379-397.
95. Sallai Julianna Rozália: 2007-ben védett ELTE TÁTK KKK Szociálpolitikus szakdolgozatom- saját anyagom- szakmai meglátásom 45-48.
96. Hatályos CD Jogtár

10. Publikációs jegyzék

10.1. Az értekezés témájában megjelent eredeti publikációk:

- Sallai J R, Bálint G, Ormos G: Complex Assessment of the Post-Operative State and Life Quality in Patients Operated for Herniated Disc. *New Medicine* 18: (1). 39-41.(2014)
- Sallai J R, Hunka A, Héjj G, Ratkó I, Ortutay J, Márkus I, Ormos G, Ujfalussy A, Szekeres L, Insperger A, Varjú T, Bálint G: Hazai kórházakban rehabilitált reumatoid arthritises betegek d életminősége. *Orvosi Hetilap* 154:(35).1381-1388.(2013)
- Sallai J R, Ormos G: Financial Status of Patients with Chronic Musculoskeletal Diseases and Limited Working Ability. *New Medicine* 17:(3).88-90.(2013)
- Sallai J R, Héjj G, Ratkó I, Hunka A, Márkus I, Ortutay J, Ormos G, Ujfalussy A, Szekeres L, Insperger L, Varjú T, Bálint G: Reumatológiai rehabilitációs osztályokon kezelt osteoporosisos betegek életminősége. *Orvosi Hetilap* 153(33);1319-1324.(2012)
- Sallai J R, Hunka A, Ratkó I, Nagy Zs, Czibalmos Á, Héjj G, Bálint G: A mozgásgátszervi rehabilitációs osztályon kezelték demográfiai és jövedelmi adataik, életminőségük, segítségre szorulásuk mértéke.
- IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben: Az Egészségügyi Vezetők Szaklapja 9:(9)pp.40-47. (2010)

10.2. Egyéb - nem az értekezés témájában megjelent - eredeti publikációk:

- A Szociális Munka XVI. évfolyam 4. szám, 2004. október-novemberi kiadványában: *Rheumatoid Arthritises Betegek Pszicho-Szociális Jellemzői* (70-78).

- A Magyar Reumatológusok Egyesületének Tudományos folyóiratának szaklapjában: 49.évfolyam 2008/4 – 247-249-ig
- *A megváltozott munkaképességűek foglalkoztatási helyzete, ezen belül a reumatológiai betegek foglalkoztatásának elősegítése.*
- Az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társaságának folyóiratában: 19. évfolyam 1. szám 2009. május 26.-29-ig.
- Sallai Julianna Rozália, Kellős Éva és Ormos Gábor: Tájékoztató a rehabilitációs járadékról szóló 2007. évi LXXXIV törvényről.
- Az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társaságának folyóiratában 19. évfolyam 1. szám 2009. május 22.-25-ig.
- Sallai Julianna Rozália és Ormos Gábor: A krónikus mozgásszervi betegek anyagi helyzete és jövőképe.
- Az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társaságának folyóiratában: 2010;20(3): 142-145.
- Sallai Julianna Rozália, Bálint Géza, Ormos Gábor Porckorongsérvel operált betegek posztoperatív állapotának átfogó felmérése.
- F Klett, B Glüsing, Szabóné Dúl K, Czékus O, Sallai J, Bálint G: Az EULAR 2009-es az “Arthritis Nap” alkalmából készített internetes felmérése: “Dolgozzunk együtt”. Magyar Reumatológia 2010. 51;301-305.
- Sallai J R, Hunka A, Bálint G, Héjj G: Tájékoztató a megváltozott munkaképességű személyek ellátásáról és az egyes törvények módosításáról szóló 2011.évi CXCI. törvényről. (XII.29.1162.sz.) és a 7/2012. (II.14.) NEFMI rendelet a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról. Rehabilitáció 2013. (23):35-37.
- Péntek M, Szabóné D.K, Ortutay J, Sallai J, Bálint G: A mozgásszervi egészség hazánkban, európai adatok tükrében. Immunológiai Szemle 2014. (1-2), 25-33.

11. Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondok témavezetőmnek, Prof. Domján Gyula egyetemi tanár úrnak, aki a disszertáció elkészítésében komoly segítséget nyújtott.

Köszönöm dr. Bálint Géza professzor úrnak a témával kapcsolatos cikkeket, hasznos tanácsait és folyamatos segítségét.

Őszinte hálával tartozom munkahelyi főnökömnek Prof. Poór Gyula főigazgató főorvos úrnak, dr. Héjj Gábor igazságügyi orvosszakértő főigazgató-helyettes főorvos úrnak és dr. Hunka Aniella országos szakfelügyelő főorvos asszonynak, akik mindvégig segítettek munkámat.

Köszönöm †dr. Ratkó István tanár úrnak a statisztikai számításokba nyújtott hasznos tanácsait és segítségét.

Köszönöm egykori főiskolai tanárainak dr. Fauer Máriának, dr. Bánfalvy Csabának és dr. Máté Jánosnak a társadalomtudomány alapjainak elsajátítása során nyújtott lelkes szakmai segítségüket.

Köszönöm Ujfalussy Andor osztályvezető úrnak az informatikában nyújtott segítségét.

Köszönöm dr. Ortutay Judit főorvos asszonynak, dr. Márkus Ilona főorvos asszonynak, dr. Ormos Gábor főorvos úrnak, dr. Insperger Antal főorvos úrnak, dr. Szekeres László főorvos úrnak és dr. Varjú László főorvos úrnak a kutatásomban nyújtott segítségüket a betegek kiválasztásában.

Köszönetet mondok mindazon kedves ismerőseimnek, akik közvetve vagy közvetlenül segítettek disszertációm létrehozását

Szüleim, testvéreim, bátorító támogatása és türelme nélkül az értekezés nem készülhetett volna el

12. Mellékletek

I.melléklet

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt. Dr. Rácz Jenő főigazgató
főorvos kutatási kérvény

I/2 melléklet Felmérés engedélyezése

I/3.melléklet Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt.
Reumatológiai és Rehabilitációs osztály Dr. Insperger Antal osztályvezető
főorvos kutatási kérvény

I/4 melléklet Felmérés engedélyezése

II.melléklet

Szabolcs- Szatmár - Bereg Megyei Önkormányzat Jósa András Oktató Kórház Dr Pikó
Károly Intézetvezető Főigazgató kutatás kérvény- engedély.

II/ 1 melléklet Szabolcs- Szatmár - Bereg Megyei Önkormányzat Jósa András Oktató
Kórház Reumatológiai és Rehabilitációs osztály Dr. Varjú Tibor osztályvezető főorvos
kutatás kérvény- engedély.

III. melléklet

Szent András Állami Reumatológiai és Rehabilitációs Kórház Hévízfürdő Dr. Szekeres
László Főorvos orvosigazgató kutatás kérvény- engedély.

IV. mellékletek

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet Prof. Dr. Poór Gyula főigazgató
főorvos kutatás kérvény- engedély.

IV/1 melléklet

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet I. sz. Rehabilitációs Osztály
Dr.Ortutay Judit osztályvezető főorvos kutatás kérvény- engedély.

IV/ 2 melléklet

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet II. sz. Rehabilitációs Osztály
Dr. Márkus Ilona osztályvezető főorvos kutatás kérvény- engedély.

IV/3 melléklet

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet III. sz. Rehabilitációs Osztály

Dr. Ormos Gábor osztályvezető főorvos kutatás kérvény- engedély.

V. melléklet

Krónikus mozgásszervi betegek szociális körülményeit felmérő kérdőív.

VI. melléklet

Sf-36 Generikus skála

VII. melléklet

Beck

VIII. melléklet

Semmelweis Egyetem Prof. Dr. Domján Gyula témavezető Tanár Úrkutatáshoz
szükséges támogató levele