

## ***A mozgásszervi rehabilitációs osztályon kezelt demográfiai és jövedelmi adatai, életminőségük, segítségre szorulásuk mértéke***

Sallai Julianna Rozália, Dr. Hunka Aniella, Dr. Ratkó István, Dr. Nagy Zsolt,  
Dr. Czibalmos Ágnes, Dr. Héjj Gábor, Dr. Bálint Géza  
Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest

A szerzők 4 kórház mozgásszervi rehabilitációs osztályain, illetve részlegein kezelt 256-256, összesen 1024 beteg anyagát dolgozták fel a betegek demográfiai és jövedelmi adatai, rehabilitációs szükségleteik, illetve SF-36-tal mért életminőségük, Beck-skála alapján mért depressziójuk alapján. A mintában az 50 éven aluliak száma alacsony volt, a betegek 70%-át nők tették ki. A mintavétel kérdőíves önkitöltős módszerrel történt, a betegek előzetes szóbeli tájékoztatása után. A kutatást hivatalos engedélyezés előzte meg. Valamennyi rehabilitációs osztályon 300 db sorszámozott kérdőív került kiosztásra. A hiányosan kitöltött kérdőíveket nem vették figyelembe. Addig folytattuk az anyaggyűjtést, amíg el nem értük a 256-ös betegszámot. Az orvosi diagnózisoknak megfelelő módon kaptunk válaszokat.

A főbb megállapítások a következők: Diagnosztikus csoportok közül derékfájás, csonttrikulás, artrózis és reumatoid artritisz nagyjából egyenlő arányban fordult elő. A vizsgáltak rehabilitációs szükségletei közül a legtöbben hivatalos ügyintézés, betegtájékoztatást és pénzügyi ellátást igényeltek. A közepes és súlyos depresszióban szenvedők száma körülbelül kétszerese a hazai átlagnak, a SF-36-al mért életminőségük fele a magyar átlagnépességének. Az egy fogyasztsági egységre eső jövedelem, a rehabilitációs szükségletek, a depresszió és az életminőség szempontjából a Nyíregyházán kezelt betegek helyzete szignifikánsan rosszabb volt. A derékfájásban, oszteoporózisban, artrózisban, reumatoid artritiszben szenvedők között az oszteoporózisban szenvedők életminősége volt a legalacsonyabb. A szerzők felhívják a figyelmet a teendőkre: a kenyérkereső munkában való részvétel elősegítésére, a fogyatékoság kialakulásának megelőzésére megfelelő beteg felvilágosítással és hazai diagnózis alapján való hazai, hatékony kezeléssel.

*Assessment of sociodemographic data, quality of life, and need for support of patients treated in Hungarian locomotor rehabilitation inpatient units. The authors assessed the demographic and family income data, need of support, incidence of depression (measured by the Beck scale) and the quality of life (measured by SF-36) of in-patients treated in locomotor rehabilitation units of 4 different hospitals in Hungary.*

*Among the four hospitals two were selected to represent the population of Western and Eastern part of Hungary, and a typical spa rehabilitation centre, the*

*Saint Andrew Rehabilitation Hospital of Spa Hévíz and the National Institute of Rheumatology and Physiotherapy were the other two chosen hospitals.*

*In each of the four hospitals 256 consecutive inpatients treated at locomotor rehabilitation units were assessed, altogether 1024 patients. The number of patients, younger than 50 years, was surprisingly low. 70% of patients were females.*

*Regarding diagnostic groups back pains, osteoporosis, osteoarthritis and rheumatoid arthritis patients were represented largely in equal numbers.*

*The number of patients suffering of moderate and severe depression was twice higher than that of the normal Hungarian population. Regarding the need of support, patients need for support in managing everyday official affairs, support in information, and financial assistance were the highest. The quality of life measured by SF-36 was roughly the half of the Hungarian mean.*

*Regarding family income, need of support, depression and quality of life, the patients treated at Nyíregyháza hospital, Eastern Hungary were in significantly worst position. Out of the diagnostic groups, the quality of life of osteoporosis patients was the lowest.*

### **CÉLKITŰZÉSEK**

Magyarországon 71 mozgásszervi reumatológiai rehabilitációs osztály, részleg működik, melyek elsősorban reumatológiai betegségekben szenvedők orvosi rehabilitációját végzik [1]. Célkitűzésünk az volt, hogy e rehabilitációs osztályokon kezelt demográfiai adatait, szociális helyzetét, segítség szükségletét és életminőségét vizsgáljuk. Nem volt célunk a kezelték fogyatékoságának, az orvosi rehabilitáció eredményének mérése.

### **ANYAG ÉS MÓDSZEREK**

A négy intézményt úgy választottuk, hogy szerepeljen egy-egy nyugati magyarországi (Csolnoky Ferenc Kórház Veszprém), keleti magyarországi (Józsa András Kórház, Nyíregyháza) továbbá egy országos jellegű gyógyfürdő és rehabilitációs kórház (Hévízi Szent András Gyógyfürdő és Rehabilitációs Kórház), illetve az Országos Reumatológia és Fizioterápiás Intézet is. Különböző progresszivitási szintű, az ország különböző területein működő rehabilitációs

osztályok részlegén kezelt adatait vizsgáltuk. A vizsgálatot az illetékes Etikai Bizottság engedélyezte.

Adatvételt a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórházban, a Nyíregyházi Jósa András Szabolcs-Szatmár- Bereg Megyei Kórház Reumatológiai Rehabilitációs részlegén, illetve az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet és a Hévízi Szent András Gyógyfürdő és Rehabilitációs Kórház reumatológiai rehabilitációs osztályain kezelt betegeknél – egyenként 256, összesen 1024 rehabilitálandó személy – végeztünk. Az osztályokat úgy választottuk, hogy a mintában mind az országos intézet, országos jellegű gyógyfürdő intézmény; mind dunántúli, illetve tiszántúli megyei rehabilitációs egység betegeinek adatai szerepeljenek. A felmérés 2009. év március elejétől július végéig tartott – párhuzamosan azonos időben, az orvosi diagnózisainak megfelelően történt a betegek kiválasztása.

A kezelt adatainak felmérésére kérdőívet állítottunk össze, amelyet a kezelt név nélkül, anonimitásuk szigorú betartásával, beleegyező nyilatkozatuk elnyerése után töltöttek ki. A kezelt megtagadhatták a kérdőív vagy egyes kérdések megválaszolását. A vizsgált osztályokon 300 db kérdőívet osztottunk ki válogatás nélkül, megfelelő felvilágosítást követően az éppen ott gyógykezelték között. Minden vizsgált beteg külön-külön iratgyűjtőben kapta kezébe a 3 db kérdőívet, sorszámmal ellátva.

Az életminőség felmérésére a magyar validált SF-36 kérdőívet [2], a kezelt depressziós megállapítására a Beck-skálát [3], illetve annak magyar validált változatát alkalmaztuk [4]. A statisztikai elemzésre a MedCalc statisztikai programcsomagot használtuk.

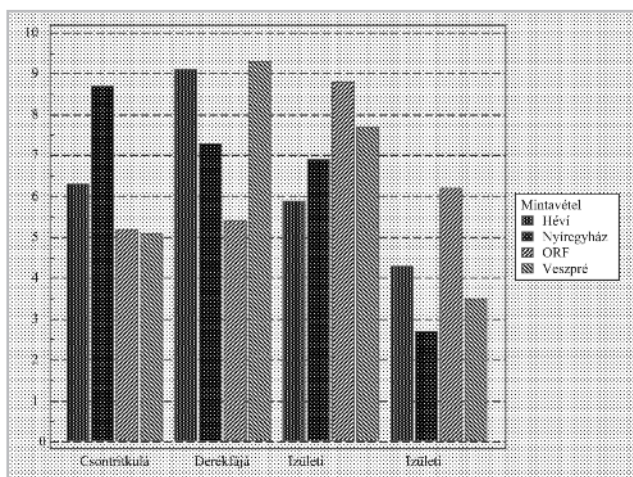
A normalitás ellenőrzésére a Kolmogorov – Szmirnov próbát, a különböző vizsgálatokban szükség szerint az F-próbát, a t-próbát, a Welch-próbát, a Kruskal-Wallis próbát, a khi-négyzet próbát, a Mann-Whitney próbát és az egymintás t-próbát használtuk.

**EREDMÉNYEK**

Vizsgáltuk, van-e különbség az országos illetve megyei intézmények betegeinek adatai között.

A rehabilitációs osztályokon kezelt derékfájásban (BNO: M50-M51), oszteoporózisban (BNO: M80-81), artrózisban (BNO: M15-M19), illetve reumatoid artritiszben (BNO: M.05-M06) szenvedtek. Megoszlásukat az 1. táblázatban illetve az 1. ábrán mutatjuk be. A diagnosztikus megoszlás tekintetében az egyes fekvőbeteg gyógyintézetek re-

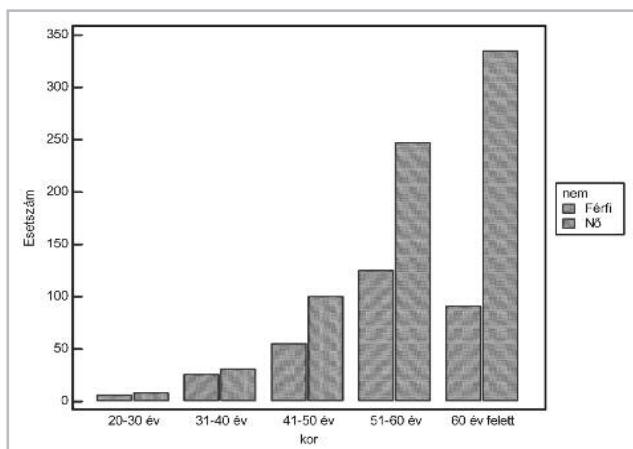
habilitációs osztályain kezelték között rendben volt szignifikáns különbség.



1. ábra  
Az egyes betegcsoportok megoszlása a mintavétel helye szerint

**NEM ÉS KOR SZERINTI MEGOSZLÁS**

A kezelt több mint 70,4% nő volt. A kezelt nem és kor szerinti megoszlását a 2. ábra mutatja be, ami valószínűsíthetően annak az eredménye, hogy a nők szívesebben járnak orvoshoz, többet foglalkoznak az egészségükkel. A kezelt részarányának a megoszlását a felmérésben részt vettek eredményeiből tudjuk.



2. ábra  
A különböző fekvőbeteg gyógyintézetek reumatológiai rehabilitációs osztályain, illetve részlegein kezelték kor és nem szerinti megoszlása

Város	Csontrétkútja	Derékfájás	Izületi gyulladás	Izületi kopás	
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

1. táblázat  
Az egyes betegcsoportok megoszlása a mintavétel helye szerint

Meglepő, hogy a 20-40 év közötti rehabilitáltak száma mindössze 7%, de a 41-50 évesek aránya is csak 15,1%, míg 41,6%-uk 60 éven felüli. Az 51-60 éves férfiak többen voltak (n=125) mint a 60 éven felüliek (n=91). Nők közül az 51-60 évesek száma 372, a 60 éven felülieké 426 volt. Leggyengébbnek találtuk a kor szerinti megoszlást Nyíregyházán. Itt kezelték a legtöbb 20-30 éveset és a legkevesebb 60 éven felülit. A legtöbb 60 éven felülit illetve a legkevesebb 20-40 év közöttit Hévízen kezelték (2. táblázat).

Életkor	Mintavételi hely				
	HÉVÍZ	NYIREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	
20-30 ÉV	2	6	5	1	14 ( 1.4%)
31-40 ÉV	7	21	17	12	57 ( 5.6%)
41-50 ÉV	27	58	35	35	155 (15.1%)
51-60 ÉV	94	95	93	90	372 (36.3%)
60 ÉV FELETT	126	76	106	118	426 (41.6%)
	256 (25.0%)	256 (25.0%)	256 (25.0%)	256 (25.0%)	1024

**2. táblázat**  
A vizsgáltak kor szerinti megoszlása a különböző mintavételi helyeken

**LAKHELY SZERINTI MEGOSZLÁS**

A rehabilitálandók közül 65,6% városban, ezen belül 21,7% a fővárosban él (3. táblázat). Az általános populációs adatokhoz képest a városban élők túlerepresentáltak.

Lakhely típusa	HÉVÍZ	NYIREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	
FALU	75	78	86	130	369 (36.3%)
FŐVÁROS	39	5	89	2	135 (13.3%)
TANYA	7	21	4	4	36 (3.5%)
VÁROS	133	151	76	117	477 (46.9%)
	254 (24.98%)	255 (25.07%)	255 (25.07%)	253 (24.88%)	1017

**3. táblázat**  
A kezeltek lakóhely szerinti megoszlása a különböző mintavételi helyeken

**EGY FŐRE JUTÓ JÖVEDELEM A CSALÁDBAN**

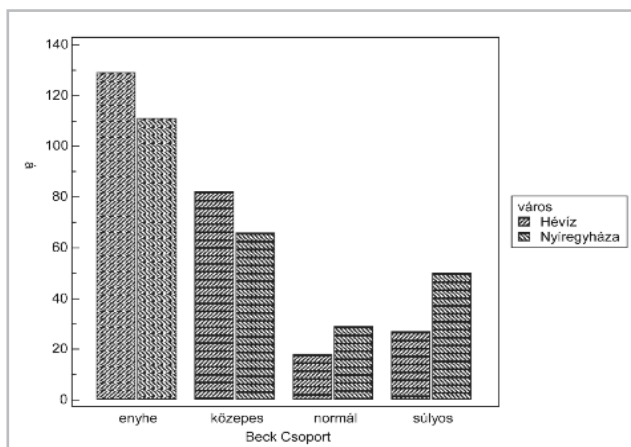
A rehabilitálandók egy fogyasztási egységre jutó családi jövedelmét a 4. táblázat mutatja be. Nyíregyházán kezelték a legkevesebb 100 000 Ft/hó családi jövedelemből élő beteget, míg a legtöbbet Hévízen. A Hévízen és Veszprémben kezelték családi jövedelme között nem volt különbség de a Hévízen kezelték családi jövedelme szignifikánsan magasabb volt, mint az ORFI-ban kezeltéké (p=0,0138) és a Nyíregyházán kezeltéké szignifikánsan alacsonyabb volt, mint akár az ORFI-ban (p=0,0083) , a Veszprémben és Hévízen kezeltéké ( p <0,0001)

Jövedelem	Mintavételi hely				
	HÉVÍZ	NYIREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	
20E FT ALATT	10	15	15	8	48( 4.8%)
21E-30E FT	17	28	25	11	81( 8.0%)
31E-40E FT	28	50	30	27	135(13.4%)
41E-60E FT	70	93	79	105	347(34.4%)
61E-100EFT	89	52	69	75	285(28.2%)
100E FT FELETT	41	17	30	26	114(11.3%)
	255 (25.2%)	255 (25.2%)	248 (24.6%)	252 (25.0%)	1010

**4. táblázat**  
A kezeltek havi családi jövedelmeinek megoszlása a mintavételi helyek szerint

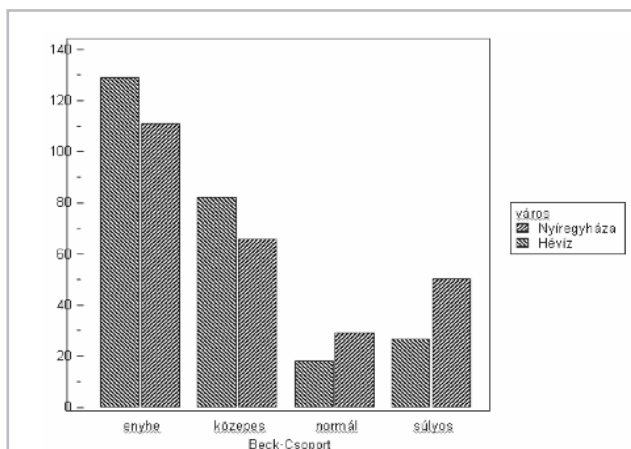
**A KEZELTEK DEPRESSZIÓJA A BECK SKÁLA ALAPJÁN**

A kezeltek 15,4%-ának nem volt depressziója, 44%-nak enyhe, 25,3%-uknak közepes, 15,2%-uknak súlyos depressziója volt (3. ábra).



**3. ábra**  
A depressziósok súlyossága a Beck skála alapján

Nem találtunk összefüggést a Beck skála eredménye, az életkor, és a jövedelmi viszonyok, illetve a segítségre szorulás között. Depresszió tekintetében nem volt különbség az ORFI-ban illetve Veszprémben kezelték között. A többi vizsgált hely közötti összehasonlításban szignifikáns volt a különbség (4. ábra). Enyhe és közepes depresszióban szenvedőből Hévízen volt a legtöbb, itt volt a legkevesebb normál illetve súlyos depresszióban szenvedő, mely valószínűsíthetően előrehaladott biológiai életkorukkal, illetve a jobb anyagi körülményekkel is összefügg (5. táblázat).



**4. ábra**  
A depresszió fokának megoszlása a Nyíregyházán és Hévízen kezeltékénél a Beck skála alapján

A legtöbb súlyos depresszióban szenvedőt Nyíregyházán találtuk.

Depresszió foka	Mintavétel helye				
	HÉVÍZ	NYIREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	
ENYHE	129	111	100	111	451 (44.0%)
KÖZEPES	82	66	64	47	259 (25.3%)
NORMÁL	18	29	58	53	158 (15.4%)
SÚLYOS	27	50	34	45	156 (15.2%)
	256 (25.0%)	256 (25.0%)	256 (25.0%)	256 (25.0%)	1024

**5. táblázat**  
A depresszió fokának megoszlása a mintavétel helye szerint

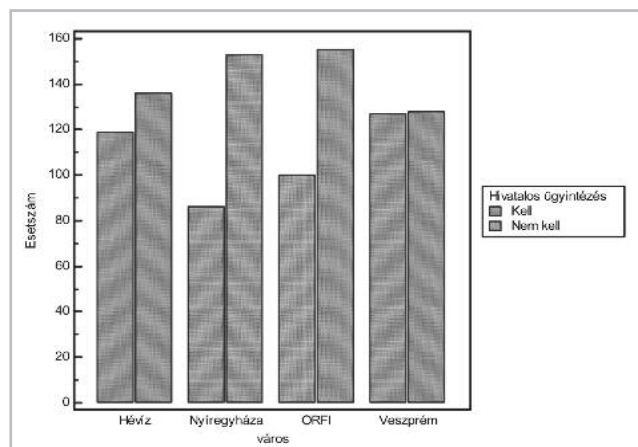
A vizsgálati helyek megyéinek, illetve a budapesti valamint országos átlagértékeket a 6. táblázatban mutatjuk be [5].

Depresszió foka	Mintavétel helye				
	HÉVÍZ	NYÍREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	
ENYHE	129	111	100	111	451 (44.0%)
KÖZEPES	82	86	64	47	259 (25.3%)
NORMÁL	18	29	58	53	158 (15.4%)
SÚLYOS	27	50	34	45	156 (15.2%)
	256 (25.0%)	256 (25.0%)	256 (25.0%)	256 (25.0%)	1024

6. táblázat  
Közepes és súlyos depresszió előfordulása az átlagnépességben a különböző vizsgálati helyeken

### SEGÍTSÉG IGÉNYLÉS

Hivatalos ügyintézésben a kezelték 43%-a igényelt segítséget. A mintavételi helyek közül kiemelkedett Nyíregyháza; itt a 256 rehabilitálandó közül 175-en szorultak segítség-saját megítélésük szerint (5. ábra).



5. ábra  
A hivatalos ügyintézésben segítséget igénylők megoszlása a mintavétel helye szerint

Megelőzésről, egészséges életvitelről Nyíregyházán (n=142) és Veszprém (n=136) igényelték volna legtöbben tájékoztatást, míg az ORFI-ban: csak 107-en, Hévízen 120-an. Az ORFI és Nyíregyháza (p=0,0084) valamint az ORFI és Veszprém (p=0,01) igénye között szignifikáns volt a különbség, míg a többi intézmény összehasonlításában nem. Gyógyászati segédeszközöket a kezelték 34,6%-a igényelt. Nyíregyházán 97-en, Veszprém (n=91) az ORFI-ban 90-en, míg Hévízen csak 69-en, szignifikánsan kevesebben mint a másik három vizsgálati helyen (p=0,0117; p=0,0221; p=0,03). Pénzügyi segítséget a vá-

Tájékoztatás	Mintavételi hely				
	HÉVÍZ	NYÍREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM	
KELL	156	177	161	175	669 (66.6%)
NEM KELL	99	79	86	71	335 (33.4%)
	255 (25.4%)	256 (25.5%)	247 (24.6%)	246 (24.5%)	1004

7. táblázat  
Az igénylők tájékoztatása az igénybe vehető pénzügyi ellátásokról

laszadók 66,6%-a igényelt, de a mintavételi helyek között nem volt szignifikáns különbség (7. táblázat).

Pszichológiai segítséget a rehabilitálandók 24,3%-a igényelt. Nyíregyházán szignifikánsan többen, mint a másik 3 mintavételi helyen (Hévíz:p=0,0011; ORFI:p=0,0003; Veszprém: p=0,0228) míg ez utóbbiak között nem volt szignifikáns különbség. Házi beteggondozást a betegek mindössze 12,7%-a igényelt: Nyíregyházán 25-en, az ORFI-ban 26-an, Veszprém (n=30)-an. Viszont Hévízen 46-an, vagyis Hévízen szignifikánsan többen mint Nyíregyházán (p=0,01) az ORFI-ban (p=0,023).

A segítséget igénylők összességében a Nyíregyházi Józsa András Kórház Reumatológiai Osztály Rehabilitációs Részlegén kezelt betegek között voltak szignifikánsan többen.

### A REHABILITÁCIÓBAN RÉSZESÜLŐK ÉLETMINŐSÉGE

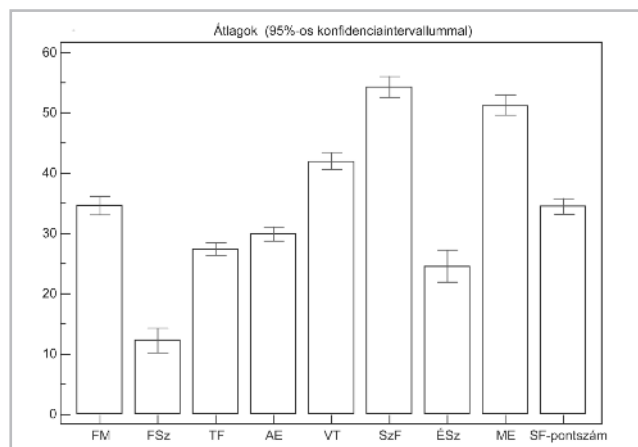
Az életminőséget mérő SF-36 generikus vizsgálati skálát 863 beteg töltötte ki. Nyíregyházán 236-an, Veszprém (n=204)-en, az ORFI-ban 206-an, Hévízen 217-en. Az SF-36-tal széleskörűen foglalkoznak a nemzetközi kutatásokban. A skála generikus volta azt jelenti, hogy segítségével különböző egészségi állapotok terhe hasonlítható össze.

Az SF-36-at nemzetközileg többször validálták, mind használhatósági, mind nyelvi szempontból. A magyar nyelvi validációt Czibalmos és munkatársai végezték [2]. A 36 kérdés a vizsgált személy fizikai működése fokára, szerepvállalásra, testi fájdalmára, általános egészségi állapotára, vitalitására, szociális funkcióképességére, érzelmi szerepére és mentális egészségére vonatkozik. Az egyes egészségtartományokban e kérdések maximálisan 100 ponttal pontozhatók, így 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 [2] 90 és 70 között mozognak, legmagasabbak a fizikai működés (90) legalacsonyabbak az általános egészség (70) átlagai. Saját anyagunkban a szociális funkció tartományban kaptuk a legmagasabb pontszámot (65) míg a legalacsonyabbat a fizikai szerepvállalásban (27). Az összesített SF pontszám 35-nek adódott, ami alacsony életminőséget jelent (6. ábra).

A vizsgáltak nem szerinti megoszlása szerint a nők életminősége csaknem minden tartományban alacsonyabb (7. ábra).

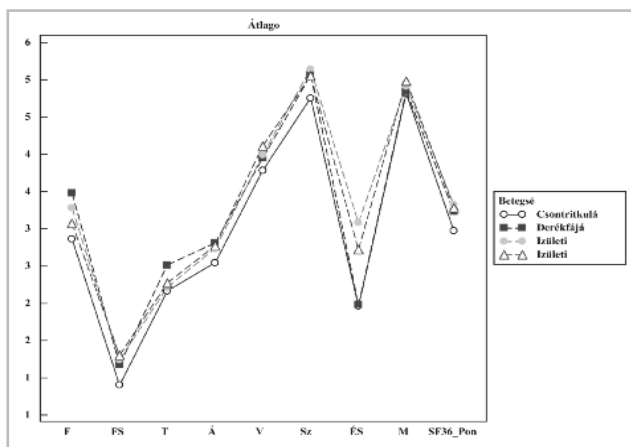
Az 51 éven felüliek életminősége szintén minden tartományban rosszabb, mint a fiataloké, ami persze nem meglepő (8. ábra).

A különböző betegségek közül az osteoporózisban szenvedők életminősége a legalacsonyabb (9. ábra).



**6. ábra**  
Az SF-36 generikus életminőség kérdései egyes tartományainak összesített pontszáma a vizsgált személyek esetében

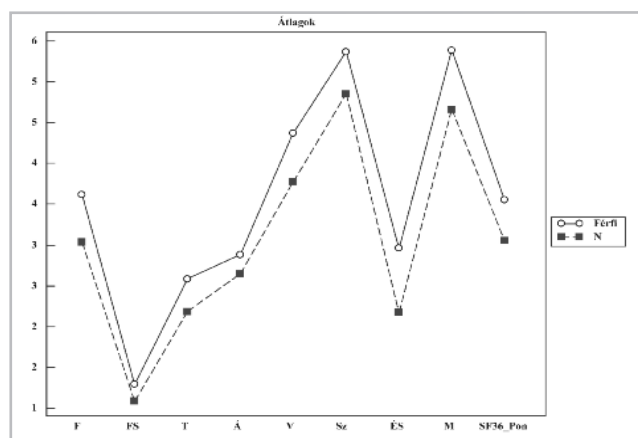
**Jelmagyarázat:** FM: fizikai működés  
FSz: fizikai szerep  
TF: testi fájdalom  
AE: általános egészség  
VT: vitalitás  
SzF: szociális funkció  
ÉSz: érzelmi szerep  
ME: mentális egészség  
SF36\_pont: összpontszám



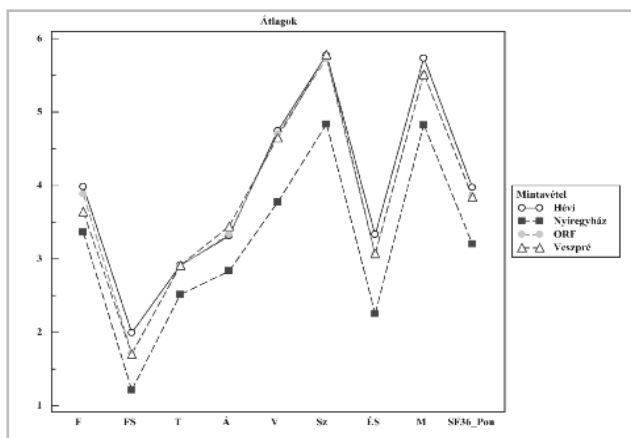
**9. ábra**  
SF-36 egyes tartományában mért pontértékek különböző betegségekben

A vizsgálati helyek közül a Nyíregyházán kezelték életminősége minden tartományban és az összesített arány-számban is szignifikánsan alacsonyabb volt (10. ábra). Konfidencia intervallum vizsgálatot is végeztünk.

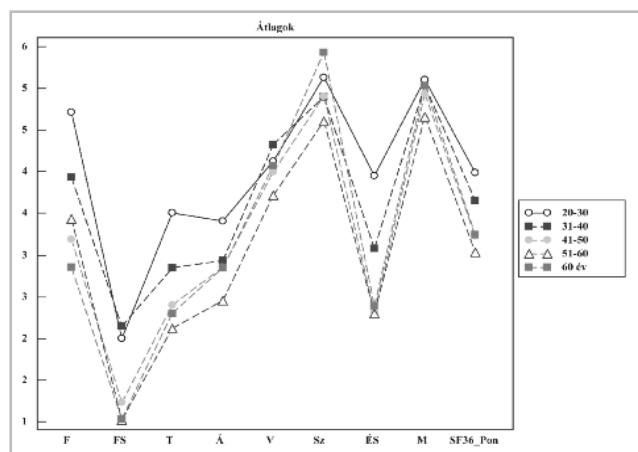
Példaként az ORFI- ban és Nyíregyházán kezelt betegek SF-36 össz pontszámát mutatjuk be (11. ábra).



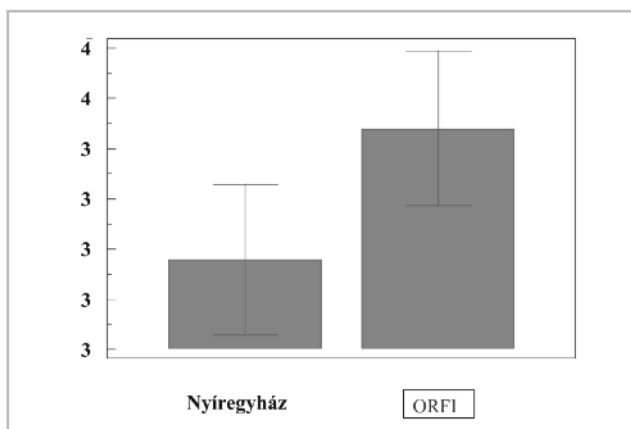
**7. ábra**  
Férfiak és nők életminőség adatai a különböző tartományban



**10. ábra**  
SF-36 egyes tartományainak pontszámai a mintavételi helyek szerinti felbontásban

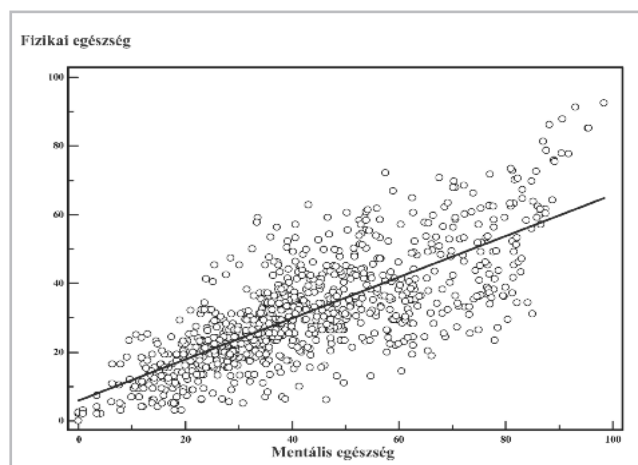


**8. ábra**  
Az SF-36 különböző tartományában mért pontszámok a különböző korú vizsgálatban



**11. ábra**  
SF-36 pontszám (és konfidenciaintervalluma) Nyíregyházán és az ORFI-ban  
A szignifikancia szint:  $p < 0.0001$ .

Az SF-36 a fizikális és mentális egészségek között szignifikáns kapcsolatot találtunk (12. ábra).



**12. ábra**  
A fizikális és mentális egészség lineáris regressziója. A fizikális és mentális egészség jól korrelál a vizsgált betegségekben

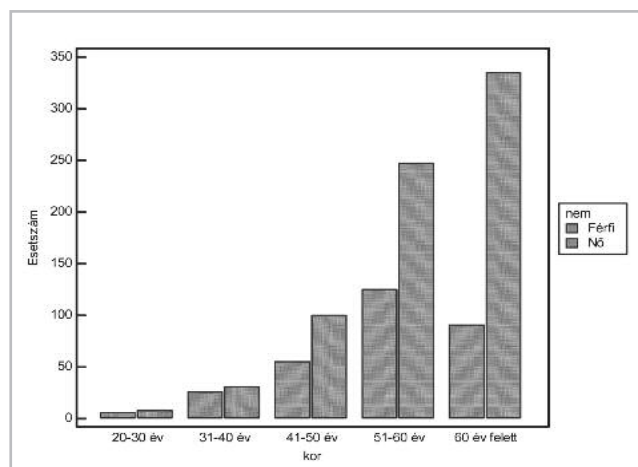
Nem találtunk viszont összefüggést a Beck-skála értékek és az SF-36 össz pontszám között.

**KÖVETKEZTETÉSEK**

A szerzők elsőként dolgoztak fel mozgásszervi betegek orvosi rehabilitációjával foglalkozó osztályok/részlegek beteganyagának demográfiai és szociális jellemzőit, depressziójuk mértékét Beck-skála és életminőségüket SF-36 generikus életminőség kérdőív segítségével.

A betegek több, mint 70%-a nő volt; bár tény, hogy a nők többet törődnek egészségükkel, keményebben harcolnak egészségük helyreállításáért, ezt az eredményt mégis túlzottnak tartjuk.

Meglepő, hogy a kezelték közül mindössze 7% volt 20-40 év közötti, és 15,1% 40-50 közötti; 41,6%-uk 60 éven felüli volt (13. ábra).



**13. ábra**  
A különböző fekvőbeteg gyógyintézetek reumatológia rehabilitációs osztályain, illetve részlegein kezelték kor és nem szerinti megoszlása

A reumatológiai betegségek közül a derékfájás és a gyulladásos reumatológiai betegségek az 50 éven aluli korosztályt is jelentős mértékben érintik, sőt ebben az életkorban szekunder artrózis okozta fogyatékoság sem ritka. Leggyenletesebbnek a kor szerinti megoszlást Nyíregyházán találtuk. A legtöbb 60 éven felülit és a legkevesebb 20-40 év közöttit Hévízen kezelték. Ennek oka a várólista hosszúsága is lehet, így Hévízen és Nyíregyházán is. Valószínűleg jobb anyagi körülmények közt élnek, és az időskorban nincs egzisztenciális félelem. Nyilvánvaló, hogy a munkába visszaállni szándékozók nem vállalják a hosszú várólistát. A Beck-skála alapján a kezelték 30,6%-a szenvedett közepes vagy súlyos depresszióban, a hazai átlagnépesség 16,8%-os eredményével szemben [4]. Ez csaknem kétszeres, vagyis rendkívül nagy különbség akkor is, ha tudjuk, hogy a reumatooid artritiszben és krónikus derékfájásban szenvedők között a depresszió aránya magas, és tudjuk, hogy a Beck-skála önmagában nem elegendő depresszió diagnózis megállapításához, bár komoly mértékben alátámaszthatja azt.

A depresszió magas aránya gyakorlati problémára is rámutat: sem rehabilitációs szakorvos, sem reumatológus nem rendelhet kiemelt társadalombiztosítási támogatással antidepresszánsokat. E betegek jó része nem hajlandó pszichiáterhez vagy neurológushoz elmenni, s így depressziójuk miatt sokszor nem részesülnek antidepresszáns kezelésben. A legtöbb súlyos depresszióban szenvedőt Nyíregyházán találtuk, de országosan is több itt a depressziós (18,1%) mint Budapesten (16%) Veszprém (14,4%) vagy Zala megyében (15,2%).

A vizsgáltak segítség-szükséglete magas. A nem megfelelő beteg felvilágosításra mutat rá, hogy az 1024 vizsgált személyből 505-en igényeltek volna tájékoztatást a megelőzésről, egészséges életvitelről, 34,6% igényelt gyógyászati segédeszközt, 24,3% pszichológiai segítséget, de csak 12,7% házi ápolást. Ezek a számok mutatják, hogy a rehabilitálandók segédeszköz ellátása, pszichológiai gondozása nem elégséges, annak dacára, hogy túlnyomórészt valószínűleg krónikus betegekről volt szó, amit segédeszköz ellátással korábban meg lehetett volna oldani.

Az, hogy a betegek 66,6%-a igényelt anyagi segítséget, az alacsony családi jövedelműek mellett nem meglepő, mint ahogy az sem, hogy a legalacsonyabbak a családi jövedelmek Nyíregyházán, míg a legmagasabbak Hévízen voltak. A betegek igen magas, 43%-ban igényeltek segítséget ügyeik intézésében.

Nem meglepő, hogy az orvosi rehabilitációra szoruló életminősége kevesebb mint a fele az országos átlagnak, de a 60 éven felüli egészségesek arányos átlagánál is szignifikánsan rosszabb [2].

Érdekes, hogy vizsgálatunkban is a rehabilitációra szoruló nők életminősége volt alacsonyabb, akárcsak az egészségesek között. A vizsgálati helyek között a Nyíregyházán kezelték életminősége volt szignifikánsan a legrosszabb.

A jövedelmi viszonyok, a depresszió előfordulásának magasabb százaléka mellett ez is mutatja a területnek az országoshoz képest való elmaradottságát.

Érthető, hogy az oszteoporózisban szenvedőknek legalacsonyabb az életminőségük; ezt koruk és fogyatékoságuk valószínű foka, és multimorbiditásuk egyaránt magyarázhatja, bár nem tudjuk, hogy az oszteoporózisos betegek közül hányan szenvedtek csípőtáji illetve hányan csigolyatörést.

Szignifikáns korrelációt találtunk a fizikális és mentális egészséget reprezentáló SF-36 tartományok között, de a Beck-skála és az SF-36 össz pontszám között nem. Az 51 éven felüliek életminősége vizsgálatunkban minden paraméterében alacsonyabbnak bizonyult, mint az 51 éven aluliaké, ez azonban egészségesek között is így van.

## TEENDŐK ÉS JAVASLATOK

Eredményeink azt mutatják, hogy a reumatológiai betegségekben szenvedők és rehabilitációra szorulóknak szükségleteit, életminőségét tovább kell vizsgálnunk. Fontos lenne kenyérkereső munkában való részvételüket, illetve ennek lehetőségeit felmérni, hisz a munkába való visszaállás anyagi

helyzetüket, önértékelésüket egyaránt javítja, depressziójukat csökkenti. A betegek felvilágosítása, oktatása hatékonyan növeli a beteg együttműködését, sőt csökkenti a fájdalmát és a szükséges fájdalomcsillapító mennyiségét. A beteg felvilágosítás, tájékoztatás módszereit a rehabilitációs team minden tagjának ismerni és alkalmaznia kell; erre a team tagokat meg kell tanítani.

Az oszteoporózisban szenvedők életminőségén jelentősen javítani lehetne megfelelő törésmegelőzéssel, korai diagnózison alapuló hazai kezeléssel. Ma hazánkban a 900 000 oszteoporózisos betegből alig 100 000 részesül kezelésben. Nem meglepő, hogy a nyíregyházi betegek állapota, helyzetük a legrosszabb. A keleti országrészben főleg Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében még fokozottabban kell törekedni a szóban forgó betegségek korai felmérésén a hazai megfelelő kezelésre, mivel a kialakuló fogyatékoság megelőzhető. A szociális helyzet jelentős javítására jelenleg nincs sok lehetőség.

## IRODALOMJEGYZÉK

- [1] OEP-2007. év fekvőbeteg ellátási statisztika  
 [2] Czibalmos Ágnes- Nagy Zsolt- Varga Zoltán- Huszlik Péter: Páciens megelégedettségi vizsgálat SF- 36 kérdőívvel, A magyarországi normálértékek meghatározása, Népegészségügy, 1999.1. szám  
 [3] Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M.,Mock, J., &Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression, Archives of General Psychiatry, 4, 561-571  
 [4] Rózsa S., Szadóczky E., Füredi J.: A Beck Depresszió kérdőív változatának jellemzői a haza mintán, Psychiatria Hungarica, 2001, 16(4), 379-397.  
 [5] Hungarostudy 2006 adatbázis

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Sallai Julianna Rozália** 1992-ben szerzett mentálhigiénés szakon a SOTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Mentálhigiénés osztályán másoddiplomát, 2003-ban az ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógyypedagógiai főiskolán általános szociális munkás főiskolai diplomát, 2007-ben az ELTE Társadalomtudományi Karon szociálpolitikus egyetemi diplomát. Fő érdeklődési területe a megváltozott munka-

**Dr. Hunka Aniella** diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán (1980) szerezte. Szakvizsgái: reumatológia és fizioterápia (1992). 1985. óta az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Inté-

képességű, krónikus mozgásszervi betegek reintegrációjának elősegítése. Munkahelye: Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet (ORFI).

2008 decemberében, befogadást nyert a SOTE Népegészségügyi tanszéken kutatási tervezete. Témája „A krónikus mozgásszervi betegek életminősége és szociális környezete”. Témavezető konzulense: Prof. Dr. Domján Gyula tanszékvezető egyetemi tanár. A közlemény tartalma: doktori értekezésének kutatási részeredménye.

zetben dolgozik. 1997-től módszertani, minőségbiztosítási valamint kontrolling feladatokkal foglalkozik. 2001-2002. Kontrolling Akadémiát végez, majd a Módszertani és Minőségbiztosítási Osztályon dolgozik vezető helyettesként.



**Dr. Ratkó István** 1966-ban végzett az ELTE természettudományi karán. Egyetemi doktor, a matematikai tudomány kandidátusa (CsC), a Magyar Mérnökakadémia Alapító tagja. A hetvenes évek közepétől foglalkozik a ma-

tematika különböző fejezeteinek orvosi és biológiai alkalmazásaival. Több mint 100 cikke jelent meg magyar és nemzetközi folyóiratokban, konferencia-kiadványokban (egyezői szerzőként, vagy társszerzőként; magyarul, angolul, németül, franciául, oroszul és eszperantóul).



**Dr. Nagy Zsolt** 1981-ben végzett a DOTE-n. Ezt követően belgyógyászati osztályon, majd vidéki háziorvosi körzetben dolgozott. 1991-től Budapesten a II. kerületben háziorvos. Az Országos Háziorvosi Intézet Oktatási-, Informatikai- és Kutatási Osztály vezetője az intézet megalakulásától megszűnéséig.

Az SF-36 kérdőív honosításában, a hazai normák reprezentatív, országos felmérésében, a feldolgozás informatikai háttérének kialakításában és az eredmények publikálásában vesz részt. Az SF-36 nemzetközileg elismert kérdőív, mely a saját egészségi állapotról alkotott véleményt méri. Alkalmasság az egészségi állapot, gyógyító beavatkozások, protokollok, illetve ellátóhelyek összehasonlítására a beteg értékelésének standardizált mérésével, elemzésével.



**Dr. Czibalmos Ágnes** Gyermekorvos és pszichológus Hungaroprax NC Kft. 1981-ben végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen, pszichológus diplomáját 1987-ben szerezte az ELTE-n. Gyakorló orvosként, majd a felsőoktatásban és a közigazgatásban dolgozott. 15 éve foglalkozik életminőség vizsgálatokkal. Részt vett az SF-36 magyaror-

szági validálásában és több kapcsolódó kutatásban, a gyermekek és serdülők életminőségét mérő, az Európai Unió által finanszírozott KIDSCREEN kérdőív család kifejlesztésében. Az elmúlt években a daganatos betegek életminőségének vizsgálatával foglalkozott. Tagja az EORTC (Európai Szervezet a Rák Kutatásért és Gyógyításért) Életminőség munkacsoportjának és a European Journal of Cancer Care c. szaklap szerkesztő bizottságának.



**Dr. Héjj Gábor** diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán (1974) szerezte. Szakvizsgái: igazságügyi orvostan (1978), reumatológia és fizioterápia (1984), egészségbiztosítás (2005). 1974-től 1980-ig a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Igazságügyi Orvostani Intézetében dolgozott, majd

zetben dolgozik. 2002-től a Módszertani és Minőségbiztosítási Osztály vezetője, 2009-től mb. főigazgató-helyettes. 2004-től ÁNTSZ budapesti reumatológiai szakfelügyelői főorvos, 2005-től OSZMK országos reumatológia és fizioterápiás szakfelügyelő főorvos, a Szakmai Kollégium állandó meghívott, majd 2009-től állandó tagja. Eseti igazságügyi, orvosszakértői tevékenysége mellett 1993-tól a Generali-Providencia zRt. orvosszakértője. 2000-től a Csont és Izület Alapítvány kuratóriumának tagja.

1980. óta az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Inté-



**Dr. Bálint Géza** a Szegedi majd a Budapesti Orvostudományi Egyetemen tanult, orvossá 1960-ban avatták, „Summa cum laude” minősítéssel. 1960 óta az ORFI-ban dolgozik reumatológusként. 1964-ben szerzett szakképesítést reumatológiából. 1971-től az OTKI Reumatológiai Tanszék megalakulásától Borszóky Sándor professzor helyettese,

1994-ben megszervezte az Országos Osteoporosis Hálózatot. 2000 január 14-e óta a Csont és Izület Évtizede Hazai Koordinátora. A Magyar Reumatológusok Egyesülete, a Magyar Osteoporosis és Osteoarthrológiai Társaság, a Magyar Gerincgyógyászati Társaság alapító tagja, vezetőségi tagja a Magyar Rehabilitációs Társaságnak és a Magyar Balneológiai Egyesületnek. A Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium tagja, 1991-2000 elnöke. 1982-2004 tagja a Rehabilitációs Szakmai Kollégiumnak. Tagja a British Society of Rheumatology-nak, a brit Royal Society Fellow-ja (FRCP) Tiszteletbeli tagja a cseh Purkinje Társaságnak, és a Szlovák Reumatológusok Egyesületének. A Belák Sándor, Farkas Károly, Batthyány Strattman, Polgár Ferenc és a Köztársasági Elnök Arany emlékérmek tulajdonosa. Bayer és Markusovszky díjat nyert, és Kiváló Orvos kitüntetést és Miniszteri Dicséretet is kapott. 1996-ban az MTA doktora címet nyerte el. Az MTA Prevenációs Bizottságának tagja.

együtt szervezték meg a reumatológia és fizioterápia posztgraduális oktatását. 1976-81 az ORFI Fizioterápiás Osztály vezetője. 1977-78 Glasgow-ban dolgozott ösztöndíjasként. 1978-2005 az ORFI reumatológiai osztályának osztályvezetője. 1985-ben Visiting Professor a Hamilton-i (Kanada) McMaster University-n. 1987-ben a HIETE Főiskolai Kara Gyógytornász Szakának tanszékvezető docense, 1995-2005 főiskolai tanár, 1991-2000 az ORFI főigazgató főorvosa.