

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

Doktori tézisek

Sallai Julianna Rozália

Semmelweis Egyetem
Patológia tudományok Doktori Iskola



Doktori Iskola vezetője: Dr. Kovalszky Ilona, Dsc egyetemi tanár
Programvezető: Dr.Domján Gyula fr CSc főiskolai tanár
Konzulens: Dr.Domján Gyula fr CSc főiskolai tanár

Hivatalos bírálók: Dr.Horváth MónikaPhD, főiskolai tanár
Dr.Horváth Szabolcs CSc, főorvos

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Forgács IvánCSc, professzor emeritus

Szigorlati bizottság tagja: Dr. Baji Ildikó PhD főiskolai docens
Dr. Erdősi Erika PhD főiskolai docens

Budapest
2016

Bevezetés

A fogyatékos személyek számára, függetlenül a fogyatékoságuk eredetétől, jellegétől, fokától, a lehető legteljesebb beilleszkedést kell lehetővé tenni, ezzel elősegítve a társadalomba való integrálódást, a személyes kiteljesedést és érvényesülést.

Az EU alapelvek, - pl. az Európa Tanács határozatai – mind abba az irányban hatnak, hogy javítsák a fogyatékos emberek és családtagjaik életminőségét, elősegítsék a társadalmi életben való aktív részvételüket. Az ilyen irányú intézkedéseknek gerincét képezi az oktatáshoz, a pályaválasztáshoz, a munkalehetőségekhez történő egyenlő hozzájutás lehetőségének biztosítása (1). A társadalmi-gazdasági átalakulás a társadalom egészére nagy terheket ró, de a gyengébb pozícióban lévő csoportokat halmozottan sújtja a szegénység és a társadalmi kirekesztés kockázata.

Magyarország az Európai Unió tagjaként az Európai Közösséget Létrehozó Szerződés 128. cikkelyének 3. bekezdése értelmében köteles évente jelentést készíteni a foglalkoztatáspolitikai intézkedéseiről (2). Magyarország első alkalommal 2004. évben nyújtotta be a Nemzeti Foglalkoztatáspolitikai Akciótervét (3).

A magyar foglalkoztatáspolitikai stratégiája a teljes foglalkoztatás, a munka minőségének javítása és produktivitás növelése, a társadalmi kohézió erősítése és befogadásának elősegítése. Az Akciótervben többek között megfogalmazásra került, hogy a foglalkoztatás bővítésére irányuló intézkedések megvalósítása során kiemelt cél a megváltozott munkaképességű és a fogyatékos emberek, munkaerőpiaci helyzetének javítása, visszatérésük elősegítése a kenyérkereső munkához.

A megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci integrációjának egyik gyakori akadály a piacképes korszerű szaktudás, szakképzettség hiánya. Az elhelyezkedés lehetőségét tovább csökkentik a befogadó oldal hiányosságai is; mint például az akadálymentesítés alacsony szintje, és a munkaadói oldal nem megfelelő fogadókészsége, a részmunka, otthoni munka lehetőségének hiánya. Az előítéletek megléte és a tolerancia hiánya nagyban hozzájárul mindehhez.

A mozgásszervi betegek - köztük a munkaképes korban lévők - számának erőteljes növekedése várható az elkövetkezendő években, hisz ez a szám az elmúlt 20 évben is jelentősen emelkedett részben a népesség elöregedése, részben civilizációs ártalmak következtében (4).

A mozgásszervi betegségek nemcsak az életminőséget rontják igen jelentős mértékben, de halálozásuk is jelentős (5), bár ez a halálozás a halálozási statisztikában sokszor rejtve marad (6-9).

A mozgásszervi betegségek nagymértékben rontják az egészségi állapot meghatározta életminőséget (4-5). Ennek oka, hogy a mozgásszervi betegségek látható, sokszor elkendőzhetetlen károsodást és fogyatékossgot okoznak, sokba kerülnek és ez a társadalmi részvételt nagymértékben gátolják (10-11). Fontos életminőség rontó, funkciót, valamint részvételt befolyásoló összetevője a mozgásszervi betegségeknek a fájdalom (11).

Célkitűzések és hipotézisek:

Magyarország elsőként csatlakozott a Csont és Ízület Évtizede mozgalomhoz (2000-2010 év) (12)., illetve annak meghosszabbításához, a Csont és Ízület Évtizedéhez 2011-2020 is (13).Az Évtized egyik célkitűzése a mozgásszervi betegek rehabilitációjának javítása.

Hazánkban nem készült felmérés arról, hogy reumatológiai rehabilitációs fekvőbeteg gyógyintézetekben milyen korú, nemű, foglalkozású, szociális helyzetű fogyatékkal élő betegek részesülnek orvosi rehabilitációban. 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 4 hazai reumatológiai rehabilitációs fekvőbeteg gyógyintézetben illetve osztályon felmérem a rehabilitációban részesülők

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

Hipotéziseim:

- Úgy gondoltam, a fenti adatok – különösen a betegek szociális helyzete, - életminőségük, pszichés állapotuk igen fontos a betegek orvosi s talán még inkább társadalmi rehabilitációjukhoz. 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.

- Tapasztalataim alapján feltételeztem, hogy az orvosi rehabilitációban részesülők nem tájékozottak megfelelően fogyatékoságukat okozó betegségükről, sem az őket érintő jogszabályokról. Ezért ilyen irányú tájékozottságukat is fel kívántam mérni. A megfelelő tájékozottság saját betegségükről, illetve a rehabilitációban részesülők ismerete az őket érintő jogszabályokról motiváltabbá tenné a betegeket, és hatékonyabbá tenné az orvosi és társadalmi rehabilitációjukat.

Nem lévén orvos, az orvosi kérdések közül csak a legszükségesebb adatokat gyűjtöttem össze a közreműködő orvosok segítségével:

A rehabilitációban részesülők reumatológiai diagnózisát - társuló betegségük diagnózisait - azt, hogy bizonyos a betegségre jellemző műtétek utáni rehabilitációban részesültek-e?

Csak keresztmetszeti vizsgálatra vállalkoztam, így nem tanulmányoztam, az orvosi rehabilitáció orvosi illetve társadalmi hatékonyságát. Felmérésem nem reprezentatív mert ezt az anyagi erőforrások hiánya nem tette lehetővé. Remélem azonban, hogy munkám alapot szolgáltat további vizsgálatokhoz.

Beteganyag:

Négy hazai fekvőbeteg gyógyintézetben kezelt, rheumatoid arthritisben, arthrosisban, derékfájásban és osteoporosisban szenvedő beteg keresztmetszeti vizsgálatát végeztem el.

A négy intézményt úgy választottuk ki, hogy szerepeljen egy-egy nyugat- és kelet-magyarországi (Csolnoky Ferenc Kórház Veszprém, Józsa András Kórház, Nyíregyháza) reumatológiai rehabilitációs osztály vagy részleg, továbbá egy országos jellegű gyógyfürdő és rehabilitációs kórház (Hévízi Szent András Gyógyfürdő és Rehabilitációs Kórház), valamint az Országos Reumatológia és Fizioterápiás Intézet) is.

Valamennyi rehabilitációs osztályon 300 db sorszámozott kérdőívet osztottunk ki, a négy választott betegség miatt az intézményben orvosi rehabilitációban részesülőknek. Adatvételezés 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, (70 ágy), 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) összesen 1024 rehabilitálandó személyen- végeztük. Egy intézményben addig gyűjtöttük az

adatokat, amíg a 256-os betegszámot el nem értük. Arra törekedtünk, hogy minden intézményben azonos számú rehabilitálódó beteget vonjunk be a vizsgálatba, válogatás nélkül. A felmérés 2009. év március elejétől július végéig tartott, kivéve a nyíregyházi Jósa András Szabolcs- Szatmár- Bereg Megyei Kórház Reumatológiai Rehabilitációs Részlegét, ahol a felmérés a kis ágyszám miatt (15 ágy) 2009. év március elejétől október végéig tartott.

Módszerek:

A kezelték adatainak felmérésére kérdőívet állítottunk össze, amelyet a kezelték név nélkül, anonimitásuk szigorú betartásával, beleegyező nyilatkozatuk aláírása után töltöttek ki.

A kérdőív az alábbi témákra vonatkozott:

I. A krónikus mozgásszervi betegek szociális körülményei

A krónikus mozgásszervi betegek szociális körülményeit saját magam által kidolgozott kérdőívvel mértem fel.

A szociális paramétereket (szociális helyzet, területi eloszlás, szocio -demográfiai adatok, regionális- megyei különbségek), a betegek vizsgálati helyek szerinti megoszlását, életkor és nem szerinti megoszlásukat, családi állapotukat, lakáshelyzetüket, korábbi vagy jelen foglalkozásukat, bevételi forrásaikat és legmagasabb iskolai végzettségüket; továbbá az egy főre jutó családi jövedelmüket vizsgáltam.

a.) A betegek társadalmi státusza.

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

- ❖ lakóhely
- ❖ családi állapot
- ❖ lakáshelyzet
- ❖ korábbi vagy jelen munka
- ❖ a családi bevétel milyen forrásból származik
- ❖ iskolai végzettség
- ❖ egy főre eső családi jövedelem/ egy fogyasztási egységre jutó jövedelem

b.) A betegek betegségének adatai

A betegek betegségének adatai közül: a következőkre voltam kíváncsi.

- mióta szenved az adott reumatológiai betegségben?
- a házi orvosánál való jelentkezése után mennyi idővel került szakorvosi

vizsgálatra?

- milyen kísérőbetegségben szenved?
- operálták e térdét, csípőjét vagy gerincét?
- a csípő, térd illetve gerincműtét után mennyi idővel került orvosi rehabilitációra?

c.) A betegek tájékozottságának, felvilágosítottságának mértéke

A betegek felvilágosításának különböző részleteire vonatkozólag hat kérdést tettem 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 gyógytorna kezelés szükségességéről és formájáról?
- az esetleges étrendi változásokról?
- egyéb életviteli változás szükségességéről és formájáról?

d.) A betegek ismerete az igényelhető segítség lehetőségeiről.

Négy kérdést tettem 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?

A betegnek, milyen segítségnyújtásra lenne leginkább szüksége?

Hat kérdést tettem 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

II. A betegek életminőség mérése : SF-36 kérdőív

Az életminőség mérésére az SF-36 generikus skálát alkalmaztuk, melyet az 1024 fős vizsgálati beteg közül 863 fő töltötte ki. A generikus skála segítségével különböző egészségi állapotok terhe hasonlítható össze. Az egyes egészségterületekben e kérdések maximálisan 100 ponttal pontozhatók, s az SF-36 öszpontszáma 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 (14) 90 és 70 között mozognak, legmagasabbak a fizikai működés (90) legalacsonyabbak az általános egészség (70) átlagai.

III: Beck skála kérdőív

A kezelték depressziójának megállapítására a Beck skálát (15) illetve annak validált változatát alkalmaztuk (16). A Beck skála önmagában nem elegendő depresszió diagnózis megállapításához, bár komoly mértékben alátámasztja azt.

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.

Eredmények:

A vizsgált mintavételben szereplő betegek létszáma 1024 fő, melynek betegcsoportonkénti megoszlását a 1. táblázaton mutatom be.

1. táblázat

Az egyes betegcsoportok megoszlása a mintavétel helye szerint

Város	Csontritkulás	Derék-fájás	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%)
--	----------------	-------------	--------------	-------------	---------------

A vizsgált betegek közül 863-an volt azok, akik mindhárom kérdőívet kitöltötték, ezért tudományos megalapozottsága okán az SF-36 életminőségre irányuló kérdőív kitöltését vettük további adatelemzésünk során irányadónak. (2. táblázat)

2. táblázat

Az egyes betegségcsoportok és életkor szerinti megoszlása

Betegség	Életkor				
	20-30 ÉV	31-40 ÉV	41-50 ÉV	51-60 ÉV	60 ÉV FELETT
CSONTRITKULÁS	4	16	30	77	84
DERÉKFÁJÁS	6	17	40	94	110
IZÜLETI GYULLADÁS	0	12	35	90	102
IZÜLETI KOPÁS	2	9	37	51	47
	12 (1.4%)	54 (6.3%)	142 (16.5%)	312 (36.2%)	343 (39.7%)

Diagnosztikus megoszlás:

Diagnosztikus megoszlásban nem volt lényeges különbség az egyes intézmények között. Nem meglepő, hogy derékfájásban szenvedők voltak legtöbben, akiket számban a rheumatoid arthritises betegek követték. A demográfiai adatokban meglepő, hogy a kezelték több mint 70%-a nő, és csak 7.7%-uk 20-40 év közötti.

3. táblázat

A vizsgáltak kor és nem szerinti megoszlása

Nem	Életkor				
	20-30 ÉV	31-40 ÉV	41-50 ÉV	51-60 ÉV	60 ÉV FELETT
FÉRFI	4	25	54	108	70

NŐ	8	29	88	204	273
Összesen	12 (1.4%)	54 (6.3%)	142 (16.5%)	312 (36.2%)	343 (39.7%)

A kezelték több mint 40%-a 60 éven felüli volt, akik esetében foglalkozási rehabilitáció alig jöhetett szóba.

Meglepő, hogy a rehabilitálandók közül csak 7,7%-volt 20-40 év közötti. A rheumatoid arthritis jelentkezése az utóbbi évtizedekben valóban későbbre, az 50 és 60. életév közé tolódott. Az arthrosis és osteoporosis elsősorban 50 éven felüliek betegsége. Derékfájásban azonban nagy számban szenvednek 40 év alattiak.

Mióta szenved reumás panaszoktól? A betegség fennállási ideje.

Az RA-s betegek összesen 239-en voltak, ebből 5 évnél rövidebb ideig tartott betegsége: 146 főnek (60,9%), 5 évnél hosszabb ideig 98 főnek (38,9%).

Az arthrosisos betegek összesen 146-an voltak, ebből 5 éven aluli betegség fennállást: 106 fő (72,58%) jelzett, 5 éven túlit pedig 40 fő (27,39%).

Az osteoporosisos betegek összesen 211-en voltak, ebből 5 évnél rövidebb ideje: 154 fő (72,97%), 5 évnél hosszabb ideje 57 fő (21,1%) volt beteg.

A derékfájós betegek összesen 267-en voltak, ebből 1 éves fennállási időszakot: 51 fő (19,10%). két éves fennállási időszakot 62 fő (23,22%), 2-5 éven aluli fennállási időszakot: 95 fő (35,58%), 5 éven túlit pedig 59 (22,09%) fő jelzett.

A házi orvosánál való jelentkezése után mennyi idővel került szakorvosi vizsgálatra?

A 239 RA-s betegek közül 3 hónap elteltével 25 fő (10,4%); 6 hónap elteltével 34 fő (14,2%); 9 hónap elteltével 48 fő (20,0%), 12 hónap vagy több idő elteltével 132 fő (55,2%) került szakorvosi ellátásra.

Az arthrosisos betegek közül 3 hónap elteltével 29 fő (19,86%); 6 hónap elteltével 35 fő (23,97%); 9 hónap elteltével 27 fő (18,49%), illetve 12 hónap vagy több idő elteltével 55 fő (37,67%) került ellátásra, vagyis összesen a 146 fő.

Az osteoporosisos betegek közül 3 hónap elteltével 39 fő (18,66%); 6 hónap elteltével 46 fő (22,00%), a kilenc hónap elteltével 50 fő (23,92%), valamint 12 hónap vagy több idő elteltével 74 fő (35,40%) került szakorvosi ellátásra, vagyis összesen 209 fő.

A derékfájós betegek közül 3 hónap elteltével 94 fő (35,74%); 6 hónap elteltével 80 fő (30,41%); 9

hónap elteltével 60 fő (22,81%), illetve 12 hónap vagy több idő elteltével 29 fő (11,02%) került ellátásra, vagyis összesen 263 fő.

Milyen kísérőbetegségben szenved?

A leggyakrabban előforduló kísérő betegségeiket az RA-s betegek közül összesen 166-an regisztrálták: magasvérnyomást 37 fő (22,2%), keringési elégtelenséget 15 fő (9,83%), cukorbetegséget 11 fő (6,62%), depressziót és pánikbetegséget 12 fő (7,22%), asthmát 10 fő (6,02%), irritábilis bélszindrómát 10 fő (6,02%), gyomorfekélyt 15 fő (9,03%), osteoporosist 46 fő (27,7%).

Az arthrosisos betegek közül összesen 115-en jelezték a leggyakrabban előforduló kísérő betegségeiket: magasvérnyomást 32 fő (27,8%), keringési elégtelenséget 11 fő (9,56%), cukorbetegséget 11 fő (9,56%), depressziót és pánikbetegséget 10 fő (8,69%), asthmát 10 fő (8,69%), irritábilis bélszindrómát 10 fő (8,69%), gyomorfekélyt 10 fő (8,69%), osteoporosist 11 fő (9,56%).

Az osteoporosisban szenvedő betegek közül összesen 155-en számoltak be a leggyakrabban előforduló kísérő betegségeikről: magasvérnyomást 43 fő (27,74%), keringési elégtelenséget 25 fő (16,12%), cukorbetegséget 26 fő (16,77%), depressziót és pánikbetegséget 16 fő (10,32%), aszthmát 14 fő (9,032%), irritábilis bélszindrómát 15 fő (9,67%); gyomorfekélyt 16 fő (10,32%).

A derékfájós betegek összesen 118-an jegyezték fel leggyakoribb kísérő betegségeiket: magas vérnyomást 24 fő (20,33%), keringési elégtelenséget 9 fő (7,62%), cukorbetegséget 12 fő (10,16%), depresszió és pánikbetegséget 18 fő (15,25%), aszthmát 15 fő (12,71%), irritábilis bélszindrómát 13 fő (11,01%), gyomorfekélyt 15 fő (12,71%), osteoporosist 12 fő (10,16%) jelzett.

Operálták e térdét, csípőjét vagy gerincét?

Az RA-s betegek közül (238 fő) adott választ e kérdésre: Térdműtéten átesettek száma a vizsgálati helyek alapján: Hévízen 7 beteg; Nyíregyházán 5 beteg; az ORFI-ban 11 beteg, Veszprémben 9 beteg. Összesen 32 főnek (13,4%) esett át térdműtéten.

Az arthrosisos betegek (146 fő), közül térd operációra került sor: Hévízen 6 beteg; Nyíregyházán 2 beteg; az ORFI-ban 9 beteg illetve Veszprémben 7 beteg, azaz összesen, 24 (16,4%) beteg.

Az arthrosisos betegek (211 fő) közül csípőműtét történt összesen 24 főnél (11,4%), Hévízen 8 beteg, Nyíregyházán 9 beteg, az ORFI-ban 2 beteg, valamint Veszprémben 5 beteg esetében.

A derékfájós betegek (267 fő), közül gerincműtét történt összesen 57-nél (21,3%). Hévízen 23 betegnél; Nyíregyházán 11 betegnél; az ORFI-ban 8 betegnél, valamint Veszprémben 15 betegnél.

A csípő, térd illetve gerinc műtét után mennyi idővel került sor orvosi rehabilitációra?

Az RA-s betegek közül térd operációra került sor összesen 32 fő esetében. A rehabilitáció 4 héten belül 23-nál (71,8%), illetve 2 hónapon belül 9- nél (28,1%) kezdődött el.

Az arthrosisos betegek közül térd műtéten összesen 24 fő esett át. A rehabilitációra 4 héten belül 19-nél (79,1%), 2 hónapon belül pedig 5-nél (20,8%) került sor.

Az arthrosisos betegek száma, akiknél csípő műtét történt 22 fő. Rehabilitációjuk 4 héten belül 14-nél (63,6%), 2 hónapon belül pedig 8-nál (36,3%) kezdődhetett meg.

Csípőműtéten átesett osteoporosisos betegek száma, összesen 24 fő volt. Náluk a rehabilitáció 4 héten belül 15-nél (62,5%), 2 hónapon belül 9 (37,5%) esetében került sor.

A derékfájós betegek gerinc műtétet követő rehabilitációja: 4 héten belül 35-nél (61,4%), 2 hónapon belül 17-nél (29,8%), míg 3 hónapon belül 5-nél (8,7%) került sor. A gerinc-operáltak száma összesen 57 fő volt.

Életkor szerinti megoszlás, családi állapot, szociális helyzete:

A 41-50 évesek aránya (16,5%-a) kevésnek tűnik, hiszen ez összesen valamivel több, mint 142 beteget jelent. Közülük 35 volt RA-s és 30 osteoporosisos, a többi arthrosisban és derékfájásban szenvedő. Ez azt jelenti, hogy azok közül, akik foglalkozási rehabilitációja a legfontosabb lenne, viszonylag kevesen kerültek reumatológiai rehabilitációs osztályra.

A vizsgált betegek biológiai életkoruknak megfelelően kétszülős család modell továbbra is domináló tényező, melyből a család fontosságára és a hagyomány őrzésére tudok következtetni. A betegek 66%-a valamely családtaggal 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. A rehabilitálandók egy fogyasztási egységre eső családi jövedelme szerint Nyíregyházán kezelték a legkevesebb (100.000 Ft/hó), családi 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) s a Nyíregyházán kezeltéké szignifikánsan alacsonyabb volt, mint az ORFI- ban (p=0,0083) kezelték. A betegek 13,5%-a szegénységi küszöb alatti jövedelem forrással rendelkezik, vagyis mély szegénységben él.

A vizsgált személyek foglalkozás típus szerinti megoszlásban mindössze 28,8%-a válaszolta, hogy aktív kereső, 64,1%-uk inaktív, és csupán 0,7%-a volt gyermekgondozási ellátásban lévő, illetve 1,1% -a iskolás eltartott.

A rehabilitálandók 35,8%-a nehéz fizikai munkát, 22,9%-a könnyű fizikai munkát jelölt meg, vagyis 58,7%-uk fizikai munkát végzett eredetileg. Ebből a derékfájós betegek száma 154 fő, a csontritkulásos betegeké 122 fő volt. Nyíregyháziak közül voltak a legtöbben, akik nehéz fizikai

munkát végeztek.

A betegek 18,7%-a rendelkezett 8 általános iskolai osztálynak megfelelő végzettséggel, 2,3% annál is kevesebbel, 18,8%-nak középiskolai, 17,4%-nak felsőfokú iskolai végzettsége volt. A legtöbb alapfokú iskolázottságú beteget Nyíregyházán találtuk. Az iskolai végzettségre irányuló kérdésre adott válaszokból kitűnik, hogy a nyolcszázhatvanegy főből 181 főnek semmilyen szakképzése nem volt. A kérdőívek kiértékelésénél megnyugtató volt az, hogy teljesen írástudatlan beteggel, nem találkoztam, egyetlen vizsgálati helyről sem kaptam ilyen visszajelzést.

A válaszadók lakáshelyzetének alakulására adott válaszok alapján, nem láttam szükségesnek mélyebb adatelemzéseket; általában komfortos lakásban élnek.

A vizsgált betegek lakóhely szerint: Veszprémben a falun élők kerültek a legtöbben (97-en) rehabilitációra, Hévízen és Nyíregyházán a városlakók, az ORFI-ban a fővárosiak (66) voltak többségben. Tanyán élők messzemenően Nyíregyházán voltak legtöbben, 20-an. Hazánkban a fővárosi- városi és falusi lakosság aránya a 2010-es KSH mérése alapján: 2,27

A rehabilitációban részesülők életminősége.

Saját anyagunkban az SF-36 kérdőív a szociális funkció tartományában kaptuk a legmagasabb pontszámot (65)_míg a legalacsonyabbat a fizikai szerepvállalásban (27). Az összesített SF pontszám 35-nek adódott, ami alacsony életminőséget jelent.

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

Csontritkulásban szenvedők fizikai egészsége szignifikánsan rosszabb, mint a derékfájásban, ízületi gyulladásban, ízületi kopásban szenvedőké. ($p=0,0251<0,05$)

Szignifikáns különbséget találtunk ($p=0,0143<0,05$) a csontritkulásban szenvedő betegek, valamint a derékfájásban illetve rheumatoid arthritisben szenvedő betegek fizikai működése között; osteoporosisos betegek életminősége rosszabb ($p=.0,0023$)

A csontritkulásban valamint a rheumatoid arthritisben szenvedők érzelmi szerepe között, a csontritkulásban szenvedők érzelmi szerepe rosszabb. ($p=0,0021<0,005$).

Felmérésünk szerint a megkérdezettek több mint fele szeretne több felvilágosítást kapni betegségéről, a kezelési lehetőségekről, a megelőzésről, az egészséges életvitelről. A gyógytorna fontosságánál, elérhetőségéről általában megfelelően informáltak a rehabilitációra szorulóknak.

Pénzügyi támogatás lehetőségeiről a betegek közel 4/5-e igényelt információt. Hivatalos ügyintézésben a megkérdezettek 44,9%-a igényelt segítséget. A legtöbb olyan beteget, akiknek családjában az egy fogyasztási egységre eső jövedelem 60.000 Ft illetve 100.000 Ft között volt, Hévízen kezelték.

Pszichológiai segítséget a vizsgáltak 25,0% igényelt, ami a depresszió mértékéhez, illetve az

érzelmi szerep életminőség tartományban talált alacsony pontértékhez képest kevésnek tűnik.

A gyógyászati segédeszközök ellátásában 34,6% igényelne segítséget, s ez azt mutatja, hogy ezeknek a segédeszközökhöz való hozzájutásában is vannak nehézségek. Házi beteggondozást a betegek mindössze 11,4% szeretne.

4. táblázat

A depresszió intézetek szerinti megoszlása

Depresszió foka	Mintavétel helye			
	HÉVÍZ	NYÍREGYHÁZA	ORFI	VESZPRÉM
NORMÁL	18	29	51	44
ENYHE	104	103	82	83
KÖZEPES	71	59	46	40
SÚLYOS	24	45	27	37
Összesen	217 (25.1%)	236 (27.3%)	206 (23.9%)	204 (23.6%)

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 legjobb anyagi körülményekkel is összefügg. A kezelték 16,5%-ának nem volt depressziója, 43,1%-nak enyhe, 25,0%-ának közepes, míg 15,4%-uk súlyos depresszióban szenvedett. Depresszió tekintetében nem volt különbség az ORFI-ban, illetve Veszprémben kezelték között, valamint Nyíregyháza és Veszprém betegek között.

Az eredmények összefoglalása, gyakorlati haszna, új megállapítások:

A krónikus mozgásszervi betegek szociális körülményeinek vizsgálatára, életminőségére SF-36, valamint depressziójának Beck skála kérdőívvel felmérés eredményeinek alapján levont következtetések.

A vizsgált reumatológiai rehabilitációs részlegre, osztályokra, intézményekbe valóban orvosi rehabilitációra szoruló betegek kerültek. SF-36 kérdőívvel mért életminőségük a hazai átlag alig 50%-ának bizonyult. Az életminőség csökkenés a fizikai egészség területén volt a legnagyobb fokú, annak dacára, hogy legnagyobb részük a Beck skála szerint depresszióban is szenvedett.

A betegek kevés kivétellel idejében kerültek szakorvosi ellátásra és rehabilitációra. Javarészüket számos más betegségben is szenvedett, amit rehabilitációjuk során figyelembe kellett venni.

A betegek 24,2 %-a volt csak 50 éves, vagy fiatalabb, 28,8%-uk volt aktív kereső, vagyis a munkaviszonyban levő, 50 évesek száma igen alacsonynak bizonyult.

A rehabilitációban részesülők 70% volt nő, 58,7%-uk eredetileg fizikai munkát végzett. A 863 beteg 18,7%-a 161 fő rendelkezett 8 általános iskolai osztálynak megfelelő végzettséggel, 2,3-a, 20 fő annál is kevesebbel, 181 főnek semmilyen szakképesítése nem volt.

A megkérdezettek több mint fele szeretne több felvilágosítást kapni az egészséges életvitelről, megelőzésről, betegségről és annak kezelési lehetőségeiről.

A pénzügyi támogatások lehetőségeiről a betegek 67,4 %-a igényelt felvilágosítást. Hivatalos ügyintézésben 36,9%, pszichológia terén 25,0%, gyógyászati segédeszköz ellátásban 35,5 %, házi ápolásban 11,4 % igényelt segítséget.

A betegek családjában az egy fogyasztási egységre eső jövedelme szerint Nyíregyházán kezelték a legkevesebb 100.000 Ft/hó család jövedelmű beteget, míg a legtöbbet Hévízen. Család jövedelem 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 ($p<0,0001$) kezeltéké. A betegek 13,5%-a szegénységi küszöb alatti jövedelemforrással rendelkezik.

A legrosszabb életminőségű, legalacsonyabb jövedelmű, legtöbb nehéz fizikai munkás és tanyán élő beteget Nyíregyházán találtam. Ezek között volt a legtöbb 50 év alatti beteg 79 fő: 33,47~33,5%

A vizsgálat gyakorlati haszna:

A vizsgálat révén kaptunk először adatokat arról, hogy az ország különböző területein működő, különböző típusú fekvőbeteg gyógyintézetekben rehabilitált reumatológiai betegek kor-, nem-, és betegség szerinti megoszlásra, szociális helyzetük, életminőségük, információs igényük az egészséges életmódot, betegségüket és annak kezelésén, a pénzügyi támogatás igénybevételét illetően milyen. Először nyertünk adatot arról, hogy milyen támogatásokat igényelnek.

Új megállapítások:

A vizsgált intézményekben, osztályokon illetve részlegeken valóban orvosi rehabilitációra szoruló betegeket rehabilitálnak. Életminőségük a hazai népesség átlag életminőségének felét sem éri el.

Életminőségük a „fizikai egészség” tartományban a legrosszabb, annak dacára, hogy nagyrésztük a Beck skála alapján depressziósnak is bizonyult. A vizsgáltak megfelelő időben kerültek rehabilitációra, de az 50 éven aluliak (21,2%) és a munkaviszonyban lévők aránya (28%) alacsony volt, pedig ezeknek betegek rehabilitációja lenne a legfontosabb társadalmi szempontból.

A betegek több mint fele igényelne több felvilágosítást az egészséges életmódról, betegségről és annak kezelési lehetőségeiről, közel 4/5-e a lehetséges pénzbeli támogatásokról, 36,6%-uk igényelne segítséget az ügyintézésekben, 25%-uk szeretne lelki segítségnyújtást kapni 35,5%

igényelne segítséget gyógyászati segédeszközök megszerzésében és 11,4 % az otthonápolásban. Feltétlenül javítana a betegek helyzetén, ha készülné szakmai ajánlás a reumatológiai rehabilitációban részesülő betegek felvilágosítására és oktatására vonatkozólag.

A felmérés társadalmi előrevivő hatása az lehet, hogy fiatalabb betegek illetve fogyatékosok kerülnek megfelelő időben rehabilitációra, ezért a rehabilitáció hatékonysága és a rehabilitáltak munkába állítása jobb lesz, így többen kerülnek vissza a munka világába.

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 rheumatoid arthritises betegek 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 mozgáásszervi rehabilitációs osztályon kezelték demográfiai és jövedelmi adataik, életminőségük, segítségre szorulásuk mértéke.

IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben: Az EgészségügyiVezetők Szaklapja 9: (9)pp.40-47.(2010)1

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

Porckorongsérvvvel operált betegek posztoperatív állapotának átfogó felmérése.

- A Magyar Reumatológusok Egyesületének Tudományos folyóiratának szaklapjában: 2010. 51;301-305.

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”.

- Az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társaságának folyóiratában: 2013. (23):35-37.

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

- Immunológiai Szemle 2014. (1-2), 25-33.

Péntek M, Szabóné D.K, Ortutay J, Sallai J, Bálint G: A mozgásszervi egészség hazánkban, európai adatok tükrében.

Köszönetnyilvánítás:

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

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

Őszinte hálával tartozom munkahelyi főnökömnek Prof. Poór Gyula egyetemi tanár 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 Terbéné Szekeres Klára ápolási igazgató asszonynak megértő segítségét.

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

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

Köszönöm Ujfalussy Andor úrnak az informatikában nyújtott segítségét.

Köszönöm dr. Insperger Antal főorvos úrnak, dr. Varjú László főorvos úrnak, dr. Szekeres László főorvos úrnak, dr. Ormos Gábor főorvos úrnak, dr. Márkus Ilona főorvos asszonynak és dr. Ortutay Judit főorvos asszonynak 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

IRODALOMJEGYZÉK

1. Zalabai Péterné. Országos Fogytékosügyi Program módosítási tervezetéből. In :Helyzetkép 2004. Magyarország Dávid István (szerk.),Foglalkoztatáspolitikai munkaerőpiac, esélyegyenlőség. Motiváció Mozgássérülteket Segítő Alapítvány, Budapest 2005:49-50.

2. Lisszaboni Szerződés az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Közösséget létrehozó szerződés módosításáról, amelyet Lisszabonban, 2007. december 13-án írtak alá. Hivatalos Lap C 306., 2007. december 17.

Forrás: <http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/index.htm>
<http://eur-lex.europa.eu/hu/treaties/dat/12007L/htm/12007L.html>

3. Nemzeti Foglalkozási Akcióterv.

www.szmm.gov.hu/download.php?ctag=download&docID=11197

4.Carr A.J.(1999)Beyond disability: measuring the social and personal consequences of osteoarthritis. Osteoarthr Cartilage, 7: 230-238.

5.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.

6.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 RheumDis, 48: 7-13.Erhardt CC, Mumford PA, Venables PJ, Maini RN: Factors predicting a poor life prognosis in rheumatoid arthritis; an eight year prospective study Ann Rheum Dis, 1989; 48: 7-1

7.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

8.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.

9.Fries JF.(1991)NSAID gastropathy: the second most deadly rheumatic disease? Epidemiology and risk appraisal. J. Rheumatol, suppl, 28: 6-10.

- 10.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.
- 11.Gabriel SE, Crowson CS, Campion ME, OffFallon WM. (1997)Direct medical costs unique to people with arthritis. J.Rheumatol, 24: 719725.
- 12.Zahumenszky Zille.(2010)Bevezető. Reuma Híradó, 6:1.
- 13.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.
- 14.Czimbalmos Ágnes, Nagy Zsolt, Varga Zoltán, Husztik Péter: (1999)Páciens megelégedettségi vizsgálata SF-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. Népegészségügyi Szemle ,80: 4-18.
- 15.Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J , Erbaugh J(1961): An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiat, 4: 561-571.
- 16.Rózsa S, Szadóczky E, Füredi J(2001) A Beck Depresszió kérdőív változatának jellemzői a hazai mintán. Psychiatria Hungarica, 16 : 379-397.