

# HELYZETJELENTÉS ÉS JÖVŐKÉP A FIZIOTERÁPIÁRÓL MAGYARORSZÁGON\*

Poór Gyula

az MTA doktora, egyetemi tanár  
MTA–ORFI Mozgásszervi Kutatócsoport

Bálint Géza

az MTA doktora, osztályvezető főorvos  
Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet

Csermely Miklós

nyugalmazott osztályvezető főorvos  
Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet

A XX. század utolsó évtizedét és napjainkat a medicina területén az úgynevezett „bizonyítékon alapuló orvoslás” elterjedése és meghatározóvá válása jellemzi. Az *evidence-based medicine* szemlélet legfontosabb üzenete, hogy csak olyan gyógymódok – gyógyszer-molekulák, gyógyító eljárások, kezelések és beavatkozások – kerülhessenek be az orvoslás eszköztárába, melyek hatékonyságát a kor szigorú követelményeinek megfelelően tervezett, kivitelezett és értékelte kutatások és klinikai vizsgálatok igazolták.

Ez az igény természetesen ki kell hogy terjedjen a medicina minden ágára, tehát a gyógyszeres és a sebészi kezelésekre, a pszichoterápiára és a fizioterápiára egyaránt. K+F tevékenység során született új gyógymódok bevezetésénél könnyebb a fenti elvet következtesen végrehajtani, mint olyan eljárások esetén, melyek hatásosságáról empirikus módon és jóval a meghirdetett egészséges követelmények előtt győződött meg a beteg és az orvos. Ez utóbbi gyógymódok közé soroljuk a legrégebben használt fizioterápiát, melynek preferálásakor gyakran hangoztatják a gyógyszerek esetén sokszor tapasztalt mellék- és utóhatások hiányát, valamint a megtakarított gyógyszerköltségeket.

\* Az MTA Környezet és Egészség Bizottsága által 2004-ben megtárgyalt és elfogadott tanulmány.

A kritikus elemzést a fizioterápiás kezelésekben elsősorban részesülő hazai mozgásszervi betegek tekintélyes száma, számos esetben fogyatékosághoz, rokkantsághoz vezető életminőség-romlása, egyes kórképekben előforduló magasabb mortalitása, és a betegcsoporttal kapcsolatos extrém költségek egyaránt indokolják. A mozgásszervi kórképek kiemelkedő egyéni és társadalmi terhét felismerve nyilvánította a WHO a 2000–2010 közötti időszakot a *Csont és ízület évtizedének*. Az Európában egyedülállóan gazdag hidrogeológiai helyzetünk, valamint a fizioterápiával eddig elért kedvező tapasztalataink ugyancsak a kérdés érdemi áttekintésére köteleznek bennünket.

Az alábbiakban ezen szakterület jelenlegi helyzetét, valamint a változásokhoz szükséges jövőbeli teendőket vázoljuk fel.

## 1. A fizioterápia felosztása, balneológiai alapprogramok

A fizioterápia szó első tagja a magyarul természetet jelentő görög *fitosz* szóból ered, s ebből következik, hogy ezen gyógymód a természet energiáit használja fel, beleértve a fizikai és kémiai energiákat egyaránt. A csak tisztán fizikai energiát felhasználó kezeléseket fizioterápia néven foglaljuk össze, tehát a fizioterápia a fizioterápiánál tágabb

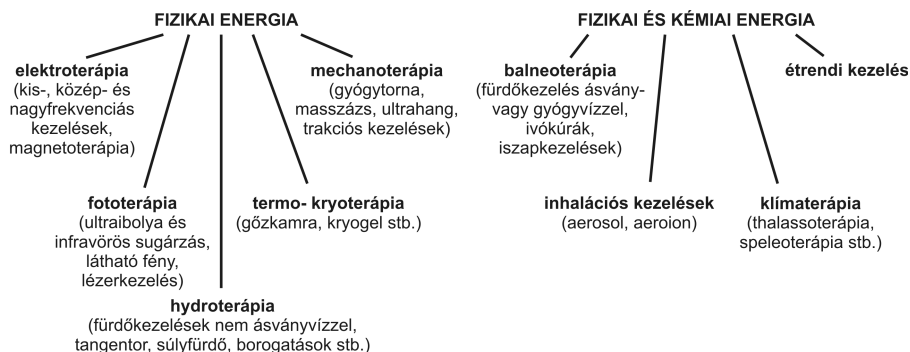
fogalom, és az utóbbit is magában foglalja. A fizioterápia rendszerbe foglalásának magyar irányzata ezen beavatkozásokat a szervezetbe bevitt energia szerint csoportosítja, szemben a német felosztással, mely a bevitt energia hatására kialakuló biológiai válasz alapján végzi el a csoportosítást. A magyar felosztás szerint a tisztán fizikai energiát alkalmazó kezelések (fizikoterápia) közé soroljuk az elektroterápiát, a fototerápiát, a termo-kryoterápiát, a hidroterápiát és a mechanoterápiát. A fizikai és kémiai energiákat egyaránt felhasználó fizioterápiás gyógymódok közé tartozik az ásvány- és gyógyvizet felhasználó balneoterápia, az inhalációs kezelések, a klímaterápia és az étrendi kezelés. A fizioterápia osztályozása természetesen nem tekinthető véglegesnek, számos kezelési ág, melyeket régebben a fizioterápiába soroltak (például röntgenterápia, diétoterápia), idővel külön tudományággá fejlődtek, míg mások, például a kínai orvoslás, besorolásra várnak. A fizioterápia ma elfogadott tételes felosztását az 1. ábra foglalja össze.

A fürdőkezelések kapcsán különbséget kell tennünk a termálvíz, ásványvíz és gyógyvíz között (Csermely, 2002). Magyarországon a kedvező geotermikus gradiensen való tekintettel csak azokat a föld mélyéből feltö-

rő vagy mesterségesen felhozott vizeket nevezzük *termálvíz*nek, melyek hőmérséklete eléri a 30 °C-t (szemben az európai 20 °C értékhatárral). *Ásványvíz*nek nevezzük azt a felszín alatti vízrétegből származó vizet, amely tiszta, kémiai és mikrobiológiai szempontból az egészségre ártalmatlan, összetétele oldott ásványianyagtartalma közel állandó, és literenként legalább 1000 mg oldott ásványanyag tartalma van (vagy 500-1000 mg/l, de adott koncentráció felett tartalmaz bizonyos aktív biológiai anyagokat, mint például szulfid, szabad CO<sub>2</sub> vagy radon). A jegyzékbe vett ásványvizeink száma a mai napig 184. Hazánkban a nemzetközi gyakorlattól eltérően *gyógyvíz* minősítést is használunk. Gyógyvízről akkor beszélünk, ha az ásványvíz gyógyhatása objektív vizsgáló módszerekkel legalább egy betegségcsoportban egyértelműen igazolást nyer. Elismert gyógyvizünk jelenleg 164 van.

## 2. A fizioterápia földrajzi és történeti vonatkozásai hazánkban

Valamely földrajzi egység ásványvíz-gazdagságát mennyiségi és minőségi szempontok határozzák meg. Mennyiségi mutatók alapján ezen a téren a világon az ötödik helyen állunk, Japán, Izland, Franciaország és Olaszország után. Ásványvizeink kedvező minőségi adottsága a magas hőfoknak és



1. ábra • A fizioterápia felosztása

az előnyös kémiai összetételnek egyaránt köszönhető. Ezek a kémiai anyagtartalom szempontjából rendkívül sokrétűek, és a makroelemeken kívül számos nyomelemet (átlagban 30-50) tartalmaznak.

A Kárpát-medence hidrogeológiai gazdagságát az magyarázza, hogy két kiterjedt hévíztároló rendszer helyezkedik el itt a föld mélyében. Az egyik a Pannon-tenger maradványa, mely a Nagyalföld, a Kisalföld és a Dráva-süllyedék alatt található. Ez a rendszer felszínesen elsősorban nátrium-hidrogén tartalmú, míg a mélyebb rétegekből nátrium-kloridos ásványvíz tör fel. A mészközdolomit tartalmazó Dunántúli-középhegység, így a Budai-hegyvidék alatti hévíztárolóból többnyire kalcium-magnézium-hidrogénkarbonátos (földes-meszes) ásványvíz nyerhető. Természetesen a kétféle ásványvíz hidrogeológiai elhelyezkedését és összetételét számos egyéb lokális tényező módosíthatja (például az alföldi ásványvizek jódban, a harkányi, balfi és mezőkövesdi ásványvizek szulfidban gazdagok).

A hazánk területén feltörő számos gyógyító hatású hőforrás ezen a több ezer éve lakott területen tradicionális fürdőkultúra alapjait teremtette meg. A rómaiak korából jelentős számú ezirányú tárgyi bizonyíték maradt fenn, hiszen csak Aquincumban és környékén több mint tíz katonai és polgári közfürdő maradványai kerültek feltárásra. A honfoglaló magyarok vízkultusza közsismert volt, de a hévizek gyógyhatásáról és felhasználásáról csak későbbi időkől vannak adataink. A XII. században Felhéziven, a mai Császár és Lukács fürdő környékén a betegápoló Szent János lovagok telepedtek le, és a konvent részére templomot, kórházat és fürdőt építettek. A budai fürdőkről számos középkori leírás maradt fenn, a Császár fürdőt *aquae calidae superiores*, vagy másutt *északi királyi fürdő* név alatt említik. Az ország és Buda török megszállásának tárgyi emlékei között találhatjuk a részben fennmaradt, ma

is működő török fürdőket, melyeket a XVII. századi török utazó, Evlija Cselebi írt le. A mai Lukács fürdő helyén a József-hegyi hőforrás a török időkben a Baruthane Ilidzszeszinek nevezett fürdő mellett gabona és lópor őrlésére szolgáló vízimalmot is működtetett.

A XIX. században a fürdők és gyógyhelyek népszerűsége Európa-szerte megnövekedett, és ezek környékén virágzásnak indult a fizioterápia és a reumás betegek gyógyítása. A fővárosban a századvégen a Szent Lukács fürdő, a Széchenyi fürdő, majd a Szent Gellért fürdő vonzáskörzetében, míg vidéken elsősorban Hévízen alakult ki nívós fürdőélet. A XIX. és XX. században megkezdődtek a tudományos igényű elemzések a balneoterápia és a fizioterápia többi irányának a területén.

A nőgyógyász Tauffer Vilmos által 1891-ben alapított Magyar Balneológiai Egyesület (MBE) volt az első magyar orvosi egyesület, melyben orvosok, geológusok és mémökök közösen végeztek kutatómunkát. A Magyar Orvosok Rheuma Egyesülete (MORE) 1928-ban jött létre a neves belgyógyász, báró Korányi Sándor elnökletével, és 1966-tól jogfolytonosan Magyar Reumatológusok Egyesülete (MRE) néven fejté ki tevékenységét. Az egyesületek ténykedésének is köszönhető, hogy 1938-ban a budapesti egyetem orvoskarán megalakult a Rheuma és Fürdőkutató Intézet Belák Sándornak, a kórtan professzorának vezetésével. Ez az intézmény rövid működése ellenére kutatásban és oktatásban egyaránt maradandót alkotott (Belák, 1941). 1948-ban az államosított Szent Lukács fürdőben Balneológiai Kutatóintézet került kialakításra Schulhof Ödön irányításával, mely később megszűnt. Hévízen testvére Schulhof Vilmos, valamint a súlyfürdő feltalálója, Moll Károly fejtett ki komoly fizioterápiás kutatómunkát. A szakterület legmagasabb szintű ellátása, oktatása és kutatása céljából 1951-ben hozták létre az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetet (ORFI), mely a Budai Irgalmasrendi

Kórház kiválását követően szakmailag és felszereltségében megújulva nemrég ünnepelte fél évszázados jubileumát (Poór, 2002).

### 3. A hazai fizioterápia jelen helyzete

A kérdéssel kapcsolatban, az alábbiakban, a teljesség igénye nélkül, a gyógyvízzé minősítés, a fizioterápiás kutatás, a szakemberhátter és az oktatás, valamint a betegellátás és a termálturizmus problematikáját tesszük elemzés tárgyává.

#### 3.1. A gyógyvízzé nyilvánítás gyakorlata

Magyarországon a gyógyvízzé nyilvánítást az Országos Gyógyhelyi és Gyógyfürdőügyi Főigazgatóság (OGYFI) végzi az ÁNTSZ keretében. Az eljárás megindításához a gyógyhatást objektíválható paramétereket tartalmazó klinikai vizsgálattal kell igazolni az adott betegségben. Ez a kontrollált vizsgálat lehetőleg kettősvak, placebo-kontrollos legyen, de utánvizsgálat is elfogadható. A minősítéshez az illetékes szakmai kollégium pozitív elbírálása is szükséges. A gyógyvízzé nyilvánítás akkor engedélyezhető, ha a fürdőkúra előtt fennállt kóros tünetekben legalább 51 %-os javulás következik be a kezelés hatására (Csermely – Molnár, 1997). Bár ez a statisztikai számításokat is igénylő bizonyítás más országok gyakorlatához képest látszólag szigorúnak tűnik, meg kell jegyeznünk, hogy ezen vizsgálatok tervezésére, kivitelezésére és értékelésére vonatkozóan nincsenek a gyógyszervizsgálatokhoz hasonló nemzetközi (GCP) irányelvek, a klinikai kutatás során ellenőrzés, minőségbiztosítás, auditálás nem történik, ami az ilyen vizsgálatok egy részének értékét megkérdőjelezi.

#### 3.2. Balneo-fizioterápiás kutatások

Általánosságban elmondható, hogy a balneo-fizioterápiás kezelések használata és azok kutatása azokban az országokban került

előtérbe, melyek termális ásványvízre vonatkozó hidrogeológiai helyzete kedvező. Ásványvízkinccsel nem rendelkező országok szakemberei (elsősorban az angolszász területen) igyekeznek a hidroterápiát és a balneoterápiát összemosni, mondván, hogy a felmelegített csapvíznél a természetes termális ásványvíz nem feltétlenül hatékonyabb. Azt hangsúlyozzák, hogy a gyógyfürdőhelyi kezelésben (spa therapy) nem a gyógyvíz összetétele a döntő tényező, hanem a fürdőhelyi környezet, a klíma és a vizen kívüli más fizioterápiás eljárások (van Tubergen – van der Linden, 2002). Természetesen a gyógyvízben gazdag országok álláspontja ettől eltér, de a termális ásványvizeik valódi gyógyhatását bizonyítaniuk kell. Hazánkban az ez irányú vizsgálatokat a gyógyvízzé nyilvánítás folyamata is ösztönzi.

Korszerű, kettősvak, randomizált klinikai hatásvizsgálatokat magyar szerzők végeztek először, melyeket azóta is idéz a nemzetközi szakirodalom (Báthory, 1981; Szűcs, 1989). Azóta számos kontrollált hazai vizsgálat történt különböző mozgásszervi és nem-mozgásszervi betegségekben ásványvizekkel és más balneoterápiás eljárásokkal. A magyar vizsgálatokon kívül izraeli, német és francia vizsgálatok történtek a kérdésben, azonban ezek száma meglehetősen limitált. Az alapvető problémát az jelenti, hogy a balneoterápiás vizsgálatok döntően a klinikai hatás igazolására korlátozódtak, és csak ritkán jártak együtt az ásványi anyagok felszívódását, biológiai hatását, illetve hatásmechanizmusát bizonyító kutatásokkal. Amíg ezek a naprakész módszerekkel végzendő tudományos kutatások nem történnek meg, nagyon nehéz gyógyvizeink hatékonyságát bizonyított értékű terápiának elismertetni. Ez a megállapítás igaz a fizioterápia többi ágára is, hiszen ott is többnyire csak klinikai hatásvizsgálatok történtek, hatásmechanizmus-elemzések alig (Bender, 1999). Pedig a bevitt energia tulajdonságainak, alkalmas paramétereinek

vizsgálata, a bevitt energiára adott biológiai válasz kimutatása, vagy a kialakult biológiai válasz gyógyhatásának igazolása a legtöbb fizioterápiás eljárás esetén mind megválaszolatlan kérdés. Ezen a téren változást hozhat az a tény, hogy az ORFI-ban több más kutatási vonallal együtt fizioterápiás PhD program is elindult, amelybe máris több hallgató kérte a felvételét.

A hazai balneo-fizioterápiás kutatások meglehetősen elmaradott és hátrányos helyzetének egyik oka az önálló kutatóintézet hiánya. 1978-ig az ORFI-ban önálló költségvetésű Balneológiai Kutatóintézet működött, melyben intenzív fizioterápiás, ezen belül balneoterápiás kutatás folyt, és az intézet ezen felül összefogta az ezirányú hazai erőfeszítéseket. A Balneológiai Kutatóintézettel együttműködő kiváló szakemberek – a korábban felsoroltakon kívül Riesz Ede, Irányi Jenő, Farkas Károly, Kérdő István, Richter András, Bozsóky Sándor és mások – tudományos munkásságukkal, könyveikkel komoly hírnevet szereztek a magyar fizioterápiás kutatásnak. Az Intézetet 1978-ban minden indoklás és jogutód nélkül megszüntették, így ma az egyetlen olyan gyógyvízben gazdag állam vagyunk, mely önálló kutatóintézettel nem rendelkezik. Pedig ennek lenne a feladata egyedülálló gyógyvízünkünk terápiás hatásának naprakész módszerekkel (például tömegspektrográfia, elemizetőpos módszerek, laboratóriumi porc, csont és kötőszöveti markerek etc.) történő analízise. Amíg az önálló kutatóintézet újra létre nem jön, speciális technikával felszerelt kutatólaboratórium létrehozása és akkreditációja szükséges a balneo-fizioterápiás kutatások elősegítésére.

A célirányos kutatómunka ellehetetlenítésének egyik oka a finanszírozás teljes hiánya. Az ORFI-nak más országos intézetekhez hasonlóan kutatásra fordítható minisztériumi kerete nincs, és semmilyen állami forrás nincs elkülönítve erre a célra. A hagyományos hazai (például OTKA, ETT, GM)

vagy nemzetközi (Európai Unió, NIH, stb.) kutatási alapok többnyire azokat a kutatási vonalakat támogatják, ahol már saját eredményeket tudunk felmutatni, ezért a balneo-fizioterápiás vizsgálatokat nem igazán preferálják. Kézenfekvő, hogy az az ágazat segítse anyagilag a kutatásokat, mely a későbbiekben a legtöbbet profitálna ebből, azonban a hazai termálturizmus ez irányú szponzori aktivitása sajnálatos módon minimálisnak mondható.

### *3.3. Szakemberhátér, oktatás-képzés*

A fizioterápiás kezelések javallatainak és ellenjavallatainak mérlegelése, valamint a kezelések paramétereinek asszisztensek felé történő kiírása orvosi feladat. Ma Magyarországon a legtöbb fizioterápiás kezelést nem szakkórházak vagy rendelőkintézetek, hanem a házi orvosi praxisok végzik. Az egyetemi kötelező graduális képzésben – a szegedi orvostart leszámítva – sem a fizioterápia, sem az ezt magában foglaló reumatológia a mai napig nem szerepel. Ezért mindazok, akik a későbbiek során nem a mozgásszervi szakterületre szakosodnak, semmilyen fizioterápiás képzésben nem részesülnek, így a fizioterápiát legtöbbet használó házi orvosok sem rendelkeznek ez irányú alapismerettel. A posztgraduális képzésben a fizioterápia már kellő hangsúlyt kap, hiszen néhány éve önálló szakképesítésként választható, de megfelelően képviselve van a reumatológiai, rehabilitációs és sportorvosi szakvizsga tananyagában is.

A több helyen folyó, főiskolai szintű gyógytornász-képzésben négyéves elméleti és gyakorlati oktatás, valamint eredményes államvizsga után jár az oklevél. Az okleveles gyógytornászok valamennyi fizioterápiás kezelés végzésére jogosultak, a kezelés beállítását általában egyedül végzik, a kórismét és a gyógytorna javallatát azonban az orvos

állítja fel. A fizioterápiás asszisztensek, akik kétéves képzés után nyernek képesítést, a többnyire elektroterápiás feladatukat orvosi kiírás alapján, orvosi felügyelet mellett látják el. A hazai fizioterápiás hálózat gyogytomász, fizioterápiás asszisztens vagy masszőr, illetve hidroterápiás szakmunkás vonatkozásában kellően ellátott, a fizioterápiás szakorvosok száma tovább növelhető, az alapvető gondot a fizioterápiás és reumatológiai oktatás egyetemi képzésből való hiánya okozza.

A szakterület szakkönyvekkel és szakfolyóiratokkal (*Balneológia, Gyógyfürdőügy, Gyógyidegenforgalom, Magyar Reumatológia, Rehabilitáció* stb.) való ellátottsága jó. A fizioterápiának a reumatológiával közös szakmai kollégiuma van (Reumatológiai és Fizioterápiás Szakmai Kollégium), mely rendszeresen figyelemmel kíséri és irányelvek kiadásával segíti a terület munkáját. Éves kongresszusokat rendez a Magyar Balneológiai Egyesület, de a fizioterápiás kérdések megvitatásra kerülnek a Magyar Reumatológusok Egyesülete és a Magyar Rehabilitációs Társaság vándorgyűlésein is. Önálló, átfogó hazai fizioterápiás társaság nincs.

### 3.4. Betegellátás, rekreáció

A fizioterápiát, bár elsősorban a különböző eredetű reumatológiai megbetegedések kezelésére használják, de komoly szerepet kap a balesetek, sérülések és *stroke* utáni rehabilitációban, a szív- és érrendszeri betegségek, a pulmonológiai és nőgyógyászati elváltozások, valamint sok más kórkép ellátásában. A különböző kórképekben alkalmazott fizioterápiás eljárások javallatainak és ellenjavallatainak kérdésköre kidolgozott, és a napi gyakorlatban általában betartásra kerül. Mivel a fizioterápia a szakképesítés szintjén levált a reumatológiáról, szorgalmazni kell, hogy a betegellátásban is minél több önálló fizioterápiás egység jöjjön létre, kiszolgálva minden szakterület ez irányú igényét. A hazai fizioterápiás géppark jelentősen el-

avult, komoly fejlesztések forráshiány miatt az állami egészségügyi ellátásban az elmúlt húsz évben nem voltak, csak az újonnan létesült gyógyszállók rendelkeznek a mai kor igényeinek megfelelő készülékekkel.

A fizioterápia finanszírozása még a meglehetősen gyenge egészségügyi finanszírozáson belül is kirívóan alacsony, a gyógytorna, elektroterápia és balneoterápia vonatkozásában egyaránt. Ez folyamatosan ellehetetleníti a fizioterápiával foglalkozó szakintézményeket, és nem ösztönöz érdemi beruházásra. Az alulfinanszírozott ellátást tovább rontja, hogy elsősorban a balneoterápia területén a rendszer nem választja élesen külön a betegellátást a megfáradt vagy korosodó ember kezelésétől, a rekreációtól, az utóbbit is állami támogatásban részesítve. További gond, hogy a kezelések hatására bekövetkező állapotjavulást nem méri objektívalható paraméterekkel, így nem tudjuk, hogy azok mekkora életminőség-javulást eredményeznek.

### 3.5. Gyógyturizmus, egészségturizmus

A hazai termálturizmus sajnos nem tesz különbséget a két fogalom között, pedig kiváló gyógyvizeink lévén adott betegségben szenvedők gyógyturizmusát, gyógyhelyi kezelését kellene előtérbe helyeznünk. A ma oly divatos egészségturizmus (*wellness*) ugyanis nem igényel gyógyvizet, és a világon bárhol megvalósítható. A *wellness* jelszóval gyógyvizeinket és az ahhoz kapcsolódó szolgáltatásokat értékükön eladni bizonyosan nem lehet.

A valódi gyógyturizmus (minőségi gyógyidegenforgalom) bizonyos betegségek (például inaktív állapotban lévő rheumatoid arthritis vagy spondylitis ankylopoetica, nagyízületi arthrosis, fibromyalgia stb.) vagy sérülések, ortopédiai és idegsebészeti műtétek kapcsán kiesett funkciókat próbálja meg helyreállítani a rehabilitáció eszköztárá-

val. Fontos, hogy a kezelések előtti és utáni funkciók egyértelműen rögzítve legyenek, így a javulás mértéke a beteg számára is dokumentálható legyen. Ebben a vertikumba még az is beletartozhat, hogy például az ízületpótló műtéteket is nálunk végezzék, hiszen olcsóbb áraink és a rövidebb várakozási idő egyes országok betegei számára vonzóak lehetnek.

Az általunk javasolt valódi egészségturizmus a wellness-szel szemben nem csupán az egyén számára kellemes közérzetet nyújtó különböző beavatkozásokból áll, hanem pontos kapacitásfelmérésből (szív, tüdő, mozgásszervek stb.) indul ki, individuális dózírozású programcsomagokat (mozgás, fürdő, étkezés stb.) és célirányos szakmai tanácsokat tartalmaz, és az objektíválható, lemérhető paraméterek változása hűen tükrözi a létrejött egészségnyereséget. Mindezt érdemes lenne életmódklubok formájában szervezni, és így az adott fürdőhelyek egyúttal prevenció központokká is válhatnának. Ez természetesen nemcsak külföldi egyének vagy családok, hanem idősebb és fiatalabb hazai polgárok számára is vonzóvá tehető. A kapott eredmények nemzetközi lapokban publikálhatóak.

Az orvosi szakma aktív részvétele nélkül tehát érdemben sem a gyógyturizmus, sem az egészségturizmus nem valósítható meg. A sikerhez megfelelően kidolgozott szakmai koncepció, mérhető egészségügyi paraméterek, korrekt dokumentáció és reklám mellett szakmai hírverés szükséges.

#### *4. A szakterület fejlődéséhez szükséges teendők*

A hazai fizioterápia jelen helyzetének felvázolása után pontokba szedve, tételesen felsoroljuk azokat a javaslatokat, melyek a szakterület érdemi fejlődéséhez véleményünk szerint elengedhetetlenek. Ezek az alábbiak.

- A gyógyvízzel nyilvánításhoz szükséges klinikai hatásvizsgálatok az evidence-based

medicine elveinek figyelembe vételével, nagy beteganyagon, kettősvak, randomizált, placebo-kontrollos tervezéssel történjenek, és a kivitelezés során komoly hangsúlyt kapjon a minőségbiztosítás és az auditálás.

- Termál- és ásványvizeink gyógyhatásának igazolása céljából szorgalmazni kell azokat a balneoterápiás kutatásokat, melyek a klinikai hatás bizonyításán túlmenően az ásványi anyagok felszívódására, biológiai hatására és hatásmechanizmusára vonatkoznak.
- A fizioterápia többi ágában is elő kell segíteni a bevitt energia tulajdonságainak, optimális paramétereinek, az erre adott biológiai válasznak, valamint a biológiai válasz gyógyhatásának elemzését.
- Egy önálló balneológiai kutatóintézet ismételt létrehozása reális és támogatandó cél. Tradicionális és szakmai szempontok, valamint az intézet egyetemi oktató és akadémiai kutató relációja alapján javasolt, hogy ez az ORFI tapasztalatainak bázisán valósuljon meg.
- A kutatóintézet létrejöttéig speciálisan műszerezett balneológiai és fizikoterápiás kutatólaboratórium létrehozása és akkreditációja szükséges.
- Szorgalmazni kell a balneo-fizikoterápiás kutatások anyagi háttérének megteremtését elkülönített állami forrásokból, ill. a termálturizmus által termelt bevételekből. Célszerű lenne ennek érdekében egy Balneológiai Kutatási Alap létrehozása.
- Javasoljuk, hogy a fizioterápia és a reumatológia kötelező graduális oktatása mind a négy hazai általános orvoskaron mielőbb kezdődjek meg.
- Az elavult hazai fizioterápiás géppark cseréjét indokolt lenne minisztériumi pályázatokkal is támogatni.
- Szorgalmazzuk, hogy a szakterület tönkremenetelének megakadályozása érdekében javuljon a fizioterápia finanszírozása, ami

járjon együtt a kezelések hatására a betegek állapotában bekövetkező változások kötelező mérésével, valamint a rekreációs célú kezelések leválasztásával.

- A hazai termálturizmuson belül indokolt preferálni a mozgásszervi betegségekben hatékony gyógyvizeinkre épülő gyógyturizmust, míg az általunk javasolt valódi egészség-turizmus az egyén számára objektíválható egészség-nyereség-filozófiáján alapszik.

Meggyőződésünk, hogy a fizioterápia hazai jobbítására született tanulmányunkban megfogalmazottak akkor válhatnak valóra, ha minden jó szándékú érdekelt összefogva közös felelősséggel törekszik a jelen helyzet megváltoztatására.

Kulcsszavak: *fizioterápia, balneológia, földrajzi és történeti vonatkozások, gyógyvízzé nyilvánítás, kutatások, oktatás, betegellátás, gyógyturizmus*

## IRODALOM

- Báthory G. – Merétey K. – Korda J. – Gasztonyi G. – Böhm U. – Görgényi F. – Bálint G. (1981): Kettős vak kísérlet a kiskunhalasi termálvíz terápiás hatásának mérésére rheumatoid arthritises betegeken. *Magyar Reumatológia*. **22**, 30–36.
- Becker, Bruce E. (1997): Biophysiological Aspects of Hydrotherapy. In: Becker, Bruce E. – Cole, Andrew J.: *Comprehensive Aquatic Therapy*. Butterworth-Heinemann, Boston–Oxford, 17–48.
- Belák Sándor (1941): *Rheumatológia*. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest
- Bender Tamás (1999): *A fizioterápiás kezelések élettani hatásainak vizsgálata*. Egyetemi doktori (PhD) értekezés. Budapest
- Csermely Miklós – Molnár Gy. (1997): Gondolatok a gyógyvízzé nyilvánításhoz szükséges vizsgálatokkal és azok értékelésével kapcsolatban. *Balneológia, Gyógyfürdőügy, Gyógyidegenforgalom*. XVIII, 10–15.
- Csermely Miklós (2002): *Gyógyfürdők és gyógyvizek*. White Golden Book Kft, Budapest
- Poór Gyula (2002): *Az ORFI ötven éve*. Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest
- Szűcs I. – Rakó I. – Leskó T. – Söör I. – Genti G. – Bálint G. (1989): Double-blind Trial on the Effectiveness of the Püspökladány Thermal Water on Arthrosis of the Knee-joint. *Journal of the Royal Society of Health*. **109**, 7–9.
- Van Tubergen, Astrid – van der Linden, Sjef (2002): A Brief History of Spa Therapy. *Annals of the Rheumatic Diseases*. **61**, 273–5.

