

# **Acta Sana**

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Tudományos Lapja

2013.  
VIII. évfolyam 1. szám



**Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata  
A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és  
Szociális Képzési Kar Tudományos Lapja**

**2013.  
VIII. évfolyam 1. szám**

**TARTALOMJEGYZÉK**

<b>Gondozás és prevenció az autizmussal élő gyermeket nevelő családok körében</b> Dr. Tobak Orsolya	<b>9</b>
<b>Hallgatói oldal</b>	
<b><i>Ikerterhességek és ikerszülések során előforduló mentális problémák vizsgálata</i></b> Bachorecz Mátyásné, Szemes Zsófia, Talabér Júlia, Dr. Rigó János, Dr. Szabó László, Dr. Halász József, Dr. Baji Ildikó	<b>27</b>
<b><i>Kisgyermekes édesanyák környezettudatossága és szerepük gyermekeik függőséget okozó szereket elkerülő magatartásában</i></b> Dinnyés Edit, Sándorné Szabó Iringó, Fiedler Orsolya	<b>28</b>
<b><i>Gyermeket nevelő látássérült édesanyák szakmai segítése</i></b> Hodozsó Krisztina, Jakus Petra, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna, Dr. Feith Helga Judit	<b>29</b>
<b><i>A stresszkezelés esszenciája - a táncos mozgás szerepe a distressz oldásában</i></b> Dr. Lászikné dr. Nagy Ágnes	<b>30</b>
<b><i>A nők iskolázottságának hatása a társadalomban és a családban betöltött szerepére</i></b> Murányi Evelin, Rucska Andrea, Dr. Kiss-Tóth Emőke	<b>31</b>
<b><i>Kisgyermekes édesanyák táplálkozási szokásainak vizsgálata Csongrád megyében</i></b> Nagy Anikó, Bajusz Judit, Dr. Tobak Orsolya	<b>32</b>
<b><i>Nők, családanyák egyes életmódelemei és azok összefüggései középiskolás gyermekük életmódjával</i></b> Patakiné Bősze Júlia, Pápai Júlia	<b>33</b>
<b><i>A méhnyakszűrésen megjelent nők társadalmi differenciáltsága jövedelem-egyenlőtlenségi és más szempontokból</i></b> Pusztay Barbara, Dr. Vitrai József	<b>34</b>
<b><i>A gátizomtorna hatásának vizsgálata</i></b> Seres Dóra Katalin, Szabó Kinga, Aranyiné Molnár Tímea	<b>35</b>
<b><i>Nők a virtuális játékok világában</i></b> Szabó János, Dr. Szemán-Nagy Anita	<b>36</b>

<i>Antenatalis és postnatalis depresszió vizsgálata hazai mintán</i>	37
Talabér Júlia, Szemes Zsófia, Bachorecz Mátyásné, Dr. Rigó János, Dr. Szabó László, Dr. Baji Ildikó	
<i>Anyasággal, karrierrel és stresszforrásokkal kapcsolatos hallgatói attitűdök a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán</i>	38
Vácz Anna, Dr. Feith Helga Judit, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna, Dr. Némethné Dr. Gradwohl Edina	
<b>Tudományos Fórum</b>	
<i>Deréktáji fájdalom – sacroiliitis - képző eljárással történő korai kimutatás lehetőségének fontossága fiatal felnőtt- és gyermekkorban</i>	41
dr. Gion Katalin, dr. Onozó Beáta	

**The Theory and Practice of the Health and Social Service  
Scientific Journal of University of Szeged  
Faculty of Health Sciences and Social Studies**

**2013.  
Vol. 8. No. 1.**

**CONTENTS**

<b>Nursing care and prevention among the families bringing up autistic children</b> Orsolya Tobak PhD	17
<b>Student Site</b> <i>Ikerterhességek és ikerszülések során előforduló mentális problémák vizsgálata</i> Bachorecz Mátyásné, Szemes Zsófia, Talabér Júlia, Dr. Rigó János, Dr. Szabó László, Dr. Halász József, Dr. Baji Ildikó	27
<i>Kisgyermekes édesanyák környezettudatossága és szerepük gyermekeik függőséget okozó szereket elkerülő magatartásában</i> Dinnyés Edit, Sándorné Szabó Iringó, Fiedler Orsolya	28
<i>Gyermeket nevelő látássérült édesanyák szakmai segítése</i> Hodozsó Krisztina, Jakus Petra, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna, Dr. Feith Helga Judit	29
<i>A stresszkezelés esszenciája - a táncos mozgás szerepe a distressz oldásában</i> Dr. Lászikné dr. Nagy Ágnes	30
<i>A nők iskolázottságának hatása a társadalomban és a családban betöltött szerepére</i> Murányi Evelin, Rucska Andrea, Dr. Kiss-Tóth Emőke	31
<i>Kisgyermekes édesanyák táplálkozási szokásainak vizsgálata Csongrád megyében</i> Nagy Anikó, Bajusz Judit, Dr. Tobak Orsolya	32
<i>Nők, családanyák egyes életmódelemei és azok összefüggései középiskolás gyermekük életmódjával</i> Patakiné Bősze Júlia, Pápai Júlia	33
<i>A méhnyakszűrésen megjelent nők társadalmi differenciáltsága jövedelem-egyenlőtlenségi és más szempontokból</i> Pusztay Barbara, Dr. Vitrai József	34
<i>A gátizomtorna hatásának vizsgálata</i> Seres Dóra Katalin, Szabó Kinga, Aranyné Molnár Tímea	35
<i>Nők a virtuális játékok világában</i> Szabó János, Dr. Szemán-Nagy Anita	36

<i>Antenatalis és postnatalis depresszió vizsgálata hazai mintán</i>	37
Talabér Júlia, Szemes Zsófia, Bachorecz Mátyásné, Dr. Rigó János, Dr. Szabó László, Dr. Baji Ildikó	
<i>Anyasággal, karrierrel és stresszforrásokkal kapcsolatos hallgatói attitűdök a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán</i>	38
Váczi Anna, Dr. Feith Helga Judit, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna, Dr. Némethné Dr. Gradwohl Edina	
<b>Scientific Forum</b>	
<i>Deréktáji fájdalom – sacroiliitis - képző eljárással történő korai kimutatás lehetőségének fontossága fiatal felnőtt- és gyermekkorban</i>	41
dr. Gion Katalin, dr. Onozó Beáta	

Tisztelt Olvasó!

Lecturi Salutem!

Üdvözet – Invocatio – az Olvasónak!

A Tudományos Bizottság ezúton köszönti olvasóit, és ajánlja figyelmükbe továbbra is a Kar tudományos folyóiratát.

A misszióját változatlanul őrző Acta Sana legfőbb feladata az elkövetkezőkben is hangsúlyt adni és méltó keretet biztosítani a Karon elért tudományos eredmények megismertetésének, valamint generálni az egyes szakterületek közötti tudományos párbeszédet az egyetemi hagyományoknak megfelelően.

A Szerkesztőbizottság támogatni kívánja a kutatóműhelyek kialakulását és működését - különösen az ápolás, fizioterápia, szociális munka és a védőnői munka területén -, továbbá a tudás határoktól független szabad áramlását. Megtisztelő érdeklődését és értékes hozzájárulását megköszönve várjuk kollégáink, hallgatóink és az együttműködő külföldi társintézmények munkatársainak közleményeit, amelyeket magyar és angol nyelven (magyar szerzők tollából is) az útmutatóban foglaltak szerint lehet benyújtani.

Szerkesztők

Greetings – Invocatio - to the Reader

Dear Reader,

The Scientific Committee are greeting the reader and thus recommending the scientific journal of the Faculty to your attention.

Preserving our mission, the main duty of Acta Sana will be in the future as well to focus on and to provide a frame for disseminating the scientific results achieved at the Faculty and to generate an interdisciplinary dialogue according to the University traditions.

The Editorial Board wish to support the development of research networks especially in the field of nursing, physiotherapy, social work and health visiting, and the free flow of knowledge without boundaries. Thanking you for your honouring interest and valuable contribution, we wait for the papers written by our colleagues, students and members of partner institutions abroad, which can be submitted in Hungarian and in English (from the pen of Hungarian authors, too) and according to the Guidelines.

Editors



# Gondozás és prevenció az autizmussal élő gyermeket nevelő családok körében

(doktori értekezés tézisei)

**Dr. Tobak Orsolya**

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar  
Egészségtudományi Doktori Iskola  
e-mail: tobako@etszk.u-szeged.hu

## Bevezetés

Hazánkban az értelmi fogyatékosokkal, autistákkal szemben rendkívül sok előítélet és sztereotípiát él, melyeknek háttérében általában a tájékozatlanság és a tőlük való félelem áll. A társadalomtudományok egyik fontos tapasztalata, hogy a kialakult negatív attitűdök gátolják az együttműködést. Fontos, hogy elsődlegesen a segítő szakember hozzáállását változtassuk meg, amely magával hozhatja a szűkebb és tágabb környezet pozitív viszonyulását a fogyatékkal élők felé.

Ezen problémák megoldására az elmúlt 10-15 évben voltak törekvések. Fogyatékkal élők érdekeit védő jogszabály született, számos érdekvédelmi szervezet működik, egyre nagyobb teret kap az integráció. A közvélemény azonban még gyakran elzárkózik a fogyatékos gyermeket nevelő családoktól, az aktív segítő attitűd a népesség túlnyomó részében még nem jellemző. A fogyatékkal élők jelen vannak a társadalomban, de más és más viszonyulást tapasztalhatunk a különböző fogyatékosági csoportok iránt. Jelen kutatás az autizmussal élő (pervazív fejlődési zavar) gyermekek mindennapijait kívánja bemutatni.

A Magyarországon élő, autista gyermeket nevelő családok demográfiai adatainak tükrében fény derül a megoldásra váró problémákra. Választ kapunk a megkülönböztetés okaira, módjára, gyakoriságára, helyére. Megfogalmazásra kerülnek azok a szociodemográfiai jellemzők, amelyek negatív módon befolyásolják a gyermek állapotának súlyosságát. Körvonalazódik egy szociális háló, megtudhatjuk, kik támogatják a családokat, és milyen terheket kell egyedül hordozniuk. A vizsgálat kapcsán képet kaphatunk arról, hogy milyen segítséget tudunk nyújtani az egyén, a közösségek és a társadalom szintjén.

A bevezetésben leírtak és a szakirodalom áttekintése után a következő **kutatási problémát** fogalmaztam meg:

*Milyen tényezők befolyásolják az autizmussal élő gyermeket nevelő családok társadalmilag hátrányos helyzetét?*

## Célkitűzések

A kutatási probléma megválaszolására az alábbi kutatási célokat tűztem ki:

- Feltárni a társadalom felől érkező kirekesztés okait és azok befolyásoló tényezőit.
- Leírni, mely tényezők növelik az autista gyermeket nevelő családok esélyegyenlőtlenségeit, illetve fokozzák a társadalmi hátrányokat.
- Feltárni az autizmussal élő gyermeket nevelő családok szociodemográfiai helyzetét, valamint a szülők közötti kapcsolati hálót.
- Feltárni a családon belüli és kívüli támogató környezet lehetőségeit, erősségeit és a hiányosságait.
- Vizsgálni milyen módon javítható a korai felismerést követő mielőbbi diagnosztizálás, és ebben milyen szerepe lehet a védőnőnek.
- Vizsgálni az egészségügyi, szociális és oktatási intézmények elérhetőségének regionális megoszlását.
- Összegyűjteni a védőnői ellátással kapcsolatos problémákat, elvárásokat, feladatokat.

## Hipotézisek

A kutatási célok, a következő hipotézisek mentén kerülnek megválaszolásra.

1. *A társadalomból való kirekesztést tapasztalja az érintett családok legalább 50%-a, melyet befolyásolnak a következő faktorok: település, szülő iskolai végzettsége, szülő életkora, családi állapot, egy főre jutó jövedelem, munkaerő-piaci helyzet, gyermek életkora, gyermek állapotának súlyossága.*

2. *Az autizmussal élő gyermeket nevelő családok elszigetelődnek, közvetlen társas kapcsolataik beszűkülnek, ennek következtében egyedül maradnak a speciális gondozást igénylő gyermekkel, csak önmagukra, szülő társra számíthatnak, ami hatással van a szülőpár kohéziójára is.*
3. *Az autizmus korai tüneteit, a fejlődésbeli anomáliákat a szülők ismerik fel, melyet a szakemberek túlzónak tartanak, vagy nem ismerik el, ennek következtében a felismerés és diagnosztizálás között 2-3 év telik el.*
4. *Az autista gyermeket nevelő családoknál a súlyosság megítélését a következő tényezők hátrányos módon befolyásolják: a család szociodemográfiai helyzete, a gyermek életkora, családtagok egészségi állapota, intézményi ellátás.*
5. *Feltételezem, hogy elsősorban a Közép-Magyarországi régióban és a városokban élnek az autizmussal érintett családok, mivel ez a terület jobb intézményi (egészségügyi, szociális és oktatási) ellátottsággal rendelkezik.*
6. *A védőnők gyakorlati tapasztalataik alapján szereznek információkat az autizmussal élőkről, mert a képzés, továbbképzés során nem kapnak megfelelő, speciális ismereteket, hogy a problémát kezelni tudják.*

### Vizsgálati módszerek, eszközök

A kutatási probléma - minél inkább teljességre törekvő – megválaszolása érdekében két, egymással szorosan összefüggő kutatást végeztem (kvantitatív, kvalitatív).

A kvantitatív adatgyűjtés (A kutatás) a Jelenkutató Intézet által végzett Országos Autizmus Kutatásának részadatait tartalmazza, mely egyszerű tervezett mintavétellel, többlépcsős módszerrel történt. Ennek során, első lépcsőben kiválasztásra kerültek az Autisták Országos Szövetsége (a továbbiakban: AOSZ) és a tagszervezetei (melynek teljes tagsága bekerült a mintába, vagyis teljes körű volt a lekérdezés). Második lépcsőben rajtuk keresztül jutottak el az érintett családokhoz, akiket postai úton kiküldött kérdőívekkel, valamint kérdezőbiztosok segítségével, adatlapokkal kerestek meg.

Postai úton 358 vizsgálati kérdőív került kiküldésre, a kérdező biztosok 312 családot kerestek fel. Valamelyik módon sor került minden szervezethez tartozó család megkeresésre, a kitöltési arány ezen belül 100 %-os volt. Ezen adatokból saját elemzésem során a 0-18 év közötti minta adatait használtam fel (276 fő).

Az „A kutatás” kérdőívét a Jelenkutató Intézet vezetésével egy szakértői csoport állította össze. A vizsgálatra a szükséges engedélyek birtokában, az adatvédelmi szabályok megtartása mellett került sor. A postai úton kiküldött kérdőív a szűrőkérdést követően, nyolc nagy egységet tartalmazott. A szűrőkérdésre azért volt szükség, hogy kizárólag azok kerüljenek bele a mintába, akik rendelkeznek az autizmus diagnózisával.

A kérdőívben kifejtett témakörök az alábbiak voltak:

- diagnózistörténet
- problémák, tapasztalható tünetek
- intézményhasználat, információszerezés
- egészségi állapot a családban
- családi kapcsolatok, feladatmegosztás
- munkavállalás, munka-erőpiaci helyzet
- jövedelem, anyagi helyzet
- demográfia, háztartás

Az „A kutatás” során kitöltött kérdőívek általános kitöltési kontroll alá kerültek. Az adatok rögzítése az SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 17.0 statisztikai programcsomag segítségével, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával történt. A frekvenciák meghatározását követően a változók közötti kapcsolatok mérésére Chi -négyzet teszt, és logisztikus regresszió került alkalmazásra.

A kvalitatív adatgyűjtés (B kutatás) - a szakértői minifókusz - esetében elsődleges cél volt, hogy minél több terület képviselői megszólalhassanak, és elmondják véleményüket az autizmussal kapcsolatosan. A csoportok összeállításánál fő szempontnak tartottam, hogy homogén és heterogén csoportok is kialakításra kerüljenek. A homogén csoport kiválasztása a hipotézisek tükrében egyértelmű volt. Mindenképpen szükség volt egy szülőcsoportra, valamint egy védőnői csoportra. A heterogén csoportba olyan szakembereket

vontam be, akik találkoznak autizmussal élő gyermekekkel, családjaikkal, rész vesznek a gondozásukban, fejlesztésükben, terápiában. Így a szakmai csoportban részt vett gyógypedagógus, pedagógus, pszichiáter, védőnő. A „B kutatás” esetében interjúvázat kidolgozása történt. A kérdéskatalógus négy nagy területet ölelt fel. Ezek a következők: bevezetés, bemutatkozás, asszociáció, autizmus témaköre. Az utolsó rész 7 fő kérdéscsoportot, témakört tartalmaz, a fogyatékos fogalmától egészen az autizmussal élő gyermekek jövőképig.

## Eredmények

Kutatásaim eredményeit összegezve a hipotézisek tükrében a következő megállapításokat tehetjük.

**1. A társadalomból való kirekesztést tapasztalja az érintett családok legalább 50%-a, melyet befolyásolnak a következő faktorok: település, szülő iskolai végzettsége, szülő életkora, családi állapot, egy főre jutó jövedelem, munkaerő-piaci helyzet, gyermek életkora, gyermek állapotának súlyossága.**

A kutatás eredményei alapján az autista gyermeket nevelő családok hátrányos helyzetűek. Alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, falvakban élnek, és még a munkaerőpiacról is kiszorultak, éppen az előző két tényező miatt. Ebből adódóan alacsonyabb jövedelemmel rendelkeznek, azonban kiadásaik fokozatosan nőnek, az autista gyermek ellátásával, gondozásával összefüggésben.

Szociodemográfiai helyzetüket vizsgálva elmondható, hogy a kérdőívet kitöltő szülők elsősorban a közép-magyarországi régióban élnek, a dunántúli régiók alul reprezentáltak. A családok elsősorban városokban laknak. Nemenkénti eloszlásban a fiúk aránya közel négyszerese a lányokénak. A szülők átlagéletkora 38,5 év. Családi állapotukat tekintve 73,4% házastársával együtt neveli gyermekét. A gondozók iskolai végzettsége magasabb, mint a népesség átlagában, 30% a diplomások aránya. A változókat összevetve megállapítható, hogy a gyermek életkorával szignifikánsan emelkedik a válások, külön élések száma. ( $p=0,021$ ) A szülők életkora nagymértékben befolyásolja az egészségi állapotuk megítélését, minél fiatalabb a szülő, annál több energiával rendelkezik, és ítéli saját egészségét jónak.

A családok 36%-a vélte úgy, hogy érte gyermekét hátrányos megkülönböztetés, ezek között említik az intézményből való eltanácsolást (35%), a pedagógus nem megfelelő hozzáállását (31%), az ellátás megtagadását az egészségügyi intézményekben (29%).

A társadalmi hátrányok megjelenését a fent említett tényezőkön kívül befolyásolja a családok munkaerő-piaci helyzete. A megkérdezett szülők 45%-a jelenleg dolgozik, erősítve ezzel a család anyagi helyzetét, saját önértékelését. Azonban a vizsgálatba bevont szülők 38%-a volt már élete során munkanélküli, akik elsősorban falvakban lakók közül kerülnek ki. Azok a szülők, akik jelenleg nem dolgoznak, szeretnének munkába állni, de gyakran elutasítják őket, mivel gyermekük állapota miatt csak részmunkaidős állást tudnának vállalni.

A családok jövedelmi helyzetét vizsgálva, az egy főre jutó jövedelem átlagosan (48,4%) 35-55 ezer forint között van. Szignifikáns kapcsolat írható le a jövedelem és az anyagi helyzet megítélése között, a szülők reálisan látják anyagi helyzetüket. ( $p=0,000$ ) A jövedelmi viszonyokat erősen befolyásolják az adott család többlet kiadásai (közlekedés, gyógyszerek, fejlesztés, gyermekfelügyelet stb.).

*Első hipotézisem tehát igazolást nyert, miszerint a fent említett demográfiai változók hatással vannak a szegregációra, így az érintett családok több, mint 50%-a megéli a társadalmi kirekesztettség érzését, egy vagy több területen.*

**2. Az autizmussal élő gyermeket nevelő családok elszigetelődnek, közvetlen társas kapcsolataik beszűkülnek, ennek következtében egyedül maradnak a speciális gondozást igénylő gyermekkel, csak önmagukra, szülő társra számíthatnak, ami hatással van a szülőpár kohéziójára is.**

A kirekesztés mellett, ami feljüket irányuló megnyilvánulás, tapasztalható az elszigetelődés is, aminek már ők maguk is tevékeny részesei. Az érintett családokon is múlik, hogy ez bekövetkezik-e. Az elszigetelődés jelentkezik a társas kapcsolatokban is, melyek beszűkülnek. Beigazolódott az az állításom, hogy az autizmussal élő gyermeket nevelő családok külső kapcsolatai nagyon behatároltak. A családok 70%-a nem kap a környezetében segítséget. A gyermek állapota, viselkedése miatt az addigi barátok elmaradnak, csak a szűk családra számíthatnak. A gondozással kapcsolatos feladatok nagy terhet rónak a családtagokra, ezért kevés idejük marad egymásra, így a közösen eltöltött rövid idő átértékelődik, a közös családi programok fontos szerepet kapnak. A szülők elsősorban és kizárólagosan a családtagoktól, többi gyermektől, esetlegesen a nagyszülőktől várhatnak, és kapnak segítséget a gyermek ellátásában.

Az autizmussal érintett családok kapcsolatát vizsgálva elmondható, hogy csupán 4%-uk kapott, és 12%-uk adott sorstársainak segítséget. Gondolhatunk itt a közvetlen segítségnyújtáson túl a közösen szervezett beszélgetésekre, kirándulásokra, szülőcsoportok megalakulására. A fenti eredményt befolyásolhatja, az autista gyermeket nevelő családok egymástól való földrajzi távolsága, ismerethiányuk, az elszigetelődésük. Azonban azt is látni kell, hogy éppen ezen családok azok, akik magasabban kvalifikáltak, tagjai valamely egyesületnek, szervezetnek, mégsem tudják egymást elérni.

*Második hipotézisem beigazolódott*, az érintett családok elszigetelődnek, 80%-ban csak a házastársra számíthatnak. Védőnőként ezért feladatunk, hogy megelőzzük ezen családok elszigetelődését, segítve őket abban, hogy megtalálják a sorstársaikat, valamint több érintett család esetében a védőnő is szervezője lehet egy szülőcsoportnak.

### **3. Az autizmus korai tüneteit, a fejlődésbeli anomáliákat a szülők ismerik fel, melyet a szakemberek túlzónak tartanak, vagy nem ismerik el, ennek következtében a felismerés és diagnosztizálás között 2-3 év telik el.**

*Hipotézisem mindkét állítása igazolást nyert*, mert a kutatás eredményeiből látható, hogy az esetek 76%-ában a szülők észlelik az első tüneteket. Az is igazolódott, hogy az esetek 70-80%-ában minimum 2 év biztosan eltelik a felismerés és a diagnózis között. Ezzel késik a fejlesztés – már nem beszélhetünk korai intervencióról sem- rontva a gyermek beilleszkedésének esélyét is. Az első észlelők legnagyobb arányban a szülők voltak, a szakorvosok, védőnők csak az esetek 4%-ában.

Gyakran a szülők már korábban észlelik a tüneteket, azonban a szakemberek „tanácsára” még várnak, ami késlelteti a fejlesztés megkezdését is. Az első orvoshoz fordulástól a diagnózisig hosszú és rögzös út vezet. Az eredményekből láthatjuk, hogy minél fiatalabb a gyermek, vélhetően annál jellemzőbbek a tünetek, így rövidebb idő telik el a pontos diagnózis megadásáig. Ennek oka kereshető a tünetek specificitásában. Elfogadhatjuk azt, hogy az autizmus medicinális megközelítése tág keretek között mozog, nehezen diagnosztizálható, ezzel azonban nem magyarázható a diagnózisig tartó hosszú és gyötrelmes várakozás. Az is gyakran előfordul, hogy a szülő nem ért egyet az első szakvéleménnyel, és másik szakorvost, bizottságot keres (60%).

Védőnőként feladatunk a korai tünetek felismerése, vagy a szülő jelzése esetén a gyermek megfigyelése. Amennyiben a védőnő is észleli az eltérő fejlődés jeleit, azonnal jelzéssel él a házi gyermekorvos, vagy a gyermek háziórvosa felé, valamint támogatja a szakorvosi vizsgálatot is. Segíti a szülőket abban, hogy mely intézményekben végeznek diagnosztizáló vizsgálatot, és tájékoztatja őket arról, oda hogyan tudnak eljutni.

A szoros nyomon követéssel, az esetek többségében lerövidíthető az idő a pontos diagnózisig, és a fejlesztés megkezdéséig. Emellett a védőnőnek nem csupán információval kell segíteni a családot, hanem értő figyelemmel érzelmileg is támogatni.

Minél korábban történik meg a diagnosztizálás, annál hamarabb elkezdődhet a fejlesztés, ha van megfelelő intézmény. A védőnő lehet az az egészségügyi szakember, aki folyamatosan „része a család mindennapjainak”, és útmutatást tud nyújtani a területen működő speciális, korai fejlesztést végző intézmények munkájáról.

A vizsgálatba bevont családok között is kimutatható, hogy magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, jobb anyagi körülmények között élnek, mint magyar népesség átlaga. Ebből adódóan elgondolkodtató, hogy a szegényebb, kevésbé tájékozott szülők gyermekei – segítség nélkül – eljutnak-e a megfelelő ellátásig. A megismert adatok alapján elmondható, nem minden esetben kapják meg ezek a gyermekek a megfelelő ellátást.

A kutatásba bevont gyermekek tünetei azonosak a szakirodalomban leírt jelekkel, melyek közül az elemzésben kiemelttem a beszédkézséget, beszédértést, a viselkedési-, alvási és étkezési zavarokat.

A viselkedési zavarok közül meg kell említeni az indulatos viselkedést (69%), a dühroham jelentkezését (75%), sztereotip mozdulatokat (83%), megrögzött szokásokat. A vizsgálatban részt vevők körében jellemző a „mások előtt kínos viselkedés” és az önkárosító magatartás sem.

Az autizmussal élő gyermekek önállóságát vizsgálva bizonyos területeken (tisztálkodás, öltözködés, táplálkozás), elmondható, hogy igényelnek kisebb segítséget. Átlagosan 1-2 év elmaradásban vannak egészséges társaikhoz viszonyítva a fenti szükségletek kielégítése terén. Azonban ezekben a funkciókban jól fejleszthetőek, ha nincs egyéb társult betegség. Ez a mindennapokban a szülő számára azt jelenti, hogy nem tudja magára hagyni gyermekét, sem a lakásban, sem utcán, sem a közlekedésben. Biztosítani kell

számára valamilyen szintű felügyeletet, amit az állapot súlyossága határoz meg. Nagy szükség van az ellátó intézményekre – nappali vagy bentlakásos – amelyek kicsit tehermentesítik a családot, lehetőséget adnak arra, hogy munkát vállaljanak.

**4. A vizsgálatba bevont családoknál a súlyosság megítélését a következő tényezők hátrányos módon befolyásolják: a család szociodemográfiai helyzete, a gyermek életkora, családtagok egészségi állapota, intézményi ellátás.**

A súlyosság megítélése a szülők szubjektív véleménye alapján történt, miszerint nagyon súlyos (13,4%), közepesen súlyos (51,1%) és enyhe (35,3%) kategóriákat különíthetünk el.

*Negyedik hipotézisem igazolást nyert*, mert az állapot súlyosságának megítélését az alábbi tényezők határozzák meg szignifikánsan, növelve a súlyos kategóriába kerülés esélyét. A változók összevetéséből kiderül, hogy minél fiatalabb a szülő, annál valószínűbb, hogy enyhének ítéli gyermeke problémáját ( $p=0,009$ ). A gyermek állapota negatívan befolyásolja a szülő saját egészségi állapotának megítélését is ( $p=0,000$ ), a súlyos tünetek a szülőknél is fizikális, vagy lelki panaszokat okoznak, ami hatással van a szülő szubjektív jól létére is. Minél idősebb gyermeket vizsgálunk, annál valószínűbb a viselkedési problémák ( $p=0,022$ ) és a beszédzavarok megjelenése is.

Logisztikus regresszióval vizsgálva a változók közötti összefüggést, láthatjuk, hogy szignifikánsan növeli az autizmus súlyosságának megítélését a szülői életkor ( $p=0,001$ ), a szülők iskolai végzettsége ( $p=0,022$ ), valamint az egészségi állapotuk ( $p=0,003$ ). A gyermek viselkedése, és a szükségletek terén mutatott önállósága nem csupán hatással van az állapot megítélésére, hanem a viselkedés 13,6%-ban, az önállóság pedig 11,7%-ban meghatározza az állapotot.

**5. Feltételezem, hogy elsősorban a közép-magyarországi régióban és a városokban élnek az autizmussal érintett családok, mivel ez a terület jobb intézményi (egészségügyi, szociális és oktatási) ellátottsággal rendelkezik.**

Az intézményi ellátás meghatározó része az autizmussal élő gyermeket nevelő családok mindennapjainak.

A vizsgálatban részt vevő gyermekek 90%-a jár valamilyen intézménybe. Az intézménytípusokat vizsgálva színes képet kapunk, találkozhatunk a korai fejlesztőn az óvodán, speciális autista csoporton át a középiskoláig. Gyakran előfordul az intézményváltás, mert a szülők a legmegfelelőbb intézményt keresik speciális igényű gyermekük számára. Az egyes intézménytípusokban különböző időtartamot töltenek a gyermekek, amit befolyásol az életkoruk, és az állapotuk is.

A családok életminőségét jelentősen befolyásolja az intézménybe való eljutás, az utazással járó terhek. A gyermekek fele (57%) 30 percen belül megközelíthető intézménybe jár, még 10%-uk egy óránál több időt tölt utazással. Ezeket a távolságokat legtöbbször autóval, vagy gyalog kénytelenek megtenni, mert az autista gyermekek többségével nem tudják használni a tömegközlekedést. Ennek leggyakoribb oka, hogy nem szeretik a tömeget, valamint a viselkedési problémák is halmozottan jelentkeznek egy új szituációban.

A megkérdezett szülők 90%-a teljesen, vagy többnyire elégedett a gyermeke számára választott intézménnyel, annak pedagógiai programjával, tárgyi felszereltségével, szülők - gyermekek - pedagógusok együttműködésével. Egyetlen hiányosságként a pedagógus speciális felkészültségét említi a szülők.

A gyermekek életkoruknak megfelelő intézménybe járnak, amit 1-2 év „csúszással” kezdenek meg.

*Ötödik hipotézisem részben igazolódott*, a családok regionális elhelyezkedésére és a település szerkezetére vonatkozó állítások alátámasztást nyertek az adatokból. Az intézmény típusa közvetve hatással van arra, hogy a szülő mennyi időt tölt otthon gyermekével, mert minél kevesebb időt van az intézményben a gyermek (ezt az állapota is befolyásolja), annál több idő jut az otthoni közös fejlesztésre, programokra. Ez azonban befolyásolja a szülők munkavállalását is, minél kevesebb időt tölt a gyermek az iskolában, annál valószínűbb, hogy a szülő csak részmunkaidőt tud vállalni.

Ezek alapján megállapítható, hogy szükség van országos szinten jól működő napközi-otthonos, vagy heti bentlakásos intézményekre, azok fejlesztésére, a szakember szám bővítésére. Ezek mellett az intézmények mellett a szülők képesek lesznek munkát vállalni, ezzel javul anyagi helyzetük, társas kapcsolataik kitágulnak. További előnye, hogy a gyermekek az állapotuknak megfelelő speciális fejlesztést kapják, találkoznak kortársaikkal. Mindezen pozitív tényezők mellett megmaradnak a családban, erősödik az érzelmi kötelék a szülő és a gyermeke között, valamint a családi harmóniára is jótékony hatása lesz.

**6. A védőnők gyakorlati tapasztalataik alapján szereznek információkat az autizmussal élőkről, mert a képzés, továbbképzés során nem kapnak megfelelő, speciális ismereteket, hogy a problémát kezelni tudják.**

Utolsó hipotézisem megválaszolására a kvalitatív adatgyűjtés alapján került sor. A szülők jónak ítélik a védőnőjükkel való kapcsolatukat, abban az esetben, ha az még rendszeres. Több esetben előfordul, hogy a védőnő nem tud segítséget adni a családnak a gyermek gondozásában, fejlesztésében. Ennek oka a védőnők megfogalmazása alapján, hogy a főiskolai képzésük során nem kapnak elegendő ismereteket, csak érintőlegesen hallanak az autizmus kérdéséről.

A jelenlegi hálótervben szabadon választható kurzus a fogyatékkal élők védőnői gondozása, melynek keretében 2 órát tudnak az autizmus tünetnevel, gondozásával foglalkozni a hallgatók. A gyakorlatok során is csak kevés esetben fordul elő, hogy autista gyermekkel találkoznak.

Így a védőnők leggyakrabban csak munkájuk során szembesülnek először az autizmus tüneteivel, és magukra vannak utalva a probléma megoldásában. Vélhetően ez is oka lehet annak, hogy ritkábban látogatják ezeket a családokat, mert nem tudnak konkrét segítséget adni a szülőknek. Ezek alapján elmondható, hogy sok megoldatlan feladat van a védőnői gondozás ezen területén.

### **Következtetések**

Az értekezés fent bemutatott eredményekből is egyértelművé vált a korai szűrés szükségessége, mely már az Országos Autizmus Stratégia is megállapít, kiemelve az M-Chat<sup>1</sup> kérdőív alkalmazásának jelentőségét.

A korai szűrés legfőbb céljaként a következőket említi a Stratégia: „A korai felismerés célzott korai beavatkozáshoz vezet, s ennek hatására az autizmussal élő gyermekek nagyobb eséllyel vehetnek részt támogatott integrációban, képességeiket, életminőségüket tekintve jelentősebb javulás várható. A korai szűréshez elsődleges fontosságú, hogy a gyermekorvosok és védőnők tájékozottak legyenek, mind az autizmus spektrum zavarok korai jeleivel, mind a szükséges teendőkkel (pl. megfelelő szakemberhez irányítás) kapcsolatban.”<sup>2</sup> Feladatként megfogalmazódik korszerű szűrőtesztek kidolgozása és továbbképzések indítása az alapellátásban dolgozók részére.

A Stratégiában megfogalmazottak megvalósítása a jövőben ránk váró feladat, melyhez további segítséget nyújthat a 2012. júniusában megjelent, október 1-től beindításra került TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkorai (0-7 év) kiemelt projekt. Ennek célja a 0-7 éves korú gyermek egészséges életkezdetének és sikeres iskolakezdésének támogatása a gyermekek fejlődésének nyomon követésével, a bennük rejlő készségek kibontakoztatásának elősegítésével, a fejlődési rizikótényezők feltárásával, valamint az eltérő fejlődést mutató gyermekek kiszűrésével, az egészségügyi alapellátásban.

A projekt célja, olyan egységes, korszerű ismeretek és módszerek kidolgozása, melyek növelik az alapellátásban dolgozó szakemberek munkájának hatékonyságát, valamint a szülők gyermekük fejlődésével, gondozásával kapcsolatos tudatosságát.

A disszertáció zárásaként a területen dolgozó védőnők számára megfogalmazásra került szakmai protokoll javaslat, amelyben megfogalmazott feladatok összhangban állnak a fenti pályázat célkitűzéseivel.

Ezek a következők: A fejlődés nyomon követése, az eltérő fejlődés felismerése, a veszélyeztető tényezők felismerése, a tennivalók kijelölése, valamint a prevenció megújítása.

A kapott eredményekkel a célunk, hogy kialakuljon egy ellátási protokoll, melynek fontos részét képezi a korai intervenció, majd erre építkezve egy országos szinten működő „első szűrő”-szint feltételrendszere, melynek megvalósításában aktív résztvevők a védőnők.

### **Összegzés**

Mára eljutottunk odáig, hogy az autizmus nem csak egy egyéb fogyatékosági kategória, hanem külön csoportban említik, saját BNO kóddal. Kutatásom kezdetén a szakemberek közül még csak kevesen ismerték az autizmust, ma ez már egyre ismertebb kórkép. A civil szervezetek működésének hatására a társadalom tagjainak tájékozottsága is fokozatosan bővül. Április 2. az autizmus világnapja lett, így ezáltal

1 Robins, D.L. et al. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 31(2). pp.131-144.

2 Országos Autizmus Stratégia 2008-2013.

is egyre szélesebb körben válik ismertté ez a betegség. A probléma kiemelt jelentőségét mutatja, hogy 2012 szeptemberétől a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán választható szakirány az autizmus a gyógypedagógus hallgatók számára, ami reményt ad arra, hogy a növekvő számú diagnosztizált autista gyermek ellátása javulni fog a jövőben.

Védőnőként a kutatási eredményekből megismerhetjük az érintett gyermekek mindennapjait, a családok problémáit, a „túlélési” technikákat, láthatóvá válnak az előítéletek okai, gyakoriságuk. Mindezekben támogatóként állhatunk a szülők mellett, biztosítva számunkra azt a megértő, elfogadó környezetet, amit sokszor az egészségügyi, szociális és oktatási ellátás terén nem tapasztalhatnak meg. A legfőbb feladatunk mégis az, hogy prevenciós szakemberként az elsők legyünk a tünetek felismerésében. Ehhez próbál hozzájárulni a disszertációban megfogalmazott szakmai irányelv, melyben részletes leírást találhatunk az autizmusról, tünettanról, diagnózisról, kezelésről, gondozásról, valamint melléklete tartalmazza azt a kérdőívet, amit már több nyugat-európai országban alkalmaznak. Jelenleg ennek a kérdőívnek csak a fordítása érhető el magyar nyelven, adaptációja hazai viszonyokra még nem történt meg. További céljaim között szerepel a korai intervenció, a kérdőív adaptálása által, és annak teljes körű bevezetése a védőnői gyakorlatba.

## Irodalomjegyzék

### *A DISSZERTÁCIÓHOZ KAPCSOLÓDÓ PUBLIKÁCIÓK*

#### *Folyóirat cikkek:*

**Tobak Orsolya:** A fogyatékosok gondozásának egészségügyi és pedagógiai dimenziói a védőnői tevékenység tükrében. Acta Sana II. évfolyam 2007/1 szám

**Tobak Orsolya:** A védőnő szerepe a fogyatékosok egészségfejlesztésében - The role of the health visitor in the health promotion of disabled people. Egészségfejlesztés 2008/1 szám

**Tobak Orsolya:** A fogyatékoság fogalmának megjelenése a különböző korokban, és tudományterületeken. Acta Sana IV. évfolyam 2009/1 szám

**Orsolya Tobak, Mónika Balogh, Kinga Lampek dr:** The nursing options of health visitors in families bringing up children with autism in Hungary. New Medicine, vol. 14. (2011/ 1)

**Orsolya Tobak, Mónika Balogh, Kinga Lampek dr:** The analysis of the syndroms appearing among children living with autism in Hungary. HealthMED Journal Vol.5 No.6 – Suppl.1.

**Tobak Orsolya, Balogh Mónika, Lampek Kinga dr.:** Az autizmussal élő gyermeket nevelő családok társas kapcsolatainak alakulása a kutatási eredmények tükrében. Egészségakadémia, 2011.2. évf.4. sz.

#### *Könyvfejezet:*

**Bajusz Judit – Fiedler Orsolya – Tobak Orsolya:** Az egészséges csecsemő és kisgyermek gondozása. Juhász Gyula Kiadó, Szeged – 2009.

Védőnői módszertan fejezet. In: Általános Védőnői Ismeretek Tesztkönyv – Rantálné Szabó Márta (főszerk.). Medicina Könyvkiadó, Budapest – 2010.

**Bajusz Judit – Fiedler Orsolya – Tobak Orsolya:** Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó, Budapest – 2012.

#### *Magyar kongresszusi előadások:*

**Tobak Orsolya:** A védőnő szerepe a fogyatékosok egészségfejlesztésében. „In Memoriam Szél Éva” Az egészségtudományért Szeged, 2006.

**Tobak Orsolya:** „Milyen a jó védőnő?” – válaszok egy elégedettségi vizsgálat alapján. Tudomány Napja Szeged 2007. november

**Tobak Orsolya:** A védőnő szerepe az autizmussal élő gyermeket nevelő családok életminőségének javításában. Nemzetközi Eszperantó Konferencia, Szeged, 2010. július

**Tobak Orsolya:** A védőnő szerepe az autizmussal élő gyermeket nevelő családokban Tudomány Napja, Szeged 2010. november

**Tobak Orsolya:** Védőnői feladatok az autizmussal élő gyermekek körében. Szent-Györgyi Napok, Szeged 2011. november

*Nemzetközi kongresszusi előadások:*

**Orsolya Tobak:** Health and educational dimensions of nursing deficit people in the mirror of the health visitor's work. EUSUHM Congress 2007 - Tampere (Finland)

*Nemzetközi idézhető absztraktok*

**Orsolya Tobak:** The Role of the Health Visitor in the Health Promotion in Hungary IUHPE Torino, Italy, 2008.

**Monika Balogh, Orsolya Tobak:** The health status and health behavior of health visitor students, based on a survey in a hungarian school of higher education. IUHPE Torino, Italy, 2008.

**Orsolya Tobak:** The role of the health visitor in preserving the mental hygiene in the autistic families Toronto, Canada, 2009.

*A DISSZERTÁCIÓHOZ NEM KAPCSOLÓDÓ PUBLIKÁCIÓK*

*Folyóirat cikkek:*

**Tobak Orsolya és mt-i:** Mennyire elégedett a gondozott védőnője munkájával? Válaszok egy vizsgálat alapján. Védőnő XVI. évf. 2006/6 szám

**Tobak Orsolya:** A védőnő lehetőségei és feladatai a fogyatékosok gondozásában – egy vizsgálat tükrében. Védőnő XVII. évfolyam 2007/1 szám



---

---

# Nursing care and prevention among the families bringing up autistic children

(doctoral thesis)

**Orsolya Tobak PhD**

University of Pécs, Faculty of Health Sciences

Doctoral School of Health Sciences

e-mail: tobako@etszk.u-szeged.hu

## Introduction

There are a lot of **prejudice and stereotypes** against the mentally handicapped and people with autism in our country where ignorance and fear are generally in the background. One important experience of the social sciences is that negative attitudes hinder cooperation. It is important to change primarily the attitude of the professional helper which can cause positive change in the attitudes towards people with disabilities among the immediate and wider environment.

In the past 10-15 years there have been some efforts to solve these problems. Legislation has been protecting the interests of people with disabilities, a number of advocacy organizations work and more and more attention is paid to the integration. The public, however often refuse the families bringing up disabled children and active attitude to help is not typical at the vast majority of the population.

For these reasons, my goal was to explore the number of children and families living with autism in Hungary, the effectiveness of nursing care, prejudice and discrimination coming from the social and health services, and education have experienced by gap analysis. The problems to be solved are revealed in the light of the affected families' demographic data. We get answers to the reasons, the method, the frequency and the location discrimination. The socio-demographic characteristics that may adversely affect the child's severity are formulated.

A social network is taking shape the supporters of the families can be known and what burdens should they bear alone. The investigation can show a picture of how we can help as individuals, as communities and as a society.

After setting out in the introduction and the literature review, the following **research problem** can be defined:

*What factors influence the situation of the socially disadvantaged families bringing up children with autism?*

## Objectives

To answer to the research problem mentioned in the introduction the following research objectives were set:

- Determine the number of children with autism between the age 0-18 years living in Hungary
- To explore the reasons for exclusion from society and their influencing factors.
- Describe the factors that increase the disparities of families with autistic children, and improve the social disadvantages.
- Uncover the socio-demographic situation of the families raising children with autism and the network of relations among the parents.
- To explore the opportunities, strengths and weaknesses of the domestic and external supportive environment.
- Consider how to improve early diagnosis as soon as possible after recognition, and what role a health visitors plays in it.
- Examine the availability of regional distribution of the health, social and educational institutions.
- Collect all problems, expectations, and responsibilities in connection of the health visitor's care.

### Hypotheses

The research objectives will be answered along the following hypotheses.

- 1. At least 50% of the affected families experience exclusion from the society which was influenced by the following factors: settlement, education, age and marital status of the parent, income per capita, the labor market situation, the child's age and child's severity.*
- 2. Families with children with autism are isolated, have fewer immediate social relations, and consequently left alone with a child in need of special care, they can count on only themselves and their spouse, which can affect the cohesion of the parent as well.*
- 3. Developmental anomalies, early signs of autism, are recognized by parents considered excessive by professionals or are not recognized by them, as a result 2-3 years are passed between the detection and diagnosis.*
- 4. The following factors could adversely affect the assessment of severity at families with children with autism: the socio-demographic status of the family, the age of the children, the state of health of the family members, institutional care.*
- 5. I assume that families affected with autism live primarily in the Central-Hungary region and the cities, as they have a better institutional (health, social services and education) supply.*
- 6. The health visitors obtain information on practical experience about people living with autism because during the education and the further trainings do not receive adequate special information to deal with the problem.*

### Test methods and equipment

In order to answer the research problem, as holistic as possible, I carried out two researches (a quantitative and a qualitative) closely related to each other. The quantitative data collection (research "A") contains the data of the National Autism Research carried out by the Jelenkutató Intézet (a research institute) that was implemented with a simple designed sampling by multi-stage method. During the research as the first step the Autistic Association and its member organizations were selected (with a total membership included in the sample, ie the query was comprehensive). As the second step the families were reached through them.

358 postal examinational questionnaires were sent; the interviewers visited 312 families. During my analysis the data of the samples between year 0-18 were used (**276 people**).

The questionnaire of research "A" was compiled by a group of experts with the leadership of Jelenkutató Intézet.

The postal **questionnaire** contained eight large parts after the filter question. The filter question was needed to find those who have a diagnosis of autism and put only them to the sample.

Topics outlined in the questionnaire were as follows:

- Diagnosis
- Problems experienced symptoms
- Use of institutions, obtaining information
- Health status in the family
- Family relationships, task sharing
- Employment, labor market situation
- Income, financial situation
- Demographics, household

In the case of closed questions the individual response options were numbered in the viewpoint of categorization. Questionnaires filled during research "A" were under general duty control. The data were recorded using the SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 17.0 statistical software package, using the methods of descriptive statistics. After the frequencies were determined measuring the relationship between the variables Chi-square test and logistic regression were used.

In the case of qualitative data collection, the expert mini-focus (research "B"), the primary goal was to give voice to the representatives of more areas so that they can share their opinion on autism. Compiling

the groups the main aspect was to have both homogeneous and heterogeneous groups. In the light of the hypotheses the selection of a homogeneous group was obvious.

A parent group and a group of health visitors were definitely needed. I was looking for those professionals to the heterogeneous group who encounter children with autism, and their families, are involved in their care, development and therapy. So, a special education teacher, a teacher, a psychiatrist and a health visitor were involved in the professional group. In case of **Research “B” an interview** outline development was taken place. The question catalog covers four major areas. They are as follows: opening, introductions, association, autism topic. The last part includes 7 main groups of questions and topics which lead from the concept of disability to the view of future of the children with autism.

## Results

Summarizing my research results and taking into consideration my hypothesis, we can conclude the followings.

***1. At least 50% of the affected families experience exclusion from the society which was influenced by the following factors: settlement, education, age and marital status of the parent, income per capita, the labor market situation, the child’s age and child’s severity.***

According to the research results, those families raising an autistic child are in a disadvantageous position. They have lower qualifications, they live in villages and due to these two factors it is harder for them to find a job. As a result, these parents have lower income but higher expenses as caring for an autistic child is expensive.

Examining the socio-demographic situation of families raising autistic children, we can say that parents filling out my questionnaire live mainly in the Central Hungary region, while the region of South Transdanubia is poorly represented. Families live mainly in towns. According to sex, the rate of boys is nearly four times higher than of the girls. The average age of parents is 38.5 years. Their marital status looks as follows: 73.4% raise their children together with their spouse. Caregivers have higher qualifications than the population average, the rate of parents with a college or university degree is 30%. Comparing the variables, it can be concluded that the number of divorces and separation significantly increase as the child gets older. The age of the parents influences their judgment on their health condition. The younger the parents are, the more energy they have and the more they evaluate their own health satisfactory.

36% of families believe that their child has to suffer discrimination including dismissal from school (35%), inappropriate attitude of the teachers (31%) and the denial of care in health care institutions (29%).

The appearance of social disadvantages is influenced by – besides the factors mentioned above – the job market situation of families. Among the parents who filled out the survey, 45% are working thus strengthening the financial situation of the family and their own self-esteem. However, 38% of parents have already been unemployed. These parents live mainly in villages. Those parents who are unemployed at the moment are very keen on finding a job but unfortunately they are quite often rejected as they would be able to have only a part-time job due to the health status of their child.

The analysis contained the financial situation of families; the average income per person (48.4%) is between 35-55.000 HUF. A significant relationship can be pointed out between the amount of income and the parents’ judgment of their financial situation meaning that parents are able to describe their own financial situation as it is in reality. Finances of a family are strongly influenced by the extra costs of travel, medicine, child development sessions and child surveillance.

I have not found a significant connection between the severity of the child’s health status and the current employment of parents however parents’ unemployment is influenced by the health status of the child.

My first hypothesis is thus being justified as the above mentioned demographic variables have an effect on segregation. More than 50% of concerned families experience social exclusion in one or more fields of life.

***2. Families with children with autism are isolated, have fewer immediate social relations, and consequently left alone with a child in need of special care, they can count on only themselves and their spouse, which can affect the cohesion of the parent as well.***

Besides social exclusion, the families raising an autistic child have to suffer segregation as well, in which however they play an active role. It is up to a family, if this will happen to them. Segregation can

be traced in constrained social interaction too. My statement proved to be justified: social relations of families raising an autistic child are strongly limited. Due to the health status and attitude of the child, the parents lose their previous friends and they can rely on only the close family. Caring for the child means a great burden for family members who would have less time for each other. As a result, the small amount of time spent together becomes really precious and family programs done together have an important role. Parents can hope for help mainly and exclusively from family members, other children in the family or from the grandparents. However, we cannot find any relations between the family cohesion and parents' social life.

After examining the social life of families raising an autistic child, I came to the conclusion that only 4% of them have received and 12% has given help. Results might depend on the distance, lack of knowledge and segregation. However, it must be seen that these families are well-educated, members of organizations and associations and they still cannot keep in touch with each other. Giving help means also organizing discussions among the families, planning excursions or forming parent-groups.

As a health visitor, it is crucially important to prevent the segregation of these families and help them to find other families with the same situation. In case of some concerned families, the health visitor can be the organizer of a helping parent group.

***3. Developmental anomalies, early signs of autism, are recognized by parents considered excessive by professionals or are not recognized by them, as a result 2-3 years are passed between the detection and diagnosis.***

Both of my hypotheses proved to be right. It can be seen from my research results that in 76% of the cases the parents recognize the first symptoms. Besides, my second statement is justified too, that in 70-80% of the cases there is a minimum of two years between the detection of the symptoms and the diagnosis. It results in late development, while the possibility of early intervention cannot be made use of also. It would worsen the children's chances for integration. In most of the cases, the parents were the first who recognized the symptoms, while doctors and health visitors recognized autism in only 4 % of the cases.

It frequently happens that parents detect the symptoms early but according to the professionals' advice they wait which delays the start of development. After the symptoms are recognized, the diagnosis is made in a shorter or longer time. There is a long way from the first visit to the doctor until the diagnosis is made. The results show that the younger the child, the more characteristic the symptoms are, so it takes a shorter time to make the diagnosis. The older the child, the longer it takes to make the diagnosis. The reason for this might be the specificity of the symptoms. It is acceptable that the medical approach of autism varies over a wide range. It is hard to diagnose autism nevertheless it cannot be accepted as an explanation for the long and struggling waiting. In 60% of the cases, the parents did not agree with the first medical opinion and seeks for another doctor or committee.

As health visitors, it is our job to detect early symptoms or observe the child in case of parental request. If the health visitor recognize the signs of abnormal development, she reports it immediately to the GP or the child's own doctor. Health visitors should support further professional examinations too. Health visitors should help parents to find an institution where diagnostic procedures are carried out and help them to get to that place.

With close monitoring, in most of the cases it is possible to shorten the time until the diagnosis is made and the development is started. Besides, providing the parent with information, health visitors should support the family emotionally as well with paying attention and showing understanding.

Provided that the appropriate institution is found after early diagnosis the development can be started. A health visitor can be that health professional who is continuously part of the everyday life of the family and gives information about the operation of institutions that provide early child development.

With these results in my hands, I thought about equality and equal chances in health care. Is the Hungarian health care accessible for everyone, free for everyone and is available at the same quality for everyone? The answer to this question is obviously – no.

Families included in this study is shown to have a higher level of education, better financial circumstances than the average Hungarian population. Consequently, it is thought-provoking to consider if the children of poorer and less-informed parents can reach the proper care without help. According to the revealed information it can be said that these children do not always receive the adequate care. The

symptoms of the children involved in the research are the same as described in the literature, from which language skills, speech, behavior, sleep and eating disorders are highlighted in my analysis.

Agry behavior must be mentioned among behavioral disturbances (69%), the rage of applications (75%), stereotyped movements (83%), compulsive habits. “Embarrassing behavior in front of others’ is not typical among the participants of the study and self-harm neither. The behavioral disturbances have to be mentioned in the angry behavior (69%), the rage of applications (75%), stereotyped movements (83%), compulsive habits. The study participants did not feature among the “embarrassing behavior in front of others’ and self-harm either.

Examining the self-supportiveness of the children with autism in certain areas (grooming, dressing, eating) we can conclude that they require little assistance. On average, they are 1-2 years behind their healthy counterparts in the fields of necessities mentioned above. However, these functions can be developed well if there is no other associated disease.

At the daily life of the parent it means that she can not leave her child alone at home in the street, or at transport. They should have some level of supervision, which is defined by the severity of their condition. There is a great need of care institutions, living or residential, that are a little relief to families, providing them the opportunity to find jobs.

***4. At the families involved in the study the severity assessment is adversely affected by the following factors: the socio-demographic status of the family, their age, state of health of family members, institutional care.***

Subjective assessment of severity was based on the parents’ opinion according to them very serious (13.4%), moderate (51.1%) and mild (35.3%) categories can be distinguished. Our fourth hypothesis was confirmed, as the perception of the severity of the condition is determined significantly by the following factors increasing the chances of falling into a serious category. The comparison of variables shows that the younger the parent is the more likely to consider her child’s problem as minor.

The child’s condition adversely affects the parent’s perception of their own health, severe physical symptoms cause psychological or mental discomfort to parents, which can have an affect on the parent’s subjective well-existence as well. The older child is being tested the more likely to have behavior problems and speech disorders.

Examining the relationship between the variables with logistic regression, we can see that considering the state of autism as sever is significantly increased by parental age, parental education level, and health status. The child’s behavior, and their independence in the field of needs have not only an effect on the assessment of the state but they are dominant in it; performance was 13.6%, and autonomy 11.7%.

***5. I assume that families affected with autism live primarily in the Central Hungarian Region and in the cities, as they have a better institutional (health, social services and education) supply.***

Institutional care has a major part in the everyday lives of the families with children with autism. The 90% of children involved in the study attend some kind of institution. Examining the institution types colorful picture can be seen about the supply system. Institutional change occurs often, because the parents are looking for the most appropriate institution for children with special needs. Children spend different length of time in different types of institutions depending on their age and condition.

The quality of life for families is significantly affected by traveling to the institution the burden of travel. Half of the children attend an institution within 30 minutes while 10% of them spend more than an hour with traveling. These distances are usually forced to take by car or on foot because the majority of the children with autism are unable to use public transport. The most common reason for that is that they do not like the crowds, as well as behavioral problems can have been multiplied in a new situation. The 90% of parents surveyed are satisfied with the institution chosen for their children completely or mostly, in case of educational program, equipment and the cooperation of parents, children and teachers. The only shortcoming mentioned by the parents is the special skills of the teacher. The children attend the institutions appropriate for their age starting with a 1-2 years ‘delay’.

My hypothesis is partially proven, statements about the regional location of the families, and town-structure have been obtained from the data. The type of institution has a direct affect on the amount of time spent by parents with their child at home, since the less time the child spends in the institution (also influenced by their condition), the more time is left for home improvement and programs together.

However, this can affect the employment of the parents, the less time the child spends in school, the more likely the parent can take only part-time.

Based on this, it can be stated that a well-established nationwide day care home, or weekly residential institutions are needed, their development and the extension of the number of professionals are necessary. With the help of these institutions, the parents will be able to apply for a job that can improve their financial situation and their relationships can expand. Further advantage of the children getting the appropriate development according to their state is to meet their peers. Besides all these positive factors they will remain in the family, the emotional bond between parent and child is strengthened, and it can be beneficial to the harmony of the family.

***6. The nurses obtain information on practical experience about people living with autism because they do not receive adequate special knowledge during the education and further trainings to deal with the problem.***

The answer my last hypothesis was based on the qualitative data collection. Parents regard their relationship with their health visitor good if it is regular. It happens in many cases that the nurse is unable to assist the family in caring for the child and their development. This is due to the fact, according to the health visitors, that college does not supply sufficient knowledge, they hear only tangentially on the issue of autism. The current network plan includes nursing care for people with disabilities only as a non-compulsory course, from which there are only 2 lessons about the doctrine of autism symptoms. During practice they also meet rarely autistic children.

So, most of the health visitors face the issue of autism only during their work for the first time and they are on their own to solve this problem. Presumably, this is the cause of visiting these families less frequently because they can not provide specific help for the parents. On the basis of these, it can be said that there are a lot of unsolved challenges in this area of the health visitor care.

## **Conclusion**

The application of M-Chat questionnaire mentioned in the professional is set forth in the National Strategy for Autism, as a potential screening test, which appeared in 2008.

The Strategy mentions the following as the main objective of an early screening: “The early diagnosis leads to a targeted early intervention and it has such an impact on children with autism that they are more likely to participate in supported integration; a major improvement can be expected in terms of their skills, their quality of life. The early detection demands pediatricians and health visitors to be aware of both the early signs of autism spectrum disorders and the appropriate tasks about them (e.g. appropriate specialist management). The task is to develop screening tests and launch trainings for primary care workers.

Our goal to achieve tasks as set out in the Strategy is awaiting for us in the future; further assistance can be provided by SROP 6.1.4 published in June 2012, launched from 1 October. Early Childhood (0-7 years) priority project. It is aimed to support the healthy start of the lives of the children between the age of 0-7 and their successful beginning at schools by monitoring children’s development, facilitating their inherent skills, exploring the developmental risk factors and filtering the children having different development indicators in the primary health care.

The aim of the project is to design integrated, up-to-date skills and methods that increase the efficiency of the work of primary care professionals and the consciousness of the parents in connection with their children’s development. The proposal set out the most important tasks in line with the results described in this thesis and with the proposal of the professional protocol. These are the following: to monitor progress, identify the different development, the recognition of risk factors and make the appointment and renewal of prevention.

Our goal with the obtained results is to develop a care protocol, where early intervention is an important part and on the basis of this constructing a nationwide “first filter” condition-level system, where health visitors are active participants in its implementation.

## **Summary**

Today we reached the point, when autism is not just an other category of disabilities, but a specific group mentioned with its own ICD code. At the beginning of my research only a few specialists were familiar with autism it is now becoming a known clinical picture. Because of the influence of the CSOs the knowledge of the members of society is increased gradually, April 2 became the World Day of autism so this disease becomes more widely known. The utmost importance of the problem is shown by the fact that

from September 2012-n BGGYTF(Hungarian special education college) the specialization in autism can be chosen by special education teacher students, which gives hope that the care of the increasing number of diagnosed autistic children will be improved in the future.

As health visitors we can get acquainted with the daily lives of children, the problems of the families and their “survival” techniques from the results of the research; the causes of prejudices and their incidence rates become visible. In all of these we can stand as a support beside the parents ensuring them an understanding and accepting environment which can not be experienced at many of the health, social care and education. Our main task as prevention experts is still to be the first to recognize the symptoms.

The professional guidelines mentioned above try to contribute to this, which is attached to the questionnaire which has been used in several Western European countries. This questionnaire is currently only available in Hungarian translation, its adaptation to the domestic situation has not happened yet.

My other goals include early intervention, by adapting the questionnaire, and its full implementation of the nursing practice.

## Publications

### RELATED PUBLICATIONS

#### Journal articles:

**Tobak Orsolya:** A fogyatékosok gondozásának egészségügyi és pedagógiai dimenziói a védőnői tevékenység tükrében. Acta Sana II. évfolyam 2007/1 szám

**Tobak Orsolya:** A védőnő szerepe a fogyatékosok egészségfejlesztésében - The role of the health visitor in the health promotion of disabled people. Egészségfejlesztés 2008/1 szám

**Tobak Orsolya:** A fogyatékos fogalmának megjelenése a különböző korokban, és tudományterületeken. Acta Sana IV. évfolyam 2009/1 szám

**Orsolya Tobak, Mónika Balogh, Kinga Lampek dr:** The nursing options of health visitors in families bringing up children with autism in Hungary. New Medicine, vol. 14. (2011/ 1)

**Orsolya Tobak, Mónika Balogh, Kinga Lampek dr:** The analysis of the syndroms appearing among children living with autism in Hungary. HealthMED Journal Vol.5 No.6 – Suppl.1.

**Tobak Orsolya, Balogh Mónika, Lampek Kinga dr.:** Az autizmussal élő gyermeket nevelő családok társas kapcsolatainak alakulása a kutatási eredmények tükrében. Egészségakadémia, 2011.2. évf.4. sz.

#### Chapters:

**Bajusz Judit – Fiedler Orsolya – Tobak Orsolya:** Az egészséges csecsemő és kisgyermek gondozása. Juhász Gyula Kiadó, Szeged – 2009.

Védőnői módszertan fejezet. In: Általános Védőnői Ismeretek Tesztkönyv – Rantálné Szabó Márta (főszerk.). Medicina Könyvkiadó, Budapest – 2010.

**Bajusz Judit – Fiedler Orsolya – Tobak Orsolya:** Fejlődés, gondozás, táplálás gyermekkorban Medicina Könyvkiadó, Budapest – 2012.

#### Hungarian congress presentations:

**Tobak Orsolya:** A védőnő szerepe a fogyatékosok egészségfejlesztésében. „In Memoriam Szél Éva” Az egészségtudományért Szeged, 2006.

**Tobak Orsolya:** „Milyen a jó védőnő?” – válaszok egy elégedettségi vizsgálat alapján. Tudomány Napja Szeged 2007. november

**Tobak Orsolya:** A védőnő szerepe az autizmussal élő gyermeket nevelő családok életminőségének javításában. Nemzetközi Eszperantó Konferencia, Szeged, 2010. július

**Tobak Orsolya:** A védőnő szerepe az autizmussal élő gyermeket nevelő családokban Tudomány Napja, Szeged 2010. november

**Tobak Orsolya:** Védőnői feladatok az autizmussal élő gyermekek körében. Szent-Györgyi Napok, Szeged 2011. november

*International congress presentation:*

**Orsolya Tobak:** Health and educational dimensions of nursing deficit people in the mirror of the health visitor's work. EUSUHM Congress 2007 - Tampere (Finland)

*International quotable abstracts:*

**Orsolya Tobak:** The Role of the Health Visitor in the Health Promotion in Hungary IUHPE Torino, Italy, 2008.

**Monika Balogh, Orsolya Tobak:** The health status and health behavior of health visitor students, based on a survey in a hungarian school of higher education. IUHPE Torino, Italy, 2008.

**Orsolya Tobak:** The role of the health visitor in preserving the mental hygiene in the autistic families Toronto, Canada, 2009.

*NONRELATED PUBLICATIONS*

*Journal articles:*

**Tobak Orsolya és mt-i:** Mennyire elégedett a gondozott védőnője munkájával? Válaszok egy vizsgálat alapján. Védőnő XVI. évf. 2006/6 szám

**Tobak Orsolya:** A védőnő lehetőségei és feladatai a fogyatékosok gondozásában – egy vizsgálat tükrében. Védőnő XVII. évfolyam 2007/1 szám



# HALLGATÓI OLDAL



## Ikerterhességek és ikerszülések során előforduló mentális problémák vizsgálata

Bachorecz Mátyásné<sup>1</sup>, Szemes Zsófia<sup>1</sup>, Talabér Júlia<sup>1</sup>, Dr. Rigó János<sup>2</sup>,  
Dr. Szabó László<sup>1</sup>, Dr. Halász József<sup>3</sup>, Dr. Baji Ildikó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Családgondozási Módszertani Tanszék,

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, 3Vadaskert Kórház Budapest

e-mail: bachoreczmne@gmail.com, szemeszsofi@citromail.hu, talaberjul@gmail.com,  
rigo.janos@noi1.sote.hu, szabo.laszlo@se-etk.hu, halasz.joe@gmail.com, baji.ildiko@se-etk.hu

**Kulcsszó:** ikerterhesség, ikerszülés, depresszió, szorongás, életminőség

**Célkitűzés:** Ikerterhességek és szülések során fellépő depresszió és szorongás előfordulásának felmérése hazai mintán. Szülészeti szempontból az ikerterhességek a patológiás terhességek körébe tartoznak, mert számos rizikót jelentenek a terhesség és a szülés szempontjából. Az ikerterhesség fokozott kockázat a depressziós tünetképződésre is.

**Minta és mintavételi eljárás:** A Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti Klinikáján 43 ikerterhest és 29 ikerszülésen átesett gyermekágyast, valamint 100 illesztett (életkorra, terhességi hétre, korábbi terhességek és szülések száma) kontroll terhest és 53 illesztett kontroll gyermekágyast vizsgáltunk depressziós és szorongásos tüneteiket, életminőségüket illetően. Milyen szempontok alapján illesztett a kontrollcsoport?Módszer: Önkitöltős kérdőíveket használtunk: EPDS teszttel a depressziós tüneteket, Spielberger skálával a szorongás szintjét és a WHO QoL-Bref kérdőívvel az életminőséget vizsgáltuk.

**Eredmények:** Az ikervárandós minta és kontrollcsoport 26%-ának volt klinikai szintű depressziója egyaránt, az ikervárandósok 7 %-a, kontrollok 11 %-a mutatott emelkedett szorongás szintet. Az ikergyermekágyas minta 34%-ának, a gyermekágyas kontrollcsoport 21 %-ának volt klinikai szintű depressziója. A ikreket szültek 17 %-a, a kontroll édesanyák 11 %-a mutatott emelkedett szorongás szintet.

**Következtetések:** Az ikerszülésen átesett gyermekágyasok esetében magasabb a depresszió és a szorongás szintje a kontrollokhöz képest és alacsonyabb az életminőségük.

## Kisgyermekes édesanyák környezettudatossága és szerepük gyermekeik függőséget okozó szereket elkerülő magatartásában

Dinnyés Edit, Sándorné Szabó Iringó, Fiedler Orsolya

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális képzési Kar  
Védőnői Munka és Módszertana Szakcsoport

e-mail: detty0905@gmail.com, iringo@etszk.u-szeged.hu, fiedler@etszk.u-szeged.hu

**Kulcsszavak:** kisgyermekes anyák, környezettudatosság, környezettudatos életmód, függőséget okozó szereket elkerülő magatartás, mintaadás

**Célkitűzés:** Célunk egyrészt feltérképezni a kisgyermekes anyák életmódjának környezettudatossággal összefüggő elemeit, az azokat befolyásoló demográfiai tényezőket. Másrészt választ keresni arra, hogy az anyák nevelésük, mintaadásuk során hogyan igyekeznek megelőzni gyermekeiknél a káros szenvedélyek kialakulását.

**Minta és mintavételi eljárás:** Vizsgálatunkban a mintát 130 fő, 0-6 éves gyermeket nevelő, Csongrád megyében élő anya képezte. A minta kiválasztása nem valószínűségi mintavételi eljárással, az egyszerűen elérhető alanyokra hagyatkozó mintavétellel történt.

**Módszer:** Az adatgyűjtéshez az írásbeli kikérdezés módszerét alkalmaztuk, az önkitöltős kérdőívekkel az adatfelvétel önkéntesen, anonim módon és egyénileg zajlott. Az adatfeldolgozás SPSS 19 programmal, az adatelemzés chi-négyzet próbával történt.

**Eredmények:** Eredményeink alapján az anyák környezettudatos magatartása leginkább a szelektív hulladékgyűjtés (76,9%) és a környezetbarát közlekedési mód (64,5%) tekintetében mutatható ki. Szignifikáns összefüggés van a környezettudatos életmód és a demográfiai tényezők között. Az anyák gyermekeik szerkerülő magatartásának befolyásolására tudatosan ismertetik meg gyermekeikkel a dohányzás (60,2%) és a mértéktelen alkoholfogyasztás (65,9%) egészségkárosító hatásait.

**Következtetések:** Kutatásunk eredményei alapján elmondhatjuk, hogy a kisgyermekes édesanyák felismerve a környezeti tudatosság fontosságát törekednek a környezettudatos magatartásra, de ez cselekvéseikben nem minden esetben valósul meg következetesen (pl. a tisztítószerek vonatkozásában a vegyszer-alapúak használata dominál). Emellett az anyák tudatosan igyekeznek megelőzni gyermekeiknél a káros szenvedélyek kialakulását.

## Gyermeket nevelő látássérült édesanyák szakmai segítése

Hodozsó Krisztina<sup>1,2</sup>, Jakus Petra<sup>1,2</sup>, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna<sup>1</sup>, Dr. Feith Helga Judit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Klinikai Tanszék,

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Társadalomtudományi Tanszék

e-mail: c.hodozsó@yahoo.com, potipet@gmail.com, soosne@se-etk.hu, h.feith@se-etk.hu

**Kulcsszavak:** látássérült édesanyák, gyermeknevelés, egyenlő bánásmód, egészségügyi gondozás

**Bevezetés:** Magyarországon 9271 fogamzóképes korú látássérült nő él. A védőnői szakmai protokollok előírják, hogy a fogyatékkal élő nők fokozott gondozásban részesüljenek, veszélyeztetett gondozásukat önmagában a látássérültség nem indokolja, azt igényre szabottan, az egyenlő bánásmód követelményének megfelelően kell végezniük.

**Célkitűzések:** Célunk volt felmérni a gyermeket nevelő látássérült édesanyák megítélését a szakemberek hozzáállását tekintve, az egészségügyi ellátó rendszer igénybevétele során átélt személyes tapasztalataik alapján. A sikeres egyéni gondozás elősegítése érdekében szükségesnek láttuk feltérképezni a számukra elérhető segítségforrásokat.

**Minta és mintavételi eljárás:** A vizsgálatot Budapesten és környékén, olyan látássérült édesanyák (N=11) körében végeztük, akik legalább egy, 0-24 éves korú gyermeket/ifjút nevelnek, és hozzájárultak ahhoz, hogy az interjúfelvétel az otthonukban történjen.

**Módszer:** Az interjúzást 2012.08.03-10.31. közötti időintervallumban végeztük. Az interjú kérdései 7 témakörre oszlanak, melyben vizsgáljuk a szociodemográfiai adatokat, a szakemberek látássérült édesanyák általi megítélését a várandósság, a szülés, és a gyermeknevelés időszakában átélt tapasztalataik alapján, a párkapcsolatukat, a támogató intézményekkel az együttműködést, valamint az őket segítő személyekkel szembeni elvárásaikat, javaslataikat.

**Eredmények:** A vélemények az egészségügyi szakemberek segítségéről változóak. Többen hiányosságokról, sérelmekről számoltak be, de mindannyian egyértelműen kifejezték igényüket a minőségi szakmai segítségre. Elsősorban nem a szakemberek, hanem a család volt az, aki segítette őket a várandósság, szülés és gyermekgondozási időszakokban.

**Következtetések:** A család elsődleges segítségforrás szerepe egyértelmű, ugyanakkor a kifejezett igény és elvárás tapasztalható a minőségi, egyénre szabott egészségügyi szakmai segítségre. A kutatási eredmények közzététele, további kutatómunka végzése, az egészségügyi szakemberek továbbképzése szükséges a témában.

## A stresszkezelés esszenciája - a táncos mozgás szerepe a distressz oldásában

**Dr. Lászikné dr. Nagy Ágnes**

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar  
Egészségtudományi Doktori Iskola

email: doktoragnes@gmail.com

**Kulcsszavak:** életmód, egészségmagatartás, stressz, mozgás

**Problémafelvetés:** Az utóbbi évtizedek kutatásai bizonyították, hogy szoros összefüggés áll fenn a fizikai aktivitás, valamint az egészségi állapot és a morbiditás, illetve mortalitás között. Az egészségmegőrző programokban kulcsfontosságú szerephez jutnak a fizikai aktivitást, a mozgást előtérbe helyező jelszavak. Ezen a területen nem csak az egészségügyi dolgozók felelőssége hangsúlyozott, hanem ez esetben a nők is különös jelentőséggel bírnak. A nők az élet számos területén központi szerepet töltenek be, társadalmi szerepük vitathatatlan. Nem csak önmaguk egészségét tartják szem előtt, hanem komoly szerepet vállalnak családtagjaik egészség-megőrzésében, a felelősségtudat alapú egészségre nevelésben, gyermekeiknek példát mutatnak. Feladataik végzése során azonban gyakran kerülnek stressz-helyzetbe, melynek kezelése egyéni stratégiák kidolgozására ösztönöz.

**Célkitűzés:** Megismerni a rendszeresen sportoló nők egészségmagatartását, pszichés és fizikai állapotát, pszichoszomatikus tüneteket előidéző élethelyzeteit és azokra való reagálási módjait.

**Minta és mintavételi eljárás:** Legalább 3 hónapja rendszeresen (minimum heti 2x60perc) sportoló, táncos testmozgást végző hölgyek (életkor: 40-65év, n=41) kvantitatív szociológiai felmérése.

**Módszer:** Kvantitatív keresztmetszeti kutatásban önkitöltős (saját szerkesztésű, szociodemográfiai adatokat és egészségmagatartási mutatókat tartalmazó) kérdőíveken nyilatkoztak a résztvevők. A vizsgált változók: stressz, fizikai állapot, lelki állapot (függő változók), rendszeres táncos testedzés (független változó). Érdekességgént szolgált a grafológiai írásminta, ahol a résztvevők a mozgás okozta érzéseikről írtak.

**Eredmények:** A rendszeres testedzés testre és lélekre gyakorolt pozitív hatásai igazolódtak, a táncos mozgás egyértelműen kedvező hatást gyakorol az egyén jövőképeire. A vizsgálat során megfigyelhető volt az egészségkárosító szerek használatának alacsony mértéke, és kiváló lehetőség nyílt a középkorú nők egészségmagatartási szokásainak megismerésére.

**Következtetés:** Bizonyított, hogy a szervezetre tartósan gyakorolt stresszhatás egészségkárosító tulajdonságokkal bír. Az ún. distresszek (káros stresszek) kivédésére egy lehetőség a táncos torna, mely élvezetes és egészségvédő hatással rendelkezik.

Célszerű azonban a jövőben egy nagyobb volumenű felmérést készíteni, mely rövid-, közép- és hosszú távú célokat fogalmaz meg az egészségmegőrzésre vonatkozóan és konkrét magyarázatokkal szolgál a stresszkezelés különböző módjairól.

## A nők iskolázottságának hatása a társadalomban és a családban betöltött szerepére

Murányi Evelin, Rucska Andrea, Dr. Kiss-Tóth Emőke

Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar

e-mail: kisevi16@gmail.com, efkrucci@uni-miskolc.hu, efkemci@uni-miskolc.hu

**Kulcsszavak:** nemi- és családi szerepek, iskolázottság, szerepfogadás, családi munkamegosztás

**Problémafelvetés:** Szociokulturális környezetünk jelentős változáson ment át az elmúlt időszakban, ennek következtében alapvetően megváltoztak azok a nemi szerepek, amelyek a korábbi évszázadokban szinte változatlanok tűntek. Sokan idealizálják a korábbi stabil családmodelleket, viszont a változások következtében a tradicionális családszerepek is átalakuláson mentek keresztül. A még mindig jelen lévő hagyományos családmodell szemlélet általános felfogása szerint a családfenntartás elsősorban a férfi feladata, de jelenleg egyre jobban előtérbe kerül az iskolázottság kérdése, ezen belül is a nők iskolázottságának jelentősége, mely befolyásolhatja a családban betöltött szerepét. A nők egyre nagyobb arányban jelennek meg a felsőoktatásban, többen szereznek diplomát, és egyre több a vezető beosztású közöttük. Így a már általánossá váló kétkeresős családmodell esetében előfordul, hogy sok esetben a nő rendelkezik magasabb jövedelemmel és tölt be magasabb társadalmi pozíciót, mely a családban betöltött szerepek változásával is együtt jár.

**Célkitűzés:** A nők társadalomban és családban betöltött szerepváltozásának vizsgálata az iskolázottságuk tükrében. Vizsgáljuk továbbá, hogy az iskolai végzettség emelkedésével a nők elfogadják-e magukat a tradicionális „női szerep”-en kívül más szerepkörben is, pl. vezetői, családfenntartói, családfői szerepben.

**Minta és mintavételi eljárás:** Az on-line adatfelvétel a 18 év feletti lakosság körében történt, valószínűségi mintavétellel.

**Módszer:** Az elektronikus kérdőívvel összegyűjtött adatok elemzése a leíró statisztikán túl az összefüggések vizsgálatára is kiterjed.

**Eredmények és következtetések:** A kutatás eredményeként megismerhető az iskolai végzettség kontextusában a nők munkahelyi hierarchiában betöltött pozíciójának és a családban betöltött szerepének és ezen szerepek elfogadásának változása.

## Kisgyermekes édesanyák táplálkozási szokásainak vizsgálata Csongrád megyében

Nagy Anikó, Bajusz Judit, Dr. Tobak Orsolya

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Védőnői Munka és Módszertana Szakcsoport

e-mail: nagyanniko@citromail.hu, bajuba@etszk.u-szeged.hu, tobako@etszk.u-szeged.hu

**Kulcsszavak:** kisgyermeket nevelő édesanyák életmódja, egészséges életmód, táplálkozási szokások, egészségi állapot monitorizálása

**Célkitűzés:** Vizsgálatunk célja a kisgyermeket nevelő anyák életmódjának, azon belül táplálkozási szokásaiknak összehasonlítása és felmérése volt. Választ kerestünk arra, hogy várandósságuk hogyan befolyásolta egészségi állapotukat és étkezési szokásaikat.

**Minta és mintavételi eljárás:** A mintába 0-6 éves korú gyermeket nevelő édesanyákat vontunk be (n=130). A minta kiválasztása valószínűségi mintavételi eljárással történt.

**Módszer:** A vizsgálat során az írásbeli kikérdezés módszerét, a kérdőíves adatgyűjtés eszközt használtuk. Az adatfeldolgozás és -elemzés SPSS programmal történt.

**Eredmények:** Eredményeink igazolták, hogy a táplálkozás terén az anyák előnyben részesítik gyermekük táplálkozását, a sajátjukhoz képest (p=0,000). Az étkezések gyakorisága tekintetében elgondolkodtató, hogy az általunk megkérdezett anyák csupán 26,9%-a étkezik naponta 5 alkalommal. Többségük (70%) csak 3-szor táplálkozik egy nap során. A megkérdezett anyák 75%-a jónak minősítette saját egészségi állapotát. Az anya iskolai végzettsége pozitív hatással van a gyermeke (p=0,000) gyümölcs- és zöldségfogyasztására, azonban a saját gyümölcs- és zöldségfogyasztási szokásait nem befolyásolja szignifikánsan (p=0,291). Szignifikáns kapcsolat írható le (p=0,000) a táplálkozási szokások és az egészségi állapot megítélése között. A szülők védőnővel való kapcsolatát 30% ítélte elfogadhatónak, azonban 7,8% sohasem kapott tanácsot védőnőjétől gyermeke táplálásával kapcsolatban.

**Megbeszélés:** A beérkezett válaszok tükrében kijelenthető, hogy ma a védőnőknek fontos feladata lenne a gyermekek egészségi állapotának monitorizálása mellett, az anyák saját egészségének nyomon követése is. Nagyobb hangsúlyt kellene fektetniük arra, hogy mindenképpen hívják fel az édesanyák figyelmét az egészséges életmód követésére.



## Nők, családanyák egyes életmódelemei és azok összefüggései középiskolás gyermekük életmódjával

Patakiné Bősze Júlia<sup>1</sup>, Pápai Júlia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet

<sup>2</sup>Nemzeti Sportközpontok, Sporttudományi és Diagnosztikai Központ

e-mail: bosze.julia@gmail.com, papaijulia7@gmail.com

**Kulcsszavak:** középiskolás gyermeküket nevelő édesanyák, életmódelemek, egészségmagatartási mutató, iskolai végzettség

**Célkitűzés:** Bemutatni középiskolás gyermeküket nevelő édesanyák néhány egészségmagatartási mutatóját, a végzettségüket és jelenlegi foglalkozásukat, illetve hogy milyen gyermekeik életmódja, valamint hogy ezek között van-e összefüggés.

**Minta és mintavételi eljárás:** 11. (n=235) és 12. (n=167) osztályosok és édesanyjuk eredményeit mutatjuk be három járszági településről gyűjtött adatok alapján.

**Módszer:** Kérdőívvel mértük fel a család szocio-ökonómiai jellemzőit, valamint a fiatalok életmód elemeit. A családi elfogadottságról a komplex családi kérdőívvel (CFQ) tájékoztunk.

**Eredmények:** Az anyák magasságának átlaga 164,5 cm volt 69,6 kg mellett. Foglalkozásuk többnyire valamilyen fizikai területhez kötődik 50,55 %, 15 - 15 % körül jelölték, hogy irodai munkások, illetve hogy egyéb szellemi foglalkozásúak, míg a többi kategória kisebb volt.

A válaszadók 2,58 %-a nem fejezte be a 8. osztályt, 13,18 %-uk csak általános iskolát végzett, 30,94 %-uk szakmunkás, 38,97 %-nak van középiskolai végzettsége, míg 14,33 % szerzett felsőfokú diplomát.

**Következtetések:** A fiatalok 40 %-a jelölte, hogy valamilyen gyakorisággal dohányzik, míg az anyáknál ez az arány 29,65 % volt a választ adók között a 11,85 % már leszokott és a kevesebb, mint 60 % soha nem dohányzó mellett.

Az anyák 35 %-a jelölte, hogy valamikor valamilyen szinten sportolt. A középiskolás fiúk 69 %-a jelölte, hogy az iskolai testnevelésen kívül valamit sportol, míg a lányoknál ez az arány 34 % körüli.

Mindkét témában a változók között a fiúk esetében nem volt kimutatható statisztikai kapcsolat az anyák válaszával, a lányok esetében volt, de gyenge. A többi adat, valamint az összefüggések vizsgálata a poszteren kerül bemutatásra.

## A méhnyakszűrésen megjelent nők társadalmi differenciáltsága jövedelem-egyenlőtlenségi és más szempontokból

**Pusztay Barbara, Dr. Vitrai József**

Országos Egészségfejlesztési Intézet

e-mail: pusztaybarbara@gmail.com, vitrai.jozsef@oefi.antsz.hu

**Kulcsszavak:** méhnyakszűrés, citológiai vizsgálat, nők, jövedelemegyenlőtlenség, reprezentatív minta

**Célkitűzés:** Célunk annak megállapítása, hogy a nők ingyenes méhnyakszűrő vizsgálaton való megjelenésének háttérében fennáll-e társadalmi méltánytalanság. Másképpen fogalmazva: ha Magyarország alacsonyabb jövedelmű nőlakosai kisebb eséllyel juthatnak hozzá az életminőségüket pozitívan befolyásoló szűrővizsgálathoz, mint a nagyobb jövedelemmel rendelkezők, ez mennyiben tekinthető a családi jövedelem következményének, és mennyiben más tényezőknek.

**Minta és mintavételi eljárás:** „Célpopuláció: Magyarország 2008. december 31-ig 15. életévét betöltött, nem intézményben élő lakossága. A mintavétel típusa: rétegzett, kétlépcsős mintavétel.” (Mintavételi terv Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009) Vizsgálatomban a kb. 2500 női válaszadó szerepel.

**Módszer:** Kérdőbiztosok kikérdezéses módszere. Adatbáziselemzés.

**Eredmények:** Az eredmények szerint 2009-ben a Magyarországon élő 25-64 év közötti nők méhnyakszűrő vizsgálaton való részvétele kevéssé függ jövedelmi helyzetüktől. A mikrocsaládokban élő, szereptúlterheltséggel küzdő kisgyermekes édesanyák veszélyeztettsége nem igazolható, mert a méhnyakszűrés a várandósgon-  
dozásnak is része, tehát körükben a részvételi arány nagyobb.

**Következtetések:** Az eredmények alapján az ingyenes szűrővizsgálat igénybevételét nem befolyásolja jelentősen a jövedelmi helyzet, tehát ha szélesíteni szeretnénk a szűrő réteget, egyéb tájékoztató- vagy propagandamunkára van szükség.

## A gátizomtorna hatásának vizsgálata

Seres Dóra Katalin, Szabó Kinga, Aranyné Molnár Tímea

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Fizioterápiás Tanszék

e-mail: cornelia91@freemail.hu, szabo.kinci@gmail.com, amtimi@etszk.u-szeged.hu

**Kulcsszavak:** inkontinencia, izomerő, gyorsasági erő, erő-állóképesség, biofeedback

**Problémafelvetés:** A nők körében az inkontinenciát elősegítő rizikótényezők előfordulása gyakori, illetve ezek jelenléte összefüggésbe hozható az inkontinenciás tünetek előfordulási gyakoriságával. Ezen elváltozások megelőzésére és kezelésére alkalmas a gátizomtorna, amelyek pontos és precíz végrehajtását objektív mérési lehetőségek biztosítják.

**Célkitűzés:** A szerzők bizonyítást kerestek arra, hogy az inkontinencia és a rizikófaktorok már fiatal korban jelen vannak, amelynek mérőeszköze a medencefenék tréning hatásának vizsgálati lehetőségeit segítő FemiScan mérőműszer.

**Minta és mintavételi eljárás:** A vizsgálat véletlenszerűen kiválasztott osztályok segítségével történt, a serdülő (n=111, átlagéletkor 16 év), a fiatal (n=100, átlagéletkor 20 év) és a felnőtt (n=297, átlagéletkor 40 év) nők körében.

**Módszer:** Kérdőíves módszerrel vizsgáltuk a tüneteket (vizelet, szél, széklet inkontinencia), a rizikófaktorokat (dohányzás, elhízás, sport). A hatékony terápia a FemiScan mérőműszer segítségével felállítható, amelynek jelentősége a gátizom kondicionálási képességeiről (izomerő, gyorsaság, erő-állóképesség) való adatgyűjtésben rejlik.

**Eredmények:** A kérdőívek kiértékelése során azt tapasztaltuk, hogy a serdülők 17%-a, a fiatal nők 25%-a és a felnőtt nők 45%-a szenved alkalomszerűen vagy tartósan az inkontinenciás tünetektől. A rizikófaktorok közül az ülő életmód, a dohányzás és az elhízás csökkentik a medencefenék izom erejét.

**Következtetések:** A vizsgálat során arra a következtetésre jutottunk, hogy a nőknél minél korábbi életszakaszban el kell kezdeni a gátizomtornát. A FemiScan eszköz segítséget nyújt akár a mérések kiterjesztésében, akár a biofeedbackben, a gyakorlatok pontosabb elsajátításában. Ily módon megelőzhető az inkontinencia, amely túl nagy árat követel a társadalomtól.

## Nők a virtuális játékok világában

Szabó János, Dr. Szemán-Nagy Anita

Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar Pszichológia Intézet  
Személyiséglélektan Tanszék

e-mail: raulrivaul@citromail.hu, aszeman@gmail.com

**Kulcsszavak:** virtuális játékok, női számítógép használók, online-szerepjáték, nemi különbségek, személyiségdimenziók

**Problémafelvetés:** Az informatika világa, ha a nemi sztereotípiák oldaláról nézzük, akkor elsősorban a férfiak világa. Az informatikai oktatásban, az informatikai eszközök felhasználói között mind a mai napig a fiú tanulók illetve a férfighallgatók vannak többségben, ugyanakkor az informatika szórakoztató-elektronikai ágában, napjainkban egyre több nő próbálja ki magát a virtuális játékok világában.

**Célkitűzés:** Kutatásomban több aspektusból is vizsgálni kívánom a nemek közötti különbségeket a virtuális játékok használói között: pl. az egyes személyiségdimenziók vonatkozásban, a virtuális játékokkal töltött időben, az egyes játéktípusok illetve az időstrukturáló játékok használatában.

**Minta és mintavételi eljárás:** Vizsgálatomat olyan serdülőkorú és fiatal felnőtt korú nők és férfiak körében végeztem (N=53), akik felhasználói szinten ismernek, illetve rendszeresen játszanak virtuális játékokat. Vizsgálatomba a legnépszerűbb magyar szerepjáték, a World of Warcraft felhasználói közül is felkértem játékosokat (N=10).

**Módszer:** Az elektronikus kérdőívvel összegyűjtött adatok elemzése a leíró statisztikán túl az összefüggések vizsgálatára is kiterjedt. A World of Warcraft felhasználói között, mint szervezetként működő csoportban (elterjedtebb nevén: guild) szociometriai vizsgálatot is végeztem. A témához illeszkedően talán a legérdekesebb információ ezzel kapcsolatban az, hogy annak a szerepjátékos csoportnak (guild) a vezetője, amelyben a méréseket végeztem, egy nő.

**Eredmények:** Vizsgálati eredményeimben többek között prezentálom az adott mintában a virtuális játékokban tapasztalható nemek közötti különbségeket (pl. az extravertió és a neuroticizmus dimenzióiban nincs szignifikáns különbség a két nem között:  $t=1.86$ ,  $p=0,07$  illetve  $t=1,496$ ,  $p=0,142$ , a nők szignifikánsan kevesebb időt töltenek virtuális játékokkal, mint a férfiak: az idő területén  $D=0,476$ ,  $p=0.007$ ; kategóriákba bontva a nők a szociális aspektusú játékok közül választanak gyakrabban), bemutatom a vizsgált legnépszerűbb magyar szerepjátékban a női felhasználók helyzetének jellemzőit (Kölcsönösségi index: 80%-os, Sűrűségi index: 2.00, Kohéziós mutató: 22,5%-os), valamint azt, hogy hogyan teljesítenek a játékbeli versenyhelyzetben a női játékosok a férfi játékosok között (a nők és a férfiak teljesítménye között nincs szignifikáns különbség:  $k-w$   $\chi^2=3$ ,  $p=0.3916$ ).

## Antenatalis és postnatalis depresszió vizsgálata hazai mintán

Talabér Júlia<sup>1</sup>, Szemes Zsófia<sup>1</sup>, Bachorecz Mátyásné<sup>1</sup>, Dr. Rigó János<sup>2</sup>,  
Dr. Szabó László<sup>1</sup>, Dr. Baji Ildikó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Családgondozási és Módszertani Tanszék

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

e-mail: talaberjul@gmail.com, szemeszsofi@citromail.hu, bachoreczmne@gmail.com,  
rigo.janos@noi1.sote.hu, szabo.laszlo@se-etk.hu, halasz.joe@gmail.com, baji.ildiko@se-etk.hu

**Kulcsszavak:** depresszió, várandósság, gyermekágy

**Célkitűzés:** A posztpartum depresszió gyakorisága a különböző tanulmányokban 14-30% a szülést követő 3 hónapban, mely a kutatási eredmények alapján az esetek jelentős részében a terhesség második felében már jelen van. A terhesség során jelentkező depressziós hangulat rizikót jelent postpartum depresszióra, pre-eklampsziára, a szülés kapcsán alacsony születési súlyra. Hosszú távú hatása van a gyermek későbbi fejlődésére.

**Minta és mintavételi eljárás:** 505 várandóst és 356 édesanyát vizsgáltunk a szülést követően a Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján önkéntes kérdőívek segítségével.

**Módszer:** EPDS teszttel a depressziós tüneteket, Spielberger skálával a szorongás szintjét és a WHO QoL-Bref kérdőívvel az életminőséget vizsgáltuk. A várandósok átlagéletkora 32,59 év, az átlagos terhességi hét 34 volt. Az édesanyák átlagéletkora 31,69.

**Eredmények:** A várandósok 24,16%-nak volt klinikai szintű depressziója, míg a szülést követően a klinikai szintű depresszió 23,94% volt az édesanyák körében. A vizsgált várandósok 13,07%-ánál az édesanyák 12,96%-nál volt magasabb a szorongás szintje. Az édesanyák életminőségüket alacsonyabbnak értékelték a várandósoknál.

**Következtetések:** A klinikai szintű depresszió előfordulása mind a várandósok, mind az édesanyák körében hasonló szintű. A klinikai szintű depressziósoknak csak 3,28%-a részesült a vizsgálat idején bármilyen típusú mentális kezelésben.

## **Anyasággal, karrierrel és stresszforrásokkal kapcsolatos hallgatói attitűdök a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán**

**Vácz Anna<sup>1,2</sup>, Dr. Feith Helga Judit<sup>1</sup>, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna<sup>2</sup>,  
Dr. Némethné Dr. Gradvohl Edina<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Társadalomtudományi Tanszék,

<sup>2</sup>Egészségtudományi Klinikai Tanszék

e-mail: vaczianna@gmail.com, feith@se-etk.hu, soosne@se-etk.hu, gradvohle@se-etk.hu

**Kulcsszavak:** szakmai karriertervvel és gyermekvállalással kapcsolatos attitűd, stresszfaktor, jövőtől való félelem, családi és munkahelyi szerep, szerepfeszültség

**Célkitűzés:** Kutatásunkban ápoló-, szülésznő- és védőnőhallgatók jövővel kapcsolatos elképzeléseit, szakmai karrierterveit és gyermekvállalással kapcsolatos attitűdjeit az általuk stresszfaktorként jelzett tényezőkkel összefüggésben kívántuk feltárni.

**Minta és mintavételi eljárás:** Vizsgálatunk 2012 tavaszán a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának II., III. és IV. éves ápoló-, szülésznő- és védőnőhallgatói körében készítettük. Kérdőívünkre az értékelhető válaszadási arány 94,1% (N=257) volt.

**Módszer:** A hallgatónők körében kvantitatív, szociológiai kutatást végeztünk. Az adatgyűjtéshez önkítöltős kérdőívet, az eredmények bemutatásához leíró statisztikai módszereket használtunk. Az eredményeket SPSS 19.0 programmal elemeztük.

**Eredmények:** A hallgatónők 97,9%-a tervez gyermeket, a jövőbeni életében 77,8%-uk preferálja az anyaságot. 67,1%-uk mindenképpen házasságban szeretne gyermeket vállalni (N=216). Míg a tanult szakma gyakorlását a válaszadók 54,5%-a tartotta fontosnak, és ebben a kérdésben hasonlóan gondolkodtak a különböző szakirány hallgatói ( $p=0,287$ ), addig a mindig újabb és magasabb szakmai célok kitűzését és elérését 29,2%-uk részesítene előnyben, s ebben az esetben statisztikailag alátámasztott különbséget találtunk a szakirányok között ( $p=0,035$ ). A minta 43,4%-a jelezte, hogy jelenlegi életében stresszfaktor a jövőtől való félelem (N=257).

**Következtetések:** A hallgatónők többsége egyaránt fontosnak tartja az anyai szerepet és a szakma gyakorlását is. Paramedikális hivatásuk és leendő családjuk összeegyeztetése azonban szerepfeszültséghez vezethet. A hallgatónők közel fele stresszként éli meg a jövőtől való félelmet. Családi és munkahelyi szerepeik egyidejű, magas szintű ellátásához szükségük lehet mind magánéleti, mind munkahelyi támogatásra.

# TUDOMÁNYOS FÓRUM





**Deréktáji fájdalom – sacroiliitis**  
**- képpalkotó eljárással történő korai kimutatás lehetőségének**  
**fontossága fiatal felnőtt- és gyermekkorban**

**dr. Gion Katalin, dr. Onozó Beáta<sup>1</sup>**

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport,

<sup>1</sup>BAZ Megyei Kórház Gyermekegészségügyi Központ Immunológiai Ambulancia

e-mail: gionk@etszk.u-szeged.hu

A derékfájás, mely a Th. XII. csigolya, XII. bordapár és az ülőgumók által határolt területre lokalizálódó fájdalmat jelenti, egy alapellátási praxisban körülbelül az ötödik leggyakoribb panasz, mellyel a beteg jelentkezik. A felnőtt lakosság döntő többségében, a felnőtt populáció 80 %-nál, előfordul élete során legalább egyszer, egy hétig tartó, az életminőséget jelentősen befolyásoló derékfájásos epizód. Fiatal korban a panasz lényegesen ritkább és sok esetben kórképek részjelenségeként lép fel.

A deréktáji fájdalomnak igen sokszínű oka lehet. A fájdalom kiindulhat a gerinc strukturális elemeiből, így a csigolyák, discussok, intervertebrális ízületek, gerincvelő és burkainak, sacroiliacalis ízület pathológiás elváltozásaiból, de ugyanúgy okozhatják a környező lágyrészek elváltozásai is, úgymint izmok, szalagok és a környező kötőszövet megbetegedései. Erre a régióra más, nem gerinchez kötődő belszervek megbetegedései kapcsán, így nőgyógyászati kórképek, retroperitoneális folyamatok, hasüregi folyamatok, dermatológiai betegségek, psyches kórképek fájdalomra sugározhat ki.

A kiváltó okok között szerepel továbbá trauma, gyulladás, mechanikai okok, malignus folyamatok, fejlődési rendellenességek, statikai hibák, generalizált csontbetegségek, reticuloendotheliosisok, és haemangiopathiák. A differenciál diagnosztika a kiváltó okok és kiindulási hely meghatározása szempontjából fizikai vizsgálat, labor vizsgálat és képpalkotó eljárások alkalmazásának összességével történik.

A fent felsorolt kóroki tényezők közül kiemeltük a sacroiliacalis / SI / ízület gyulladását, mely bár százalékos arányban a pathogenesis tekintetében igen alacsony számot mutat, korai felismerése azonban igen fontos, mert fennállása súlyos, szisztémás megbetegedésre utalhat, vagy alapkritériumként szerepelhet megléte egyes szisztémás megbetegedések a szeronegatív spondylarthritisek (SNSA) diagnózisának felállításához. (4)

A sacroiliacalis ízület gyulladására jellemző az alattomos kezdet. Az első tünetek legtöbbször 40 éves kor előtt jelentkeznek. Jellemző a nyugalomban, éjszaka jelentkező fájdalom, mely mozgásra enyhül. A fájdalom az alsó végtagba sugárzik, de nem kísérik egyéb neurológiai eltérések. Mozgáskorlátozottságot okoz, fizikális vizsgálat során stresszre kiváltott pozitív reakció / Mennel – jel /, valamint az alapbetegségtől függő társuló általános gyulladással szimptomák színezik a klinikai képet.

Képpalkotó diagnosztikai szempontból a sacroiliacalis ízület gyulladását több modalitás is igazolhatja. Egyrészt táblázatba foglaltuk a szakirodalomban felsorakoztatott képpalkotó eljárások hatékonyságát a kórkép kimutatásában. (1. táblázat) Másrészt,

tekintve, hogy az általunk alkalmazott modalitások: a konvencionális röntgendiagnosztika, computer tomographia, izotópdiaosztika – csontszcintigráfia, valamint mágneses rezonanciás vizsgálat, megegyeztek a szakirodalmi ajánlással, összevetettük a saját beteganyagunkon végzett vizsgálatok szenzitivitását és specificitását is az irodalomban már közlésre került adatokkal. (2, 3, 6)

A hagyományos röntgenfelvételnek a gyulladás korai felismerésében kicsi a szenzitivitása, ugyanakkor a krónikus elváltozások megítélésére kiválóan alkalmas. A vizsgálat során betekintő sacrum felvétel készítése történik és lehetőség nyílik a két ízület összehasonlítására is. Amennyiben a sacroiliitis a Bechterew-kór része, úgy a röntgenfelvételen detektált elváltozások alapján a megjelenés súlyossága négy stádiumra osztható:

*0. normál megjelenés*

*I. bizonytalan elváltozások*

*II. apró erosiok*

*III. kifejezett erosiok sclerosissal, kezdődő ankylosis*

*IV. teljes ankylosis. (6)*

CT vizsgálat során, tekintve, hogy a szummáció kiküszöbölhető, a hagyományos röntgenfelvétellel szemben könnyebben felismerhetők a csontelváltozások / erosio, sclerosis és ankylosis/, illetve a korai csontelváltozások, úgymint a kezdődő erosio és a regionális ankylosis hamarabb felismerhetők. (3)

A csontszcintigráfia igen szenzitív a gyulladás megítélésében, hátránya azonban az, hogy alacsony a specificitása, előnye viszont abban mutatkozik, hogy egy vizsgálat során a teljes csontrendszer leképezhető, így olyan szisztémás betegségek megítélésében igen hasznos, ahol a sacroiliitisen kívül egyéb ízületi érintettség is felmerül.

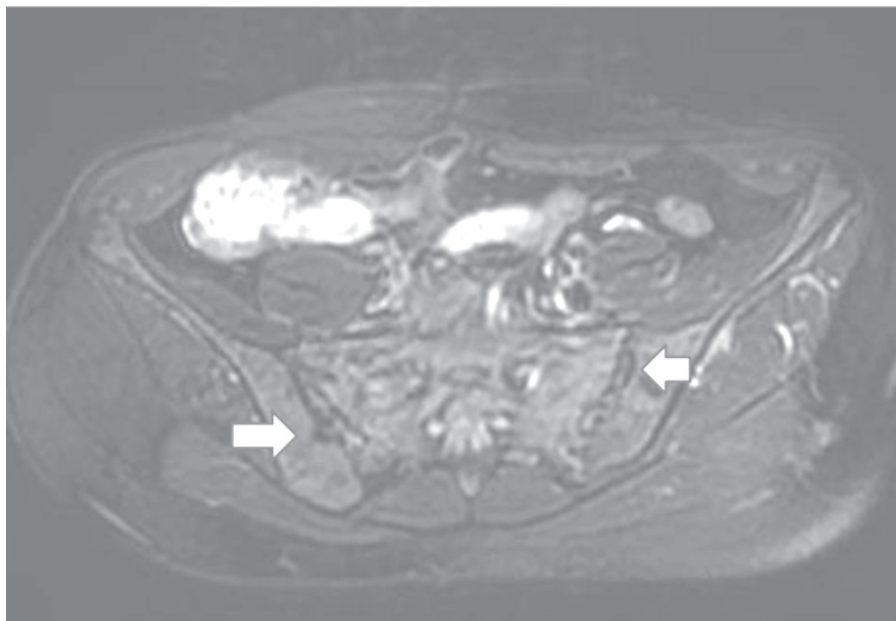
Vizsgáló-módszer	Akut elváltozások /folyadék gyülem, ödéma/	Krónikus elváltozások /erosio, sclerosis, ankylosis/	Gyulladásos jelek	Csontelváltozások
Konvencionális röntgenfelvétel	-	+	(+)	+
CT (computer tomographia)	-	++	(+)	++
csontszcintigráfia	+	-	+	-
MR (mágneses rezonanciás képalkotás)	++ /T2 STIR és T1 postkontrasztos/	+	++ /T2 STIR és T1 postkontrasztos/	+

1. táblázat

Mágneses rezonanciás vizsgálat, mely a szakirodalomban elfogadott protokoll szerinti síkokban készül natív és intravénás kontrasztanyag adása mellett, jól mutatja a korai és a gyulladásos elváltozásokat a T2 natív, a STIR, valamint a T1 kontrasztos szekvencián, míg a krónikus gyulladás és a csontelváltozások a natív T1 szekvencián ábrázolódnak jobban. A mágneses rezonanciás vizsgálat általános előnyei közül kiemelkedik, hogy nem ionizáló sugárral működik, így a tudomány jelen állása szerint az emberi szervezetre nem gyakorol káros hatást, tetszőleges leképzési sík választható a vizsgálat során. Általános hátrányát a vizsgálati eljárás kontraindikációja jelenti, a szervezetben lévő mágnesezhető fém implantátumok (cochleáris implantátum, pacemaker stb.), valamint a klausztrofóbia, illetve a felső súlyhatár. A fiatal betegeknél a vizsgáló módszerelőnyeit kell szem előtt tartani. (2,5)

2000-2006 között 14 fiatalkorú (30 év alatti) beteget vizsgáltunk, akiknél a deréktáji fájdalom sacroiliitis miatt alakult ki. Eseteink közül 6 beteg kórtörténetét kívánjuk kiemelni és bemutatni. Ezeknél a betegeknél a sacroiliitis különböző stádiumait lehetett igazolni, különböző vizsgálómódszerekkel. Közös volt bennük a fiatal koruk és hogy a gyulladás egy súlyos, szisztémás megbetegedés részjelenségeként jelentkezett.

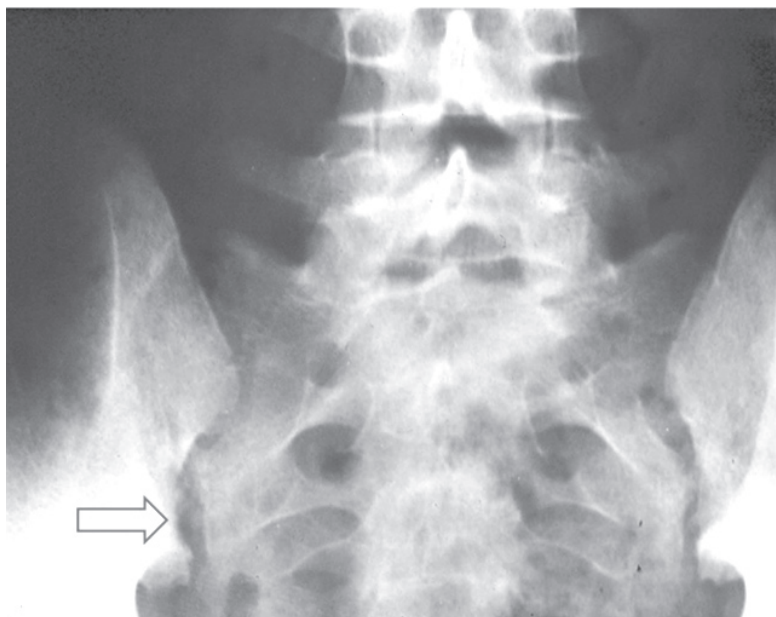
Első betegünk egy 25 éves nőbeteg volt, aki deréktáji panaszokkal került kivizsgálásra. Discus hernia gyanúja miatt a lumbosacralis régióról MR vizsgálat készült, mely korai stádiumú sacroiliitis igazolt. A beteg anamnéziséből kiderült, hogy a vizsgálatot megelőzően influenzaszerű tünetei voltak, valamint az utólagos fizikális vizsgálat során erythema migransra is fényderült. A tünetegyüttes felvetette Lyme-kór gyanúját, mely szerológiai vizsgálattal beigazolódott.(1.kép)



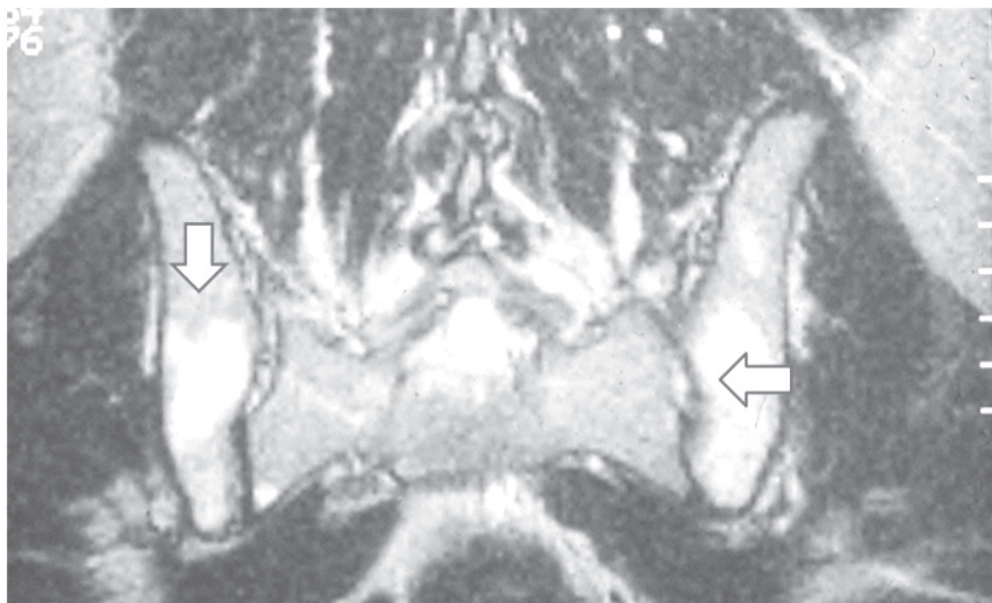
1. kép: T2 jellegű, zsírelnyomásos kép a sacroiliacalis ízületekről, melyen az ízfelszínek egyenetlenek, scleroticusak.

Második betegünk egy 18 éves fiatal férfi mellkasi és háti acne conglobataval jelentkezett bőrgyógyásznál. Beszámolt deréktáji és jobb felkar fájdalomról. A laborparaméterek gyulladásra utaltak. A csont ízület érintettség igazolására a multifokális miatt csontszcintigráfia készült, melyen mindkét sacroiliacalis ízületben és a jobb felkarban dúsulást jelzett. A sacroiliacalis ízületekről MR vizsgálat készült, mely

kétoldali sacroiliitist igazolt. A tünetegyüttes alapján: SAPHO-szindróma / Synovitis, Acne, Pustulosis, Hyperostosis, Osteitis-periostitis/ diagnózisa került felállításra. A megfelelő terápia teljes regressziót eredményezett.(2. és 3. kép)



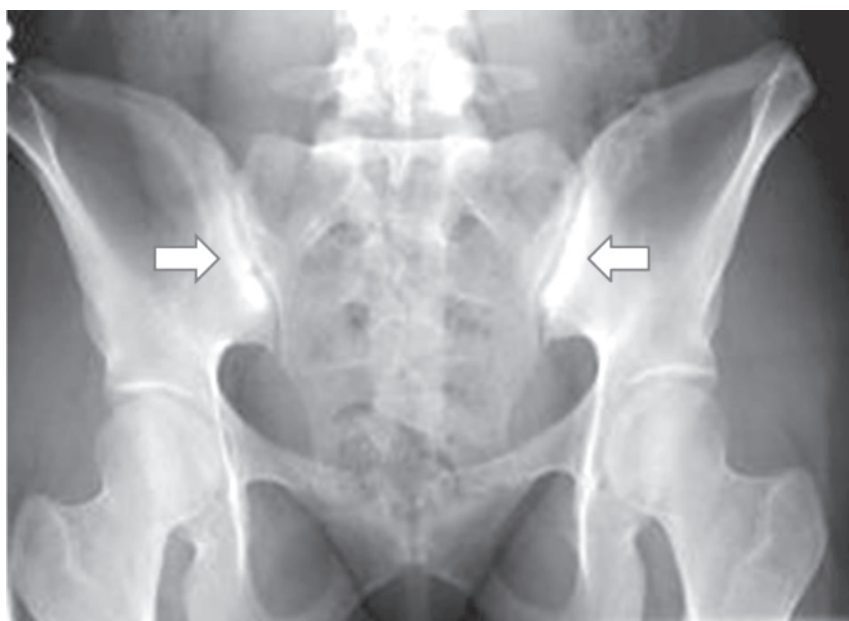
2. kép: hagyományos röntgenfelvételek a sacroiliacalis ízületekről, ahol az ízfelszínek egyenetlen, elmosódott kontúrúak.



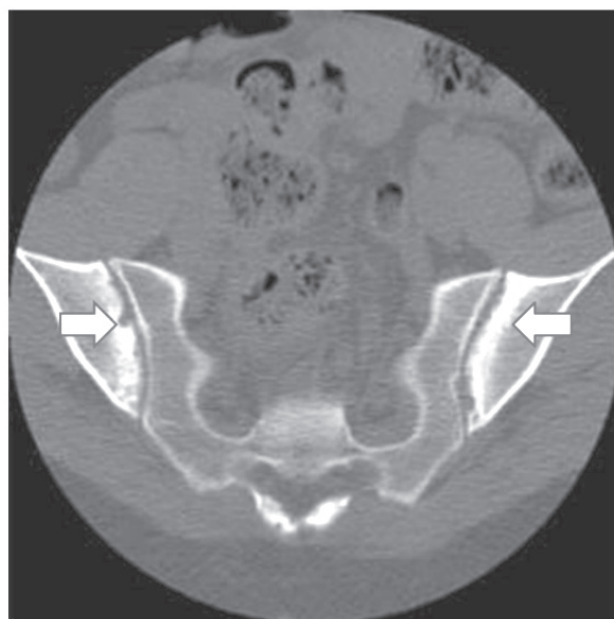
3. kép: Coronális síkú MR felvétel a sacroiliacalis ízületekről, ahol a sacroiliacalis ízület iliacalis ízfelszíne alatt gyulladásra jellemző ödéma látható.

Harmadik betegünk egy 20 éves férfi, akinek deréktáji fájdalma, éjszaka, pihenéskor jelentkezett és mozgásra enyhült. Fizikális vizsgálattal mozgásbeszűkülést tapasztaltak, felmerült sacroiliitis gyanúja. A gyanút a hagyományos röntgenfelvétel és a CT vizsgálat is igazolta. Laborvizsgálatok során: gyulladássos paraméterek, HLA-B27 pozitivitás, valamint rheuma faktor

negatívítás mutatkozott. Ennek alapján a diagnózis: Spondylitis Ankylopoetica, Morbus Bechterew lett. (4. és 5. kép)



4. kép: Hagyományos röntgenfelvétel a sacroiliacalis ízületekről, ahol elsősorban az iliacalis ízfelszínek scleroticusak, rajtuk erosiók figyelhetők meg.

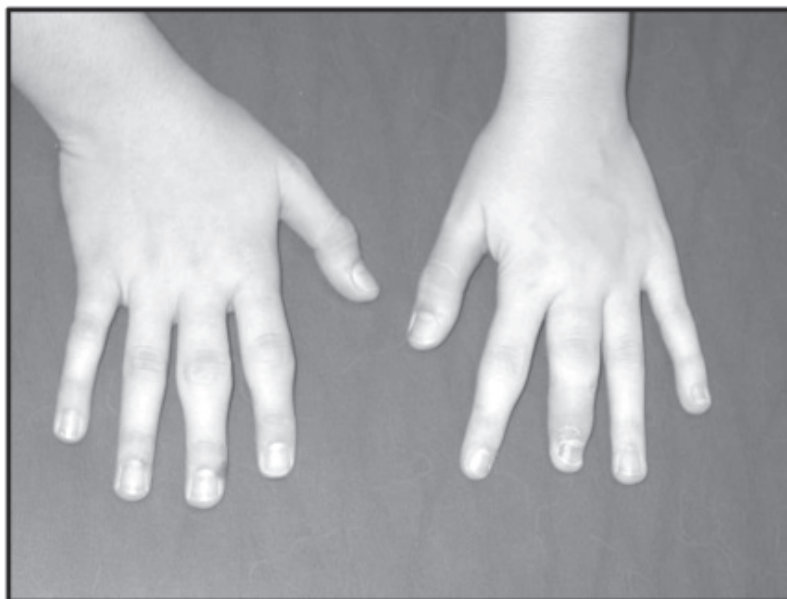


5. kép: CT felvétel a sacroiliacalis ízületekről, ahol a röntgenfelvétel detektált elváltozások –subchondralis sclerosis, valamint erosio - szummáció mentesen, pontosabban megítélhetőek.

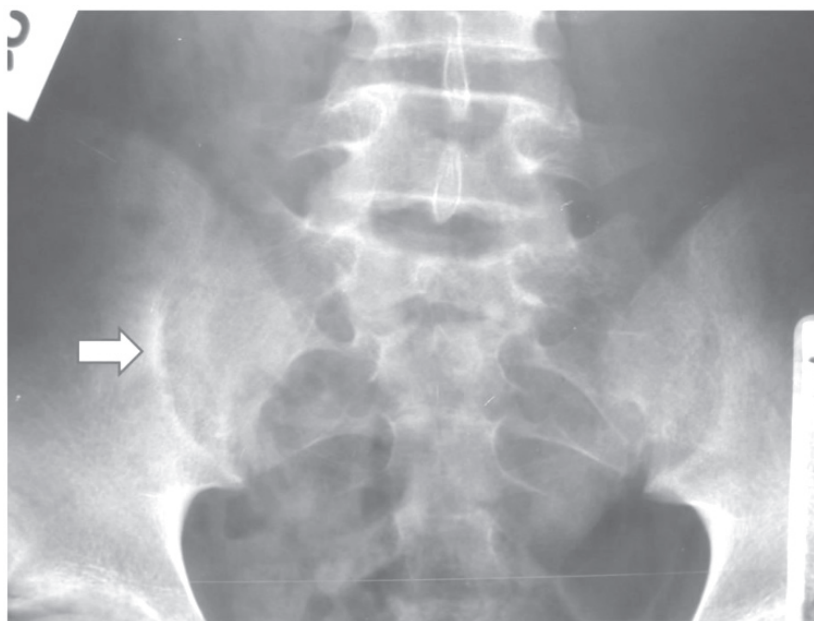
Negyedik betegünk egy 17 éves leány perifériás nagyízületi duzzanattal /csukló, térd, váll, boka/, valamint derékfájdalommal jelentkezett. Beszámolt arról, hogy jelentkezését megelőzően 1 hónappal hasmenéses periódusa volt. Fizikális vizsgálattal sacroiliitis gyanúja merült fel Mennel-jel pozitívítás miatt. A sacroiliacalis ízület gyulladását MR vizsgálattal igazoltuk. Laborvizsgálata során: gyulladós paraméterek, rheuma faktor negatívítás, HLA-B27 pozitívítás, valamint Salmonella ellenanyag

pozitivitás mutatkozott. Ennek alapján a diagnózis, fertőzés indukálta seronegativ spondylarthritis lett.

Ötödik betegünk egy 11 éves leány, akinek psoriasisra jellemző bőrtünetei, kisízületi duzzanati /kézen/, a lábon kolbászujj jelentkeztek. Laborvizsgálattal enyhe gyulladásos paraméterek, rheuma faktor negatívás mutatkozott, HLA-B27 vizsgálat nem történt. A diagnózis: arthritis psoriatica. Három év elteltével 14 évesen a leánynál, kezelés ellenére, deréktáji fájdalom jelentkezett. Fizikális vizsgálattal sacroiliitis gyanúja merült fel. A diagnózist a konvencionális röntgenfelvétel alátámasztotta. (6. és 7. kép)



6. kép: Kisízületi duzzanat a kézen.



7. kép: Hagyományos röntgenfelvétel a sacroiliacalis ízületekről, ahol az ízeszínek egyenetlenek, valamint helyenként subchondralis sclerosis látható.

Utolsó kiemelt betegünk 19 éves fiatal férfi ismeretlen eredetű lázas állapot miatt jelentkezett kezelőorvosánál, mely 2-3 hónapig tartott. Fizikális vizsgálattal erythema nodosumot, I. MTP ízület duzzanatát, valamint deréktáji fájdalmat tapasztaltak. A deréktáji fájdalom alapján felmerült a sacroiliitis, melyet az MR vizsgálat megerősített. Az időközben elvégzett laborvizsgálatok szerint emelkedett We, fvs szám, csökkent Fe érték, HLA-B27 pozitivitás és ASCA/antisacharomyces antitest/ pozitivitás igazolódott. Ennek alapján az elsődleges diagnózis: SNSA /szeronegativ spodylarthritiis/, de az ASCA pozitivitás miatt szoros utánkövetést igényelt a beteg, tekintve hogy ez a szerológiai lelet a Crohn- betegség kialakulására utalhat!

Összefoglalva, esettanulmányaink alapján, elmondható, hogy a sacroiliacalis ízület gyulladásának kimutatása kulcsfontosságú deréktáji fájdalommal jelentkező fiatal korú betegeinknél. A korai diagnózis a biztos kórkép felismerés szempontjából nélkülözhetetlen és erre a legalkalmasabb vizsgálómódszer a mágneses rezonanciás vizsgálóeljárás. Hasonló szenzitivitású a csontszcintigráfia is, de specificitása elmarad az MR mögött. Ez a vizsgálómódszer azonban elengedhetetlen a multilokális csontpanaszok diagnosztikájában. A CT és a hagyományos röntgenfelvétel előrehaladottabb folyamatban mutat eredményt, ami szintén fontos, egyrészt az alapbetegség biztos alátámasztásában, másrészt annak előrehaladottságának megítélésében.

Beteganyagunk ismertetésevek kívántunk rámutatni arra, hogy ez a sokszor banális panasz, a derékfájás, háttérében zajló sacroiliitis szisztémás, krónikus betegségek korai jelző tünete lehet, mely a fiatal korúakat érinti, náluk az életminőséget jelentősen befolyásoló, gyakran az egész élet során fennálló, kezelést igénylő állapotot felismerését segíti a képalkotó eljárásokkal történő igazolása.

A képalkotó eljárások szenzitivitása és specificitása terén tapasztalataink megegyeznek a szakirodalom által közölt adatokkal. Korai felismerésre leginkább az MR vizsgálat alkalmas, míg a csontszcintigráfia hasonló szenzitivitású, de multifokális panaszok esetén elsőként választandó vizsgáló módszer. (4) Az előrehaladottabb stádiumban a konvencionális röntgenfelvétel és a CT vizsgálat is jól mutatja a típusos eltéréseket. (1, 3, 6)

## Útmutató az Acta Sana szerzői számára

**A folyóirat célja:** Az Acta Sana lektorált folyóiratként összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és esetismertetéseket közöl. Előnyben részesülnek azok a közlemények, melyek az ápolói, védőnői, fizioterápiás és szociális munka elméletéhez és gyakorlatához, valamint képzéséhez kapcsolódnak.

Közöljük még hallgatóink Országos Tudományos Diákköri Konferencián díjazott előadásait közlemények formájában, beszámolókat országos és nemzetközi konferenciákról.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

**Kézirat nyelve:** magyar (magyar és angol nyelvű összefoglalóval), vagy angol (magyar szerző esetén magyar és angol nyelvű összefoglalóval; külföldi szerző esetén csak angol nyelvű összefoglalóval).

A kéziratokat elektronikus formában kérjük beküldeni. Az illusztrációkat (számítógéppel rajzolt ábrák, táblázatok, grafikonok) külön fileként, fekete-fehér színben, jól elkülöníthető formában kérjük elküldeni. A fotók reprodukálásához eredeti papírképet, esetleges elektronikus hordozón a már digitálisan feldolgozott képet szükséges csatolni. A használt szoftver megjelölése kívánatos. A Microsoft Office program csomag használatát kérjük.

**A kézirat tartalmazza:** 1. címlap; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzék (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

**Forma és stílus:** Az oldalszámozást a címlaptól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címlapon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve- az utolsó szerző neve előtt "és"- a szerzők munkahelye (feltüntetve a város is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2-3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbiakat kell figyelembe venni:

“Bevezetés”, “Célkitűzés”, “Módszer”, “Eredmények” és “Következtetések” lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. Az összefoglalókat kérjük a fentiek szerint egyértelműen tagolni. A magyar és angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt - külön-külön - ne haladják meg.

Az egészségtudománnyal kapcsolatos közleményekben az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell.

6. A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell közölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az idevonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemények hossza a 10 szabvány (1800 karakter/oldal) gépelt oldalt nem haladhatja meg.

7. Irodalmi hivatkozások. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat idézettségük



sorrendjében kell megadni, az egyes tételeket új sorokban, sorközzel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után “és mtsai” (négy szerző esetén a harmadik szerző neve után “és mtsa”) írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példa:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. Az idézett hivatkozások száma maximálisan 30, amelytől eltérni csak különlegesen indokolt esetben lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjen.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

9. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

10. Valamennyi ábra címét és a hozzátartozó esteleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

**Ortográfia:** A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimológikus írásmód követendő.

A kézirat elfogadására akkor kerülhet sor, ha maradéktalanul megfelel az útmutatóban foglaltaknak.

**Az Acta Sana évente két alkalommal jelenik meg: márciusban és októberben.**

**A kéziratok a Szerkesztőbizottsághoz július 15-ig, vagy december 15-ig nyújthatók be:**

**E-mail: [apolasi@etszk.u-szeged.hu](mailto:apolasi@etszk.u-szeged.hu)**

**Postai úton:**

**Acta Sana Szerkesztősége,  
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,  
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Szerkesztőség

## Guidelines to the Authors of Acta Sana

**Aim of the journal:** Acta Sana “Mens sana in corpore sano” - The Theory and Practice of Health and Social Care - is a peer-reviewed Scientific Journal of the University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies. The journal carries comprehensive articles, original scientific papers and case studies. Papers connected to the education, theory and practice of nursing, health visiting, physiotherapy and social work are preferred. Awarded *National Scientific Student Conference* presentations by the students of the Faculty are published as papers, as well as accounts on home and international conferences.

The editorial board reserves the right to judge and accept manuscripts. Studying this guide and preparing the manuscript according to it will accelerate the editing processing.

**The language of the manuscript:** Hungarian (with abstract written in Hungarian and English) or English (with abstract written only in English).

Manuscripts should be sent in electronically. Please, attach the illustrations (computer drawings, charts, diagrams) as separate files in well differentiated black and white form. In case of photographs, please send the paper pictures but you may send electronically processed images, too. You should also indicate the software used. Please use the Microsoft Office package.

**The manuscript** includes: 1 the title page, 2 English summary (with English title) and keywords, 3 a list of abbreviations (if needed), 4 text, 5 list of literature, 6 charts, 7 list of diagrams, and 8 diagrams separately.

### Format and style:

Pages should be numbered continuously starting from the title page. Individual items should be listed on separate pages.

1. The following should appear on the title page in this order: the title of the manuscript without any abbreviations, the name of the author(s) with an “and” before the last one, the workplace of the authors.

2-3. The summary should be sent in Hungarian and /or in English in separate pages. They should not contain abbreviations. The following should be taken into consideration: the “introduction,” “aims,” “methods,” “results,” and “conclusions” should be formulated briefly so that the reader be able to understand the gist of the paper by reading the summary only. The summary should be divided clearly to show these parts. The Hungarian and English version should look similar and they should not be longer than a standard typed page each.

Keywords in Index Medicus should be used in papers on medicine.

4. A separate list should be made on abbreviations that are not generally accepted.

5. A clear layout is especially important for the reader. The raised question should be formulated in a few sentences in the beginning of the main part of the paper. Detailed historic introduction should be avoided.

6. In the part of the methodology, the implemented methods that led to the results should be described clearly and accurately. If the methods were published earlier, only the basic principles should be outlined referring to the adequate literature. Statistical methods and their literature should also be added. The results and discussion parts should be edited separately and clearly. The discussion should be connected to the latest adequate information and to the statement that the authors sed to make their conclusions. The novelty of the results should be evident. The methods, results and discussion should be completed with suitable subtitles. The length of the paper should not exceed ten standard (1,800 characters/page) typed pages.

7. References. The list of literature should be limited to the latest original publications and summaries. Only those references can be listed among the literature which are referred to in the text and are in direct connection with the discussed issue. The references should be put in the order of their appearance in the text. Each item should be written in new lines divided by empty lines. In case of more than three authors, “et al.” should be written after the third author. As for journals, their international abbreviation should be used.

Example:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás megelőzésében. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. The number of references cannot be more than 30, from which you can deviate only in a special, justifiable case. Numbers in brackets in the text should indicate references. At the end of the references, the correspondent author's name and full address must be added.

9. Charts should have titles and each chart should be on a separate page. The explanation of the abbreviations – if any – in the title and the chart should appear on the same page as the chart.

10. All titles and explanations of abbreviations that belong to diagrams should be put on a common page.

The same data should not appear in the diagrams and in the charts.

**Orthography:** Common foreign words can be written according to the rules of Hungarian spelling otherwise etymological spellings should be followed.

*Papers are accepted only if they fully comply with these guidelines.*

*Acta Sana is published two times per year: in March and October.*

*The manuscripts should be submitted to the Editorial Board no later than 15 of July or 15 of December:*

**E-mail:** [apolasi@etszk.u-szeged.hu](mailto:apolasi@etszk.u-szeged.hu)

**Address:**

**Acta Sana Szerkesztősége,  
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,  
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Editors

