

Ádám Szilvia, Major János

A krónikus fájdalom hazai prevalenciája, rizikófaktorainak és következményeinek vizsgálata

Bevezetés

Az akut (heveny) fájdalom a szervezet védelmét szolgálja: valamilyen szövetskárosodásra hívja fel a figyelmet, és a túlélésben, illetve a betegségekből való gyógyulásban van jelentős szerepe. A Nemzetközi Fájdalomtársaság 2020-ban publikált új definíciója is ezt tükrözi: „Olyan kellemetlen érzékelési és érzelmi élmény, amely valós vagy potenciális szövetskárosodással függ össze, vagy ilyen sérüléssel összefüggő élményre emlékeztet” (Raja és mtsai 2020: 1–7).

A krónikus (idült) fájdalom a várható gyógyulási időn túl is fennálló fájdalom, amely definíciója szerint három hónapja tartó fájdalmat jelent (Bogduk és Merskey 2012). A krónikus fájdalom azonban nemcsak időbeliségében, hanem lényegében is különbözik az akut fájdalomtól. Míg az akut fájdalom a szervezet egységének fenntartásáért felelős vészjelző rendszer, addig a krónikus fájdalomban a szervezetet veszélyeztető inger már gyakran hiányzik, a fájdalom elveszti a szervezet védelmében betöltött evolúciós funkcióját, és önálló kórképpé válik.

A szakirodalomban leginkább elfogadott bio-pszicho-szociális fájdalommodell szerint a krónikus fájdalom multifaktoriális, kialakulásáért és fenntartásáért, testi, pszichés és szociális tényezők egyaránt felelősek. A krónikus fájdalmat legtöbbször több tényező (testi és pszichoszociális) egymásra hatása okozza.

A gyakran akut fájdalomként induló állapot pszichoszociális stresszorok jelenlétében az idegrendszer működésének megváltozásához vezet (perifériás és központi érzékenység kialakulása, új idegi kapcsolatok és az agyi fájdalomérző rendszer elváltozásai jelentkeznek), amely a fájdalom fennmaradásának kulcsa. A megváltozott érzékenységű idegrendszer már nem károsító biológiai ingerekre (a fájdalom helyétől függően például normál ízületi mozgások, emésztési folyamat, bőrérzés) is fájdalomélménnyel

reagál. A biológiai ingerekhez hasonlóan az agyi fájdalomérző apparátus felépítéséből fakadóan gondolati, emocionális vagy szociális történések is aktivitásba hozhatják a fájdalomérző rendszert ezeknél a személyeknél. Mindezzel magyarázható, hogy a pszichoszociális stresszorok közül a depresszió, a szorongásos zavarok, az alvási nehézségek és a szociális problémák egyaránt kiváltói és fenntartói lehetnek a krónikus fájdalomnak (Cohen, Vase és Hooten 2021).

Populációs vizsgálatok alapján a krónikus fájdalom prevalenciája 11 és 40 százalék között változik (Dahlhamer és mtsai 2018). A kórkép azonban nem mindenkit érint egyformán: az esetek egy részében a fájdalom nem okoz életvitelbeli korlátozottságot, az érintett a fájdalom ellenére megtartja munkaképességét, szociális szerepeiben aktív. Más esetekben a krónikus fájdalom az egészségfüggő életminőség romlásával jár, és a mindennapi tevékenységek végzésében (a háztartás ellátása, munkába járás, szociális kapcsolatok) akadályozza az egyént (Fayaz és mtsai 2016). Egy 2001-ben publikált magyarországi tanulmány szerint az életvitelbeli korlátozottsággal járó fájdalom gyakorisága 32,7 százalék volt (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001).

A szociodemográfiai mutatók közül a női nem, az életkor, az alacsonyabb szocioökonómiai státusz és iskolai végzettség, a munkanélküliség, a kisebbséghez tartozás, valamint a vidéki lakhely gyakran jár együtt krónikus fájdalommal; a vallásosság és spiritualitás tekintetében a nemzetközi irodalom ellentmondásos adatokat szolgáltat (Najem és mtsai 2021).

A klinikai mutatók közül az elhízás, a fizikai aktivitás hiánya, az alkoholizmus és a dohányzás szintén a krónikus fájdalom magasabb prevalenciájával társul. A különböző gyógyszerek (fájdalomcsillapító, pszichofarmakon stb.) túlhasználata krónikus fájdalomban kevésbé vizsgált terület, de egyes vizsgálatok szerint opioid abúzzsal együtt a betegeknek mintegy 9 százalékát is érintheti (Dahlhamer és mtsai 2018; Mills, Nicolson és Smith 2019; Vadivelu és mtsai 2018).

A kockázati tényezők közül az alvászavarral való kapcsolat bidirekcionális, ez a krónikus fájdalommal élők mintegy felét érinti (Mills, Nicolson és Smith 2019; Vadivelu és mtsai 2018).

A kórkép jelentős terhet ró az egyénre és a társadalomra. Az orvoshoz fordulás leggyakoribb okai között szerepel az ízületi fájdalom, a derékfájdalom és a fejfájás (St. Sauver és mtsai 2013). A korlátozottságban eltöltött életevek (*years lived with disability, YLD*) számát tekintve az első két helyen a deréktáji fájdalom és a migrén áll (Voss és mtsai 2017).

A krónikus fájdalom költségei az egészségügyi rendszer használata, a munkából való kiesés és egyéb járulékos költségek miatt magasak: az USA-ban éves szinten 560 milliárd dollár költséggel jár a krónikus fájdalom a produktivitás csökkenése és az orvosi ellátás miatt (Institute of Medicine 2011).

Magyarországon a 2000-es évek elején vizsgálta keresztmetszeti kutatás a fájdalom okozta életvitelbeli korlátozottságot, a szociodemográfiai mutatók, valamint a depressziós tünetekkel való együtt járás prevalenciáját a felnőtt lakosság körében, a krónikus fájdalmat azonban nem vizsgálták (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001). A gyakori fejfájás és mozgásszervi fájdalom összefüggéseit a fenti mutatókkal 15–24 éves nők körében elemezték egy 2004-ben publikált hazai kutatásban, de más fájdalomtípust nem vizsgáltak (Réthelyi és mtsai 2004). A gyermekkort tekintve középiskolai mintán végeztek felmérést, amely 31,1 százalékos prevalenciát igazolt ebben az életkorban (Godó és mtsai 2020).

A különböző testtájakat érintő krónikus fájdalommal kapcsolatban eddig nem jelent meg olyan publikáció, amely a magyarországi felnőttpopuláció szociodemográfiai, klinikai és mentálisegészség-mutatókkal való összefüggéseit vizsgálta volna. Jelen kutatás célja a krónikus fájdalom prevalenciájának, rizikófaktorainak és következményeinek vizsgálata a magyar lakosság körében.

Hipotéziseink a következők:

- A krónikus fájdalom prevalenciája a magyar felnőtt lakosság körében a nemzetközi adatokhoz hasonlóan magas (körülbelül 20 százalék).
- A krónikus fájdalom prevalenciája statisztikailag szignifikánsan magasabb
 - a) a nők körében;
 - b) idősebb életkor esetén;
 - c) az egyedül élők körében;

- d) alacsonyabb iskolai végzettség esetén;
 - e) alacsonyabb lélekszámú településeken;
 - f) alacsonyabb egy főre jutó nettó havi jövedelem esetén;
 - g) kisebbségekhez tartozók körében;
 - h) vallásos közösségbe nem járók körében.
- Krónikus fájdalom esetén a leggyakoribb fájdalomtípus a mozgásszervi fájdalom. Az életviteli korlátozottsággal járó fájdalom gyakorisága 10 százalék körüli.
 - Krónikus fájdalom esetén statisztikailag szignifikánsan gyakoribb
 - a) az elhízás;
 - b) a fizikai aktivitás hiánya;
 - c) a dohányzás;
 - d) az alkoholfogyasztás;
 - e) a pszichofarmakonok alkalmazása;
 - f) az alvási probléma.

Módszerek

A mérőeszköz leírása

Krónikus fájdalom

A krónikus fájdalom meglétével kapcsolatban a „Jelenleg vannak-e testi fájdalmai?” kérdést tettük fel, valamint a „Ha igen, mióta?” kérdésre adott válasz alapján határoztuk meg. Krónikus fájdalomként – a nemzetközi konszenzus alapján – a három hónapnál régebbi fájdalmat definiáltuk.

Demográfiai és szocioökonómiai tényezők

A demográfiai háttértényezők közül az életkort, a nemet, a párkapcsolat jellegét (házas, élettársi viszonyban vagy egyedül él), az iskolai végzettséget (alapfok, középfok, felsőfok), a településtípust, valamint a háztartások anyagi helyzetét (nettó összjövedelem, a megélhetés nehézsége) elemeztük. A megkérdezettek jogi helyzete, fő tevékenysége alapján a munkanélkülieket vizsgáltuk. Emellett megnéztük, hogy ki milyen nemzetiségi, etnikai csoportba tartozónak vallja magát.

A fájdalomtípusok vizsgálata

A különböző fájdalomtípusok prevalenciáját listán felsorolt fájdalomtünetek előfordulásával vizsgáltuk (gyomorfájdalom, derék- és hátfájdalom, végtag- és ízületi fájdalom, fejfájás, mellkasi fájdalom). Az ehhez tartozó kérdés így hangzott: „Most felsorolok néhány tünetet. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy az elmúlt hónap során előfordult-e Önnel.” A fájdalom okozta életviteli korlátozottságot mértük a következő kérdéssel: „És ha igen, akkor az mennyire zavarta Önt? Válaszaihoz, kérem, használja az alábbi számokat: 1-es: nem fordult elő; 2-es előfordult, egyáltalán nem zavart; 3-as: előfordult, kissé zavart; 4-es: előfordult, nagyon zavart.” Az életviteli korlátozottsággal járó krónikus fájdalom meglétét három hónapja tartó fájdalom esetén és a 4-es választ adó személyeknél feltételeztük.

Magatartási tényezők vizsgálata

Vizsgálatunk kiterjedt a rizikómagatartás-tényezőkre is (például dohányzás, alkoholfogyasztás, pszichofarmakonok szedése). A dohányzás vizsgálatánál két kérdésre válaszoltak a megkérdezettek. (1) „Melyik állítás illik Önre legjobban a dohányzással kapcsolatban?” A válaszokat a következők mentén csoportosítottuk: (a) dohányzik és/vagy elektronikus eszközt használ; (b) Már leszokott a dohányzásról és/vagy az elektronikus eszköz használatáról; (c) Sohasem dohányzott, és elektronikus eszközt sem használt. (2) „Milyen gyakran dohányzik vagy használ elektronikus eszközt?” A válaszok a következők voltak: naponta; hetente néhányszor; hetente egyszer (hétvégén), ennél is ritkábban.

Az alkoholfogyasztás vizsgálata során a következő kérdésre kapott válaszokat elemeztük: „Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?” Válaszok: soha; havonta vagy kevesebb-szer; havonta kétszer-négyszer; hetente kétszer-háromszor; hetente négyszer vagy többször.

A pszichofarmakonokra vonatkozó kérdés a következő volt: „Szed-e bármilyen pszichofarmakont (altató, nyugtató, szorongáscsökkentő, teljesítményfokozó)?” A megkérdezettek a következő válaszok közül választhattak: naponta többször; naponta egyszer; hetente négy-hat napon; hetente két-három napon; havonta négyszer-ötször; havonta egyszer vagy ritkábban.

Testtömegindex, fizikai aktivitás

Vizsgálatunk kitért a testtömegindexre (BMI) és a fizikai aktivitásra is. A BMI-sávokat a következők alapján határoztuk meg: Alultáplált: alacsonyabb, mint 18,5 pont. Normális, ha 18,5 és 24,99 közé esik a válasz értéke. Túlsúlyos, ha a kapott érték 25 és 29,99 között van. Elhízott, ha az érték 30 feletti.

A fizikai aktivitás vizsgálatakor a következőt kérdeztük: „Hetente átlagosan hány alkalommal végez legalább harminc perc intenzív (pulzusemelkedéssel járó) testmozgást (például gyors gyaloglás, futás, tenisz, erőnléti edzés)?” A következő válaszok közül lehetett választani: soha; ritkábban, mint heti egyszer; hetente egyszer.

Alvászavar

Vizsgálatunk kiterjedt az alvászavarra is, mint a krónikus fájdalom lehetséges következményére. Ezzel kapcsolatban a következő kérdést tettük fel: „Az elmúlt hónapban minden héten legalább háromszor problémát okozott-e az elalvás?” A kérdésre adható válaszok a következők voltak: nem fordult elő; előfordult, egyáltalán nem zavart; előfordult, kissé zavart; előfordult, nagyon zavart.

Minta

A mintát a Hungarostudy 2021 országos adatfelvétele szolgáltatta. A hétezer fős mintából tizenhárom fő nem válaszolt a krónikus fájdalomra vonatkozó kérdésre, így a vizsgált minta 6987 főből áll. 5415 főnek (77,5%) semmilyen fájdalma nincs, 1572 fő (22,5%) valamilyen fájdalomtól szenved.

A fájdalomtól szenvedők közül nyolc fő nem válaszolt arra a kérdésre, hogy mióta tart a fájdalom, így az 1564 fő 92 százalékának (1440 fő) van krónikus, azaz három hónapnál régebb óta tartó fájdalma (1. táblázat). Vizsgálatunkban a krónikus fájdalommal élőket összehasonlítottuk egy kontrollcsoporttal. A kontrollcsoport kialakításakor az 5415 főből (akiknek semmilyen fájdalmuk sem volt) nem és életkor alapján illesztett mintát¹ hoztunk létre, így a vizsgálatba 2730 fő került be.

¹ A kontrollcsoportot random mintavételezéssel (véletlen számgenerátor segítségével), a nem és életkor paraméter mentén illesztettük.

Változó	Fő (n)	%
Kevesebb mint egy hónap	56	3,6
1–3 hónap	68	4,3
Több mint három hónap	73	4,6
Több mint fél év	185	11,8
Több mint egy év	1182	75,6

1. táblázat: A fájdalom fennállásának időtartama (n = 1564)

Statisztikai módszerek

Leíró statisztikai elemzést (átlag, gyakoriság) használtunk a változók és háttérváltozók számításához. A vizsgált változók közötti százalékos eltéréseket jeleztük. A krónikus fájdalommal összefüggő változók és a demográfiai mutatók elemzésére korrelációs elemzéseket végeztünk. A kapott eredményeket SPSS 27.0 statisztikai programmal (IBM SPSS Statistics, IBM Corporation, Chicago, IL) elemeztük. A szignifikanciavizsgálatok esetében a 95 százalékos szignifikanciaszintet ($p < 0,05$) fogadtuk el az értékelhetőség minimumaként.

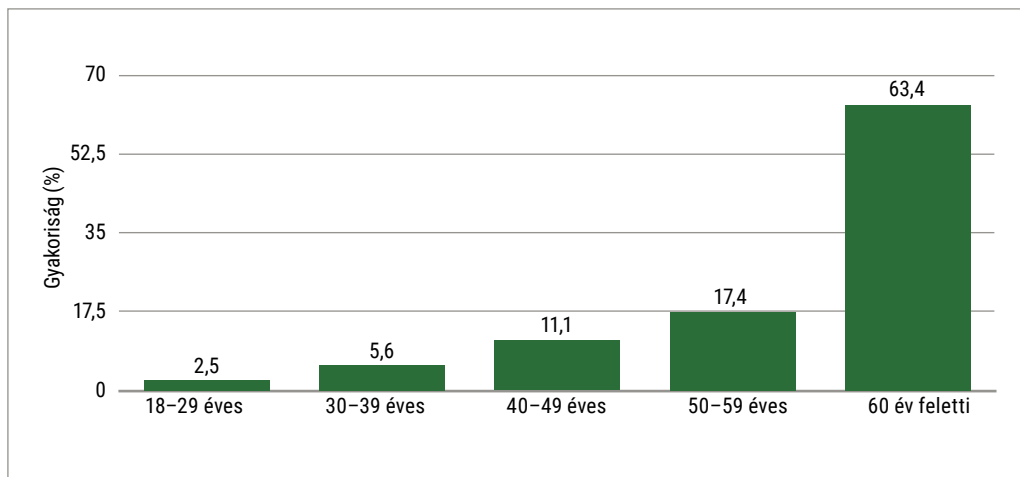
Eredmények

A krónikus fájdalommal élők demográfiai mutatóinak vizsgálata

A krónikus fájdalom prevalenciájának vizsgálatakor megállapítható, hogy a nők csaknem kétszer annyian szenvednek valamilyen krónikus fájdalomtól, mint a férfiak (2. táblázat). Az életkor növekedésével növekszik a krónikus fájdalomban szenvedők aránya, de a 40–49 éves korosztály 11 százalékánál is jelen van ez a tünet (1. ábra). A végzettség tekintetében az alapfokkal rendelkezők aránya van többségben, de akik egyedül élnek és városban laknak, azok körében is nagyobb arányban jellemző. A krónikus fájdalommal élők 1,8 százaléka alkalmi munkából él, és 4,6 százalékuk rokkantnyugdíjas. Ha a kisebbségi csoportokat vizsgáljuk, akkor a legnagyobb arányban a roma lakosság 7,7 százalékát érinti a krónikus fájdalom meglete. Vizsgálatunk kitért a gazdasági mutatók elemzésére is. A krónikus fájdalommal élők legnagyobb százalékának (20,9%) 101–150 ezer forint a havi nettó összjövedelme, ugyanezen populáció 14,5, illetve 14,6 százaléka 251–300 ezer forintot, illetve 301–400 ezer forintot keres. (2. táblázat).

Változó	Krónikus fájdalommal élők n (%)
Teljes minta	1440
Nem	
Férfi	521 (36,2)
Nő	918 (63,8)
Iskolai végzettség	
Alapfok	887 (61,6)
Középfok	348 (24,1)
Felsőfok	205 (14,3)
Településtípus	
Budapest	163 (11,3)
Megyeszékhely, megyei jogú város	306 (21,3)
Város	521 (36,2)
Község, nagyközség	450 (31,2)
Családi állapot	
Partnerrel él	600 (41,7)
Egyedül él	839 (58,3)
Gazdasági mutatók	
Átlag havi nettó összjövedelem tartománya (Ft)	201–250 ezer
0–30 ezer forint	0 (0)
31–50 ezer forint	6 (0,7)
51–100 ezer forint	85 (9,0)
101–150 ezer forint	196 (20,9)
151–200 ezer forint	124 (13,2)
201–250 ezer forint	106 (11,3)
251–300 ezer forint	137 (14,5)
301–400 ezer forint	138 (14,6)
401–500 ezer forint	88 (9,3)
501–600 ezer forint	35 (3,7)
601–700 ezer forint	14 (1,5)
701–800 ezer forint	6 (0,6)
801–900 ezer forint	5 (0,6)
901 ezer forint vagy több	1 (0,1)
Kevés a jövedelme a megélhetéshez	
Igen	194 (13,7)
Nem	1218 (86,3)

2. táblázat: A krónikus fájdalomban szenvedők demográfiai jellemzői



1. ábra: A krónikus fájdalommal élők életkori eloszlása (%)

A krónikus fájdalommal élők és a kontrollcsoport vizsgálatának különbségei

Vizsgálatunkban megnéztük, milyen demográfiai különbségek figyelhetők meg a krónikus fájdalommal élők és a krónikus fájdalomban nem szenvedők között. Szignifikáns kapcsolatot mutattunk ki a krónikus fájdalom és a nem, az életkor, az iskolai végzettség, valamint a családi állapot között. A településtípusok vizsgálatakor dichotóm változókat hoztunk létre. Az összehasonlításakor azt vizsgáltuk, hogy a Budapesten, illetve az összes többi településen élők között van-e kapcsolat a krónikus fájdalom tekintetében. Nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a megyeszékhelyen, illetve az összes településtípusban élők közötti összehasonlításban. A budapestiek, a városban lakók, valamint a község, nagyközség és a többi településtípus összevetése esetében szignifikáns kapcsolatot találtunk. A krónikus fájdalom és a gazdasági mutatók vizsgálatánál szignifikáns kapcsolatot találtunk az átlag havi nettó összjövedelem (Mann-Whitney-féle U-teszt 559121,500; $p = 0,000$), a megélhetés és a krónikus fájdalom között (3. táblázat).

Változó	Krónikus fájdalommal élők n (%)	Krónikus fájdalomtól nem szenvedők n (%)	Szignifikancia
Teljes minta	1440	2730	
Nem			χ^2 61,662; p < 0,001
Férfi	521 (36,2)	1321 (49,0)	
Nő	918 (63,8)	1378 (51,0)	
Életkor (átlag)	61,86	45,26	M–W U 3347719,00; p = 0,000
Iskolai végzettség			M–W U 2608937,500; p = 0,000
Alapfok	887 (61,6)	1117 (41,4)	
Középfok	348 (24,1)	956 (35,4)	
Felsőfok	205 (14,3)	626 (23,2)	
Településtípus			
Budapest	163 (11,3)	555 (20,5)	χ^2 55,886; p < 0,001
Megyeszékhely, megyei jogú város	306 (21,3)	536 (19,8)	NS
Város	521 (36,2)	850 (31,5)	χ^2 9,314; p = 0,002
Község, nagyközség	450 (31,2)	759 (28,1)	χ^2 4,445; p = 0,035
Családi állapot			χ^2 7,548; p = 0,006
Partnerrel él	600 (41,7)	1673 (62,3)	
Egyedül él	839 (58,3)	1014 (37,7)	
Gazdasági mutató			
Kevés a jövedelme amegélhetéshez			χ^2 86,637; p < 0,001
Igen	194 (13,7)	335 (8,2)	
Nem	1218 (86,3)	3732 (91,8)	

3. táblázat: A krónikus fájdalomban szenvedők és a kontrollcsoport korrelációs vizsgálata

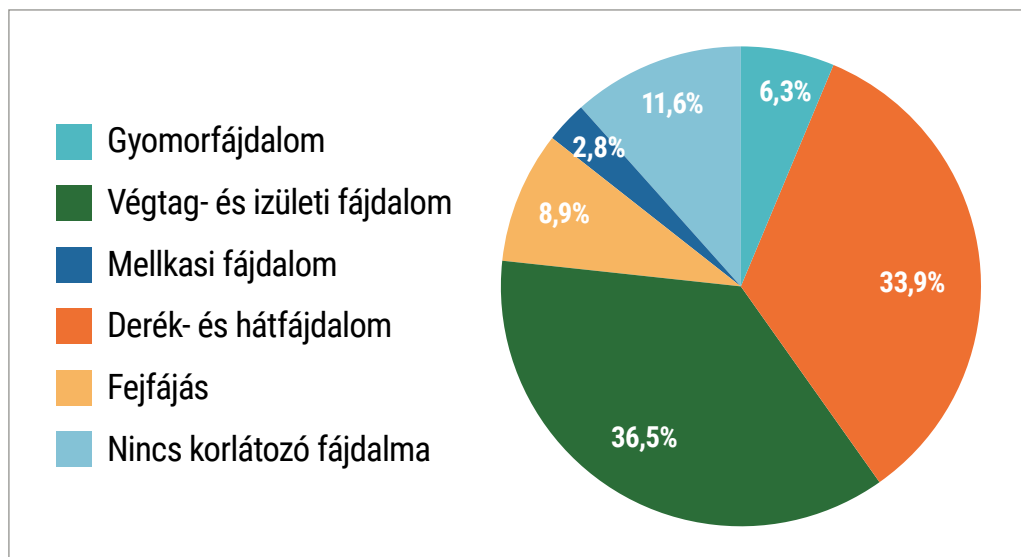
A krónikus fájdalommal élők legnagyobb arányban valamilyen módon gyakorolják a vallásukat. Többségükre jellemző, hogy inkább a maguk módján, mint egyházi keretek között (4. táblázat).

	Krónikus fájdalommal élők n (%)	Krónikus fájdalomtól nem szenvedők n (%)	Szignifikancia
Nem hívő	382 (26,6)	1455 (35,3)	χ^2 72,974; $p < 0,001$
Nem gyakorolja a vallását	247 (17,2)	844 (20,5)	χ^2 14,316; $p < 0,001$
A maga módján gyakorolja	581 (40,5)	1358 (32,9)	χ^2 56,691; $p < 0,001$
Ritkán, az egyházban	95 (6,6)	214 (5,2)	χ^2 8,781; $p = 0,003$
Rendszeresen, az egyházban	130 (9,1)	249 (6,0)	χ^2 35,300; $p < 0,001$

4. táblázat: A mintában lévők vallásgyakorlása

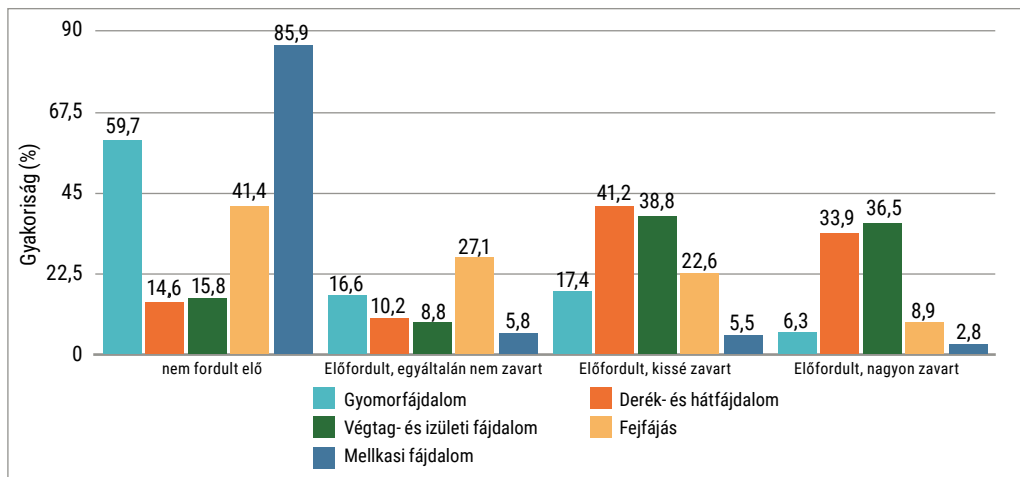
A krónikus fájdalommal élők tünetei

A leggyakoribb tünet a krónikus fájdalommal élők körében a végtag- és ízületi fájdalom volt (36,5%), amelyet gyakoriságban a derék- és hátfájdalom (33,9%), a fejfájás (8,9%) és a gyomorfájdalom (6,3%) követett (2. ábra).



2. ábra: A krónikus fájdalommal élők tüneteinek eloszlása (%)

A krónikus fájdalommal élők egy részénél nem, vagy enyhe-közepes mértékben jelentkezett életviteli korlátozottság, az 1440 főből 1276 fő (88,6%) arról számolt be, hogy a fájdalom nagyon zavarta, amely a teljes minta 18,3 százaléka (3. ábra).



3. ábra: A krónikus fájdalommal élők életviteli korlátozottságának megoszlása fájdalomtípusok szerint (%)

A krónikus fájdalommal élők 39,9 százaléka túlsúlyos, 30,3 százalék elhízott a testtömegindex (BMI) sávjai alapján, míg a krónikus fájdalomtól nem szenvedők legnagyobb százalékban normál súlyúak (48,0%). Fizikai aktivitást 70 százalékban nem végeznek a krónikus fájdalommal élők. Mindkét vizsgálati csoportban a többség nem dohányzik (51,5%, illetve 54,6%), és nem is iszik alkoholt (53,2%, illetve 42,4%). Ugyanakkor a dohányosok közül a krónikus fájdalommal élők többségére jellemző, hogy naponta dohányzik, szemben a kontrollcsoporttal. Alkoholfogyasztás tekintetében a hetente négyszer vagy többször alkoholt fogyasztók száma is magasabb ebben a csoportban. Pszichofarmakonok szedése a krónikus fájdalommal élőkre jellemző, 4 százalékuk naponta többször is fogyaszt, míg 11 százalékuk csak egyszer (5. táblázat).

Változók	Krónikus fájdalommal élők n (%)	Krónikus fájdalommal nem élők n (%)	Szignifikancia
BMI			M-W U 2671767,00; p = 0,000
Alultáplált	22 (1,6)	49 (1,9)	
Normális súlyú	391 (28,4)	1219 (48,0)	
Túlsúlyos	546 (39,6)	988 (38,9)	
Elhízott	418 (30,3)	39 (1,5)	
Fizikai aktivitás*			
Soha	1003 (70,0)	95 (3,6)	
Ritkábban mint heti egyszer	121 (8,5)	832 (31,1)	
Hetente egyszer	90 (6,3)	1747 (65,3)	
Hetente többször	124 (8,7)	–	
Naponta egyszer	57 (4,0)	–	
Naponta többször	37 (2,6)	–	
Dohányzás			
Soha	740 (51,5)	1473 (54,6)	
Már leszokott	255 (17,7)	298 (11,0)	
Dohányzik	443 (30,8)	925 (34,3)	
Naponta	425 (96,2)	880 (71,9)	
Hetente néhányszor	11 (2,4)	33 (2,7)	
Hetente egyszer (hétvégén)	1 (0,3)	5 (0,4)	
Ennél is ritkábban	5 (1,1)	305 (25,0)	
Alkoholfogyasztás			
Soha	764 (53,2)	1142 (42,4)	
Havonta vagy kevesebbszer	311 (21,6)	806 (29,9)	
Havonta kétszer-négyyszer	122 (8,5)	394 (14,6)	
Hetente kétszer-háromszor	151 (10,5)	245 (9,1)	
Hetente négyszer vagy többször	87 (6,1)	106 (3,9)	
Pszichofarmakon szedése			
Naponta többször	57 (4,0)	16 (0,6)	
Naponta egyszer	162 (11,3)	48 (1,8)	
Hetente négy-hat napon	19 (1,3)	15 (0,5)	
Hetente két-három napon	49 (3,4)	41 (1,5)	
Havonta négyszer-ötször	47 (3,2)	26 (0,9)	
Havonta egyszer vagy ritkábban	86 (6,0)	106 (3,9)	
Soha	1016 (70,8)	2440 (6)	

*Korrelációs vizsgálatot nem végeztünk, mert a válaszok alapján torzított eredményt kapnánk.

5. táblázat: A krónikus fájdalom következményei

Alvással kapcsolatos problémák közép-súlyos mértékben a krónikus fájdalommal élők csoportjának közel harmadában fordultak elő (6. táblázat).

	Krónikus fájdalommal élők n (%)	Krónikus fájdalommal nem élők n (%)	Szignifikancia
Nem fordult elő	836 (58,1)	2289 (84,9)	χ^2 342,582; $p < 0,001$
Előfordult, egyáltalán nem zavart	192 (13,3)	259 (9,6)	χ^2 156,963; $p < 0,001$
Előfordult, kissé zavart	278 (19,3)	116 (4,3)	χ^2 97,913; $p < 0,001$
Előfordult, nagyon zavart	134 (9,3)	32 (1,2)	χ^2 41,230; $p < 0,001$

6. táblázat: Alvással kapcsolatos problémák előfordulása a mintában (%)

Megbeszélés

A krónikus fájdalom prevalenciája Magyarországon a világ más országaihoz hasonlóan magas, minden ötödik felnőtt lakost érinti, ami megfelel eredeti hipotézisünknek.

Jelen vizsgálat eredményei alacsonyabb prevalenciát mutatnak a korábbi magyarországi adatokhoz képest: az 1995-ös Hungarostudy adatait felhasználó vizsgálatban a prevalencia 32,7 százalék volt. Az akkori kutatás nem a krónikus fájdalmat önmagában, hanem az életviteli korlátozottsággal járó fájdalom gyakoriságát vizsgálta (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001). A gyakori fejfájást és mozgásszervi fájdalmat vizsgáló, szintén kilencvenes évekbeli kutatás 15–24 éves nők körében 43,8, illetve 25,8 százalékos prevalenciát írt le (Réthelyi és mtsai 2004). Mindegyik korábbi vizsgálat más metodikával, fájdalomdefinícióval és korcsoportban zajlott, így adataik összevetése a jelenlegiekkel csak korlátozottan lehetséges.

Jelen vizsgálatunk eredményei a nemzetközi adatoknak is megfelelnek: egy amerikai kutatás szerint a krónikus fájdalom prevalenciája 20,4 százalék, egy brit szisztematikus áttekintő közlemény pedig több vizsgálat összehasonlító elemzése alapján 43,5 százaléknak mérte a prevalenciát az Egyesült Királyságban (Dahlhamer és mtsai 2018; Fayaz és mtsai 2016).

A szociodemográfiai mutatók közül a nem tekintetében feltételeztük, hogy a nők körében statisztikailag szignifikánsan magasabb a krónikus fájdalom

prevalenciája. Az elemzés alapján a férfiakhoz képest közel a duplája volt a gyakoriság a nők körében, ami megfelel a korábbi hasonló magyarországi vizsgálatnak és a nemzetközi trendeknek (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001; Mills, Nicolson és Smith 2019). A nők predominanciájának hátterében egyes kutatók a fokozott centrális szenzitivitás mellett a fájdalommal való gyengébb megküzdési képességet feltételezik (Dengler-Crish, Bruehl és Walker 2011).

Hipotézisünk szerint az életkorral nő a krónikus fájdalom prevalenciája. Ez adataink alapján igaznak bizonyult: a legmagasabb gyakoriságot a hatvan év feletti korosztályban mértük. Réthelyi, Berghammer és Kopp (2001) vizsgálata is az életkorral emelkedő gyakoriságot írt le. A jelenség magyarázata a növekvő multimorbiditás, amely emeli a fájdalmas beavatkozások és állapotok gyakoriságát (Mills, Nicolson és Smith 2019).

A családi állapot terén a korábbi magyarországi kutatás alapján (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001) – amelyben özvegyek esetében magasabb prevalenciát írtak le – feltételeztük, hogy az egyedül élők körében magasabb a krónikus fájdalom prevalenciája, mivel ebbe a körbe az özvegyek is beletartoznak. Ezt a 2021-es vizsgálat megerősítette. Feltehetően az özvegyiséggel járó emocionális megterhelés tehető felelőssé az egyedülállók körében észlelt magasabb prevalenciáért (Wade és mtsai 2013).

A szocioökonómiai státusz, az iskolai végzettség és a szociális depriváció komplex relációban áll a krónikus fájdalommal. Ezt a feltételezésünket a statisztikai számítások is alátámasztották. Az 1995-ös Hungarostudy adatai szerint csak az iskolai végzettséget tekintve volt statisztikailag szignifikáns különbség a korlátozó fájdalom tekintetében a szakképzettség nélküli dolgozók körében. A deprivációban élők súlyosabb fájdalomról és nagyobb életviteli korlátozottságról számoltak be, mint a jobb szocioökonómiai státuszú személyek (Mills, Nicolson és Smith 2019). A munkanélküliség kis elemszáma miatt a statisztikai kapcsolatot nem vizsgáltuk.

A krónikus fájdalommal élők körében statisztikailag szignifikánsan gyakoribb a vallásosság, mint a kontrollcsoportban. A vallást leginkább a maguk módján gyakorolják, kevésbé jellemző az egyházi vallásgyakorlás. A krónikus fájdalom és a spiritualitás/vallásosság kapcsolatát epidemiológiai relációban korábban külföldi kutatások is vizsgálták, azonban a spiritualitás/vallásosság szerepe a fájdalom különböző aspektusait figyelembe véve ellentmondásos. Egy metaanalízis alapján a vallásosság gyakrabban jár együtt negatívabb

fájdalommal kapcsolatos hittel, kogníciókkal, érzelmekkel, ugyanakkor a fájdalom elfogadásában és a megküzdésben elsősorban muszkuloszkeletális fájdalom esetén protektív faktor is lehet (Najem és mtsai 2021).

A krónikus fájdalom típusai közül a végtag- és ízületi fájdalom bizonyult a leggyakoribbnak, csakúgy, mint a korábbi magyarországi mintában. A nemzetközi irodalom e tekintetben nem egységes, bár az első helyen jórészt a mozgásszervi fájdalom áll, amely a Lancet Global Burden of Disease listáján is évek óta vezető helyen szerepel. Ez szintén azt mutatja, hogy jelentős népegészségügyi problémáról van szó (Voss és mtsai 2017). A muszkuloszkeletális panaszok az öregedéssel kapcsolatban jelentkeznek, és jelentős életviteli korlátozottságot képesek okozni, illetve munkából való kieséssel, életminőség-romlással társulva magas egyéni és társadalmi költségekkel is járnak (Raja és mtsai 2020).

Az életviteli korlátozottság tekintetében a külföldi tanulmányok által közölt 10 százalék körüli prevalencia helyett jelen vizsgálatunk magasabb, 1,5-szer annyi személynél jelentkező problémát igazolt. A korábbi hazai adatok is magas, csaknem a népesség harmadát érintő jelenségről számoltak be (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001). E számok a nemzetközi tanulmányokhoz képest is jelentősek: egy brit metaanalízis 10,4 és 14,3 százalék közötti értéket jelez a középsúlyosan-súlyosan korlátozó fájdalommal kapcsolatban (Dahlhamer és mtsai 2018; Fayaz és mtsai 2016; Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001). Az életviteli korlátozottsággal járó krónikus fájdalom prevalenciájának magas száma ennek alapján magyar sajátosságnak tűnik, amely a magyar népesség rossz egészségi állapotának lehet a következménye, azonban ennek igazolásához további kutatásokra és az életviteli korlátozottság részletesebb vizsgálatára lenne szükség, amely a fájdalom erősségével, gyakoriságával és az életviteli korlátozottság mértékével is részleteiben foglalkozik.

Eredeti feltételezésünk szerint az elhízottak aránya magasabb a vizsgálati csoportban: ezt a feltételezést a statisztikai elemzés és a nemzetközi irodalom is alátámasztja. Az elhízás a krónikus fájdalom független rizikófaktor. A nemzetközi irodalom alapján a csontokra és ízületekre ható nyomás, a fizikai aktivitás csökkenése és az általános testi edzettség romlása következtében fejt ki negatív hatást (Mills, Nicolson és Smith 2019).

Eredeti hipotézisünknek megfelelően adataink szerint a krónikus fájdalom a dohányzás magasabb prevalenciájával társult, hasonlóan a nemzetközi

trendekhez. A külföldi szakirodalom szerint a krónikus fájdalommal élők körében gyakoribb a nikotinfüggőség, több cigarettát szívnak el naponta, és nehezebben szoknak le a dohányzásról (Mills, Nicolson és Smith 2019).

Az alkoholfogyasztás magasabb prevalenciáját a krónikus fájdalommal élők körében külföldi adatok is megerősítik. Az összefüggés háttérében feltehetően az alkohol fájdalomcsillapító hatása áll, így fogyasztása egyfajta öngyógyszerezésnek tekinthető, azonban hosszabb távon a fájdalomérzékelés megváltoztatásán keresztül hozzájárul a krónikus fájdalom fennmaradásához (Mills, Nicolson és Smith 2019).

A különböző gyógyszerek (fájdalomcsillapítók, pszichofarmakonok stb.) túlhasználata krónikus fájdalom miatt kevésbé vizsgált terület, de egyes kutatások szerint ópium abúzzsal együtt a betegek 9 százalékát is érintheti, amit jelen vizsgálatunk is alátámaszt (Vadivelu és mtsai 2018).

Eredeti hipotézisünk szerint az alvási probléma prevalenciája magasabb a krónikus fájdalommal élők körében, és súlyossági foktól függetlenül statisztikailag szignifikánsan magasabbnak is bizonyult a jelen vizsgálatban. Az alvászavarral való kapcsolat bidirekcionális: az angol nyelvű szakirodalom szerint a krónikus fájdalommal élők mintegy felét érinti e probléma (Mills, Nicolson és Smith 2019; Vadivelu és mtsai 2018). Saját kutatásunkban az alvási probléma valamilyen mértékben a krónikus fájdalommal élők csoportjának 41,9 százalékát érintette, ami nagyságrendileg megfelel a nemzetközi adatoknak.

Vizsgálatunk korlátja, hogy a fájdalommal kapcsolatos kérdések nem terjednek ki minden fájdalomtípusra, nem részeletezik a fájdalom karakterisztikáját, és nem térnek ki a fájdalom okozta életviteli korlátozottság mérésére. Kutatásunk másik gyenge pontja, hogy keresztmetszeti vizsgálat lévén ok-okozati viszonyt nem tudtunk kimutatni a krónikus fájdalom és a demográfiai mutatók, illetve az alvászavar között.

Azonban vizsgálatunknak számos erőssége is van. Eredményeink elsőként számolnak be reprezentatív minta alapján a krónikus fájdalom prevalenciájáról a magyar népesség körében és a különböző fájdalomtípusok együttjárásáról szociodemográfiai mutatókkal. A vizsgálat ezenkívül egyike azon kevés kutatásnak, amely a krónikus fájdalom és a vallásosság kapcsolatát is vizsgálta.

Összegzés

A magyar populáció a nemzetközi adatokhoz hasonlóan 20,9 százalékos gyakorisággal szenved krónikus fájdalomtól. A női predominancia és a korábban is ismert rizikófaktorok tekintetében minden esetben szignifikáns együtt járás mutatkozott a krónikus fájdalom megjelenésével, ami megerősíti a korábbi vizsgálatok adatait. A probléma jelentős – hazánkban még kevésbé felismert – népegészségügyi szerepe miatt különösen fontos. Jelen kutatás a további vizsgálatok és esetleges népegészségügyi intervenciók szükségességére is felhívja a figyelmet.

Felhasznált irodalom

- Bogduk, Nikolai and Harold Merskey (2012) *Classification of Chronic Pain*. Seattle: IASP Press.
- Cohen, Steven P., Lene Vase and William M. Hooten (2021) Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*. Vol. 397. (10289): 2082–2097.
- Dahlhamer, James, Jacqueline Wilson Lucas, Carla E. Zelaya, Richard Nahin et al. (2018) Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Vol. 67. (36): 1001–1006.
- Dengler-Crish, Christine M., Stephen Bruehl and Lynn S. Walker (2011) Increased wind-up to heat pain in women with a childhood history of functional abdominal pain. *Pain*. Vol. 152 (4): 802–808.
- Fayaz, Alan, Peter Croft, Richard M. Langford, Liam J. Donaldson and Gareth T. Jones (2016) Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*. Vol. 6. (6): e010364.
- Godó Kinga, Major János, Gyimesi-Szikszai Andrea és Ádám Szilvia (2020) A krónikus fájdalom lehetséges rizikótényezői és következményei a magyar tizenévesek körében. *Orvosi Hetilap*. Vol. 161. (13): 502–509.
- Institute of Medicine (2011). *Relieving pain in America. A blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington, DC: National Academies Press.
- Mills, Sarah E. E., Karen P. Nicolson and Blair H. Smith (2019) Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*. Vol. 123. (2): e273–283.
- Najem, Charbel, Naziru Bashir Mukhtar, Farah Ayoubi, Jessica van Oosterwijck, Barbara Cagnie, Kayleigh De Meulemeester and Mira Meeus (2021) Religious Beliefs and Attitudes in Relation to Pain, Pain-Related Beliefs, Function, and Coping in Chronic Musculoskeletal Pain. A Systematic Review. *Pain Physician*. Vol. 24. (8): e1163–1176.
- Raja, Srinivasa N., Daniel B. Carr, Milton Cohen, Nanna B. Finnerup, Herta Flor et al. (2020) The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. Vol. 161. (9): 1976–1982.

- Réthelyi, János Miklós, Berghammer, Rita and Kopp, Mária S. (2001) Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: Results from a cross sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain*. Vol. 93. (2): 115–121.
- Réthelyi János Miklós, Berghammer Rita, Ittész András, Szumska Irena, Purebl György and Csoboth Csilla (2004) Comorbidity of pain problems and depressive symptoms in young women: Results from a cross-sectional survey among women aged 15-24 in Hungary. *European Journal of Pain*. Vol. 8. (1): 63–69.
- St. Sauver, Jennifer L., David O. Warner, Barbara P. Yawn, Debra J. Jacobson, Michaela E. McGree et al. (2013) Why patients visit their doctors. Assessing the most prevalent conditions in a defined American population. *Mayo Clinic Proceedings*. Vol. 88. (1): 56–67.
- Vadivelu, Nalini, Alice M. Kai, Gopal Kodumudi, Dan Haddad, Vijay Kodumudi, Niketh Kuruvilla, Alan David Kaye and Richard D. Urman (2018) Recommendations for Substance Abuse and Pain Control in Patients with Chronic Pain. *Current Pain and Headache Reports*. Vol. 22. (4): 25.
- Voss, Theo et al. (2017) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. Vol. 390. (10100): 1211–1259.
- Wade, James B., Robert P. Hart, James H. Wade, Jasmohan S. Bajaj and Donald D. Price (2013) The relationship between marital status and psychological resilience in chronic pain. *Pain Research and Treatment*. Vol. 2013: 92847.

