

# **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

2016.  
XI. évfolyam 2. szám



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

**2016.  
XI. évfolyam 2. szám**

**TARTALOMJEGYZÉK**

*Tudományos fórum*

**A szülői bánásmód és a családi rituálék összefüggései, valamint hatásuk a serdülők és posztadoleszcensek szorongásra való hajlamára és megküzdési stratégiáira**

(Ph.D. értekezés tézisei)

Lantos Katalin 9

**The relationship between parenting style and family rituals and their effect on treat anxiety and coping strategies of adolescents and postadolescents**

(Ph.D. Thesis)

Katalin Lantos 20

**Nemzetközi összefogás a nosocomialis fertőzések leküzdésében**

Gunics Gyöngyi PhD 29

**Új lehetőségek a gyulladásoos bélbetegségek kezelésében- különös tekintettel a colitis ulcerosára**

Jármay Katalin PhD 33

*Nemzetközi kitekintő, aktualitások*

**Orvosi - Élettani Nobel díj - 2016.**

Jármay Katalin PhD 40

**Beszámoló Erasmus + mobilitás keretében lezajlott látogatásról Finnországban**

Papp László, Papp Anita, Koncsek Krisztina, Pósa Gabriella 43



<b>Előszó és ajánló a NEUROVERZUM - A motoros kontroll, mint a rehabilitáció alapja című könyvhöz</b>	
Nagy Edit	44
<b>Hallgatóink az ország legjobb felnőtt laikus elsősegélynyújtói</b>	
Papp Anita	47
<b>SZTE ETSZK Tudományos Diákköri Konferencia</b>	
Pósa Gabriella	48
<i>Hallgatói oldal</i>	
<b>A nozokomiális infekciók vizsgálata az intenzív ellátásban</b>	
Szöts Andrea	53
<b>Nosocomial infections in intensive care - clinical study</b>	
Andrea Szöts	63
<b>Útmutató az Acta Sana szerzői számára</b>	64
<b>Guidelines to the Authors of Acta Sana</b>	66

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





## TUDOMÁNYOS FÓRUM

**A szülői bánásmód és a családi rituálék összefüggései,  
valamint hatásuk a serdülők és posztadoleszcensek szorongásra  
való hajlamára és megküzdési stratégiáira**

*(Ph.D. értekezés tézisei)*

**Lantos Katalin**

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

**Bevezetés**

A család mint elsődleges szocializációs közeg nagymértékben meghatározza a gyermekek lelki egészségét, fejlődését. A családban támogatást, szeretetet, biztonságot megélt gyermekek olyan stabil érzelmi alapokat építhetnek ki, melyek segítenek ellenállni a környezetből származó negatív hatásoknak. A személyiség fontos jellemzői közé tartozik a szorongásra való hajlam és az egyes megküzdési stratégiák preferálása is, melyek mind az intrapszichés, mind az interperszonális működésre hatással vannak.

Számos kutatás, elmélet célja feltárni azokat a szerteágazó tényezőket, amelyek az optimálisan működő családok életében védőfaktoroként vannak jelen. Számunkra fontos volt olyan tényezők és összefüggések vizsgálata, amelyek alapján mind a családokkal foglalkozó gyakorlati szakembereknek, mind maguknak a családoknak könnyen érthető és hasznos gyakorlati eredményeket tudunk megfogalmazni. Ezen faktorok egyike a szülők nevelési stílusa, melynek fejlődésre gyakorolt hatását már régóta bizonyítottnak tekinthetjük (Schaefer, 1959, Baumrind, 1967, Ranschburg, 1975). A szülők által gyakorolt ellenőrzés erőssége, megnyilvánulása, a szülő válaszkészsége a legfontosabb összetevők a nevelési stílus esetében, melyek befolyásolják többek között a gyermekek önértékelését (Hall, Peden, Reyes, 2004, Milevsky és mtsai, 2007), pszichés jól-létét (Lavasani és mtsai, 2011), étellel való elégedettségét (Rikhye, 2008). Ezek mellett a szülői nevelési stílus igazolhatóan hatást gyakorol a gyermekek szorongásának alakulására (Erozkan, 2012, Bee Hui Yap és mtsai, 2014, Aka, Gencoz, 2014), illetve egyes megküzdési stratégiák előnyben részesítésére is (Margitics, Pauwlik, 2006, Kovács, Pikó, 2007, McCernon és mtsai, 2001).

Egy következő családi tényező a családi rítus, melynek megvalósulása sokszor -mintegy lakmuspapírként- képet ad a család működéséről is. A rituálék megvalósulása bár sok esetben nagy hasonlóságot mutat a családok között, mégis leképezi a tagok egymáshoz való viszonyát, kommunikációját, attitűdjét. Bár az bizonyított, hogy a rítusok közül a közös étkezések jellemzői összefüggésben állnak például a gyermekek szerhasználatával, énképével, jövőképével, mégis kevés kutatás szól arról, hogy általában a rítusok megvalósulása hogyan hat a gyermekek szorongására (Fiese, 1993, Markson, Fiese, 2000), megküzdési stratégiáira (Kliewer, Sandler, Wolchik, 1994). Friedman és Weissbord (2004) kutatása talált összefüggést a szülői bánásmód és a családi rítusok megvalósulása között, más kutatást azonban nem találtunk, amely a kettő közötti, feltételezhetően meglévő szoros összefüggést igazolta volna.

## Célok és hipotézisek

A kutatás célja volt felmérni a vizsgált mintában jellemző szülői bánásmódokat, a családi rítusok jellegzetességeit, az egyes típusok gyakoriságát és érzelmi jellemzőit. Emellett célunk volt megvizsgálni, hogy a szülői bánásmód hatással van-e a családi rituálék jellemzőire, és így közvetve kihat-e a gyermekek vonásszorongás-szintjére és preferált megküzdési stratégiáira. Hangsúlyos fókuszpontja volt a dolgozatnak egy olyan elméleti modell felállítása és tesztelése, melyben azonosíthatóvá válhatnak a szülői bánásmód, a családi rituálék jellegzetességei közötti összefüggések és a hatásmechanizmus, amelyen keresztül a szorongásra való hajlamot és megküzdési stratégiákat befolyásolják.

Hipotézisek:

1. Feltételezzük, hogy a korlátozó és túlóvó szülői bánásmódok növelik, míg a szereteteli szülői bánásmód csökkenti a gyermekek vonásszorongás-szintjét.
2. Feltételezzük, hogy a korlátozó és túlóvó szülői bánásmód hatására az érzelemteli és az elkerülő megküzdési stratégia preferenciája jellemző, míg a szereteteli szülői bánásmód elősegíti a feladatfókuszú megküzdési stratégia előnyben részesítését.
3. Feltételezzük, hogy a családi rituálék gyakoribb típusai (közös étkezés és hétvégék együtt töltése) illetve általában a rituálék jelentéstartaloma csökkenti a gyermekek vonásszorongás-szintjét.
4. Feltételezzük, hogy a családi rituálék gyakoribb típusai (közös étkezés és hétvégék együtt töltése), illetve általában a rituálék jelentéstartaloma elősegíti a feladatközpontú megküzdési stratégia megjelenését, míg a kevesebb számú, vagy rutin-jellegű rituálé az elkerülés és az érzelemfókuszú megküzdési stratégia preferenciájához vezet.
5. Feltételezzük, hogy a szereteteli szülői bánásmód hatására a családi rituálék nagyobb száma és érzelmi jelentősége jellemzi a családokat, míg a korlátozó és túlóvó szülői bánásmód hatására a családi rituálék rutin-jellegűvé válnak.
6. Feltételezzük, hogy a családi rituálék preventív közvetítőként vannak jelen a szülői bánásmód és a gyermekek vonásszorongás-szintje és megküzdési stratégiáinak preferenciája között, azaz a szereteteli szülői bánásmód a közös étkezéseket és együtt töltött hétvégeket formálva, azokon keresztül közvetve és közvetlenül is elősegíti a feladatfókuszú megküzdési stratégia preferenciáját, ezáltal csökkenti a vonásszorongás-szintet.

## Anyag és módszerek

A vizsgálatban a családi hatások és a gyermek pszichés jellemzői közötti kapcsolatot empirikus úton vizsgáltuk kvantitatív eszközökkel.

A felmérés során a demográfiai adatok megkérdezésére és négy kérdőív felvételére került sor. Az első kérdőív a STAI-T, azaz a szorongást vizsgáló kérdőív első része volt (Sipos, Sipos, Spielberg, 1994). A kérdőív ezen része az állapotszorongást, más néven szorongásra való hajlamot vizsgálja, azaz arról ad számot, hogy egy személy stresszkeltségben általában milyen mértékben mutat szorongást. A következő eszköz a Stresszesemény Leküzdése Kérdőív (más néven CISS-48, Endler és Parker, 1994, hazai változat Perczel, Kiss és Ajtay 2005) volt. A kérdőív a három alapvető megküzdési stratégiát, az érzelemközpontú, problémaközpontú stratégiát, és az elkerülést vizsgálja. A szülői bánásmód vizsgálatára Szülő Bánásmód Kérdőívet (H-PBI) használtuk (Tóth, Gervai, 1999). Magyarországon a kérdőív háromfaktoros változata használatos, melyben a gyermekekenk három faktor mentén kell jellemezni a szülők viselkedését (szeretet, túlóvás, korlátozás). Utolsó kérdőívünk a Családi Szokások Kérdőíve (Fiese és mstai, 2003, magyar változat Kissné, 2006) volt. A kérdőív a különböző családi rítusokkal és hagyományokkal kapcsolatos állításokkal vizsgálja, a kitöltőknek jellemezni kell a rituálékat mind gyakoriság, mind pszichológiai jellemzők mentén.

A vizsgálatban három középiskola és egy egyetemi kar vett részt 2012. március- 2013. május között. Az iskolákban igazgatói engedéllyel történt a kérdőív-felvétel. Két középiskolában minden osztályban személyesen ismertetem az instrukciót, valamint hangsúlyoztam a kérdőív kitöltésének önkéntes és anonim jellegét, majd a pedagógusok voltak jelen a kérdőívkitöltésénél. A harmadik középiskolában az iskolapszichológus instruálta a diákokat és vette fel a kérdőívet. A minta negyedik egységét egyetemi hallgatók képezték, itt a hallgatók különböző kurzusokon, oktatóik jelenléte mellett töltötték ki a kérdőívet.

A minta kiválasztása nem valószínűségi mintavételi eljárás volt, azon belül hozzáférés alapú (önkéntes) mintavételi eljárást alkalmaztunk. A kiosztott 850 kérdőívből 776 érkezett vissza, melyből 704 kérdőív volt értékelhető, a válaszadási hajlandóság tehát 83 százalékos volt. A minta nemi megoszlását tekintve 150 fő fiú és 554 lány vett részt a vizsgálatban. Életkort tekintve a vizsgálati személyek átlagéletkora 19,1 év volt (a legidősebb vizsgálati személy 25, a legfiatalabb 14 éves volt). A statisztikai elemzéshez három életkori csoportot különítettünk el: a serdülőkor közepén lévők csoportja (átlagéletkor: 15,5 év), a serdülőkor végén lévők csoportja (átlagéletkor 18,7), és posztadoleszcensek csoportja (átlagéletkor 22,2 év). Az iskolatípust tekintve középiskolai oktatásban 242 fő vett részt a vizsgálat idején, felsőoktatási tanulmányokat 462 fő végezett. A vizsgálati személyek családtípus tekintetében hat kategóriából választhattak. Teljes családban élt a vizsgálati személyek 64 százaléka, egyszülős családtípusban (anyával/apával) 19 százaléka, mozaikcsaládban 11 százaléka és egyéb családtípusban (pl. saját párral vagy nagyszülőkkel) 6 százaléka.

A kutatás során az adatok kezelése a kutatásetikai normáknak megfelelően történt.

A statisztikai elemzés SPSS 20.0 statisztikai szoftver segítségével történt. A minta, illetve a skála itemek bemutatását leíró statisztikával végeztük, abszolút és relatív gyakoriságok, átlag, szórás, medián, módusz alkalmazásával. Az összefüggések vizsgálatának feltárására Levenetesztesztet, kétmintás t- próbát, Shapiro-Wilk próbát, Kruskal-Wallis próbát, Mann-Whitney próbát, regresszióelemzést, variancia-analízist, korrelációs számítást, klaszteranalízist és ést használtunk. Az eredményeket  $p < 0,05$  mellett tekintettük szignifikánsnak.

## Eredmények

Az eredmények bemutatása a leíró statisztikai vizsgálatok és a hipotézisvizsgálatok tükrében történik.

A szülői bánásmód jellemzésére először nemi különbségeket vizsgáltunk, ami alapján elmondható, hogy a lányok magasabb arányban értékelik édesanyjukat szeretettelinek, míg a fiúk a túlvédés dimenziójában jellemezték édesanyjukat szignifikánsan magasabb pontszámmal. Életkori különbségeket vizsgálva azt találtuk, hogy a 14-16 év közötti serdülők mind az anyai, mind az apai túlvédést szignifikánsan erőteljesebbnek ítélték az idősebb korosztályokhoz képest (17-20 és 21-25 évesek csoportja), emellett az édesapjukat korlátozóbbnak jellemezték, mint a 21-25 évesek.

A családi rituálékra vonatkozó eredménye alapján kijelenthető, hogy a rítusok előfordulási gyakorisága, az érzelmek, az események szimbolikus tartalma és a tudatosság dimenziójában szignifikáns különbséget találtunk, minden esetben a lányok pontértéke volt magasabb. A rítusok két fő jellemzője, a rutin és a jelentésteliség dimenziója esetében a lányok szintén magasabb értékeket jelöltek. Vizsgáltuk az életkori különbségeket is a három korcsoport között. Az eredmények alapján kirajzolódott, hogy a 14-16 évesek kevesebbszer vesznek részt a családi eseményeken, és ezek számukra kevesebb érzellemmel, szimbolikus tartalommal bírnak, valamint

kevésbé tudatosan állnak a családi rítusokhoz, mint az idősebb vizsgálati személyek, valamint a legfiatalabb korosztály vonódik be a legkevésbé a családi rituálékba, ezek számukra nem jelentenek annyit, mint az idősebb korosztálynak..

A szorongásra való hajlam esetében, a nemi különbségeket tekintve elmondható, hogy a lányok átlagértéke szignifikánsabban magasabb a fiúk szorongásra való hajlamához képest. Életkori különbségeket is találtunk, mely szerint a 3 korcsoportban folyamatosan emelkedő szintet mutat a vonásszorongás szintje, de szignifikánsan csak az 1. csoport és a 3. csoport különbözik egymástól, azaz a legidősebb korcsoportban jelentősen magasabb a szorongásra való hajlam szintje.

A megküzdési stratégiák jellemzésekor azt találtuk, hogy mindkét nem esetében a feladatközpontú coping jelent meg leginkább preferáltként, ezt követte az érzelempözpontú és az elkerülés. Életkori különbségeket tekintve azt láttuk, hogy minél idősebbek a vizsgálati személyek, annál jellemzőbb a feladatfókuszú megküzdési stratégia használata. Az érzelempözpontú megközelítés a 17-20 évesek csoportjában kapta a legmagasabb értéket, míg az elkerülés, mint stratégia esetében nem volt életkori különbség.

A következőkben a hipotézisvizsgálatok eredményeit ismertetjük. Első hipotézisünk vizsgálatához -melyben a szülői bánásmód és a szorongásra való hajlam összefüggéseit elemeztük- korrelációs módszert, illetve lineáris regresszióvizsgálatot alkalmaztunk. Ezek eredményei szerint hipotézisünk részben igazolódott, mivel **az anyai és apai szeretet csökkenti**, míg **az anyai túlvédés növeli a vonás-szorongás szintjét**. Feltételezésünkkel ellentétben a többi szülői bánásmód nem gyakorol jelentős hatást a vonásszorongás-szintre.

Második hipotézisünk a szülői bánásmód és a megküzdési stratégiák közötti kapcsolatot térképezte fel. A vizsgálathoz a személyeket a megküzdési stratégiáik alapján, klaszteranalízis segítségével csoportokba soroltuk, így a fő coping stratégia alapján 3 csoport jött létre: a „feladatfókuszúak”, az „érzelemfókuszúak” és az „érdektelenek”. Ezeket a csoportokat összehasonlítva elmondható, hogy második hipotézisünk igazolódott, azaz a szülői bánásmód befolyásolja a megküzdési stratégiák preferenciáját. **A szülői szeretet mind az anya, mind az apa részéről elősegíti a problémafókuszú megküzdési stratégiák előnyben részesítését**, míg ennek **alacsony szintje az elkerüléshez vezethet**. **Az anyai túlvédés pedig összefügg az érzelem-vezérelt coping stratégiával**.

Harmadik hipotézisünkben feltételeztük, hogy a családi rituálék gyakoribb típusai (közös étkezés és hétvégék együtt töltése) illetve általában a rituálék jelentéstartalma csökkenti a gyermekek vonásszorongás-szintjét. A hipotézisvizsgálat alapján kijelenthetjük, hogy feltevésünk igazolódott, mivel a gyakori családi rituálék, úgymint **közös étkezések és együtt töltött hétvégék csökkentik a gyermekek szorongásra való hajlamát**. Emellett általában a **rítusok gyakorisága, a rituálék szimbolikus tartalma is hasonlóan csökkentő hatással bír**, szemben a **kiürült, rutin-jellegű rituálékkal**, amelyek viszont **növelik a vonásszorongás szintjét**.

Negyedik hipotézisünkben feltételeztük, hogy a családi rítusok és a megküzdési stratégiák között is fellelhetőek összefüggések. Az eredmények szerint igazolódott, hogy a családi rituálék közül a **közös étkezések és az együtt eltöltött hétvégék növelik a feladatközpontú megküzdési stratégia preferenciáját**, miközben az **érzelemfókuszú coping-mechanizmust csökkentik**. Hasonlóképpen a **rítusok szimbolikus tartalma erősíti a feladatközpontú megküzdést**, míg ezzel párhuzamosan az **érzelempözpontú stratégia preferenciája csökken**. Emellett eredményül kaptuk, hogy a **vallási ünnepek megtartása az érzelemfókuszú stratégiát erősítő hatással bír**. Az **elkerülésre** mint coping stratégiára a családi rituálék **nincsenek kimutató hatással**, így feltételezésünk ezen része nem igazolódott.

Ötödik hipotézisünk kapcsán a szülői bánásmód hatását vizsgáltuk a családi rítusok megvalósítására. A hipotézis vizsgálatához a szülői bánásmód hat változójának kombinációját térképeztük fel klaszteranalízis segítségével, majd ezeket a csoportokat hasonlítottuk össze a családi rituálék dimenziói mentén. Hipotézisünk részben igazolódott, mivel a **szülői szeretet a rituálék gyakoribb megjelenését és érzelmi telítettségét** okozza. Az anyai oldalról megtapasztalt szeretet erősebben befolyásolja ezt, mint az apai oldalról érzett szeretet. **Az elhanyagolás mindkét szülő esetében a rituálék számának és jelentőségének alacsony szintjét okozza. A kontrolláló (túlóvó vagy korlátozó) magatartásnak nem volt önállóan kimutatható hatása.**

Hatodik hipotézisünk kapcsán célunk az volt, hogy megvizsgáljuk, kirajzolódik-e a rítusok közvetítő szerepe a szülői bánásmód és a szorongásra való hajlam, valamint a megküzdési stratégiák preferenciája között. Mivel alapvetően a család pozitív szerepét akartuk feltérképezni, a változók közül a pozitív hatással bíró tényezőket választottuk ki az elemzéshez. Így a szereteteli szülői bánásmódot és a leggyakoribb rítusokat (rögzült családi interakciók, azaz a közös étkezések, együtt töltött hétvégék) emeletük be a vizsgálatba. Hipotézisünk teszteléséhez egy útmodellt állítottunk fel, mely szignifikánsnak bizonyult. Ez alapján elmondható, hogy az általunk felvázolt modell (1. sz. ábra) igazolja azt a felvetést, miszerint a **szülői szeretetli bánásmód közvetlenül és közvetve is csökkenti a szorongásra való hajlamot**. Az egyik út a közös étkezések és hétvégék együtt töltése, másik pedig a feladatfókuszú megküzdési stratégia fejlesztése, melyek szintén csökkentik a vonás-szorongás szintjét. Elmondható tehát, hogy a **szeretettel szülői bánásmód és az együtt étkezés, hétvégék együtt töltése preventív tényezők a gyermekek szorongásra való hajlamában és fejlesztik a megküzdési stratégiákat is.**

1. ábra: Az útelemzés alapján felrajzolható modell



### Következtetések

Eredményeink alapján elmondható, hogy a szülői nevelési stílus és a családi rítusok befolyásoló hatása egyértelműen kirajzolódott kutatásunkban, azaz igazoltnak tekintjük az az általános nézetet, mely szerint a jól működő család elősegíti a gyermekek érzelmi fejlődését, és ellenállóbbá teszi őket a nehézségekkel szemben.

Fontos eredményeket kaptunk a vizsgált változók nemek szerinti jellemzőiről. A lányok magasabb szorongásra való hajlamát más kutatásokhoz hasonlóan jelen vizsgálat is igazolta. Emellett a megküzdési stratégiák mindhárom változójában magasabb értékeket értek el, mint a fiúk. Ezen eredményeket összevetve arra következtethetünk, hogy a lányok magasabb vonásszorongása okozhatja az erőteljesebb, megküzdésre irányuló reakciókat. Fontos különbség volt, hogy a lányok szeretettelibbnek ítélték meg édesanyjukat. Ennek háttérében feltételezésünk szerint az állhat,

hogy a lányok felé a szülők több csatornán kommunikálhatják törődésüket (pl. szavak mellett az ölelgetés, simítás, babusgatás alkalmazhatóak akár serdülőkorban is), míg a fiúk esetében ezek a csatornák nincsenek olyan mértékben jelen, illetve használatuk korlátozottabb. Emellett a társadalmi elvárások, miszerint a fiúkat „keménynek” kell nevelni, szintén nehezítheti a pozitív érzelmek kifejezését. A családi rituálékban tapasztalható különbségek hátterében többek között az a jelenség állhat, mely szerint hazánkban alapvetően a nő feladatának tekintik a háztartás vezetését, a családi teendők koordinálását (Pongrácz, 2006). Feltehetően ez az attitűd látszódik saját eredményeinkben is, ami miatt a lányokat inkább bevonják a rítusokkal kapcsolatos teendőkbe, így azok a lányok életében nagyobb jelentőséggel vannak jelen.

Az életkor kapcsán kirajzolódó különbségek közül érdemes kiemelni a szorongás életkorral való növekedését, különös tekintettel a 21-25 évesek értékére, mely szignifikánsan különbözött a 14-16 évesektől. Ennek hátterében többek között állhat a „kapunyitási pánik”, azaz az önálló élet kezdetének, a felelősség vállalásának szorongása (Thorspecken, 2005), melyben már a család mint támogató közeg nem tud olyan aktívan jelen lenni, mint a serdülők életében. Emellett azonban segítő tényezőként értékelhető, hogy az életkor előrehaladtával nő a feladatfókuszú megküzdési stratégia preferenciája. A családi vonatkozások tekintetében látható volt, hogy a 14-16 évesek mind az események jellemzésekor, mind a jelentésteliség vizsgálatakor alacsonyabb pontszámokat jelöltek. Tehát számukra ezek az események nem képviselnek akkora értéket, mint az idősebbek számára. A 14-16 évesek, épp a serdülés kezdetén járnak, ez az az időszak, amikor elkezdődik a szülőktől, családtól való távolodás, a saját autonómia kialakítása. Emellett a család életciklusát tekintve kezdetét veszi egy centrifugális (repítő) szakasz (Szabóné, 2004). A szülők életében ekkor jelentkezik az életközepi krízis, amely szintén szerepet játszhat abban, hogy a 14-16 évesek családjában kevésbé játszanak központi szerepet a rítusok. Ha hozzávesszük, hogy ebben az időszakban volt erősebb a szülői túlvás, korlátozás szubjektív értéke is, feltételezhetjük, hogy a rituálék a gyermek szemszögéből „kötelező családi programot” jelentenek, és ezek erőltetése a serdülők számára terhes lehet.

A hipotézisek vizsgálata fontos eredményeket hozott, melyeket tovább gondolva szemléletes képet kaphatunk a családok működéséről. A szülői bánásmód mint egyik fő faktorunk meghatározó szereppel bírt mind a rítusok megvalósulásában, mind a vonásszorongás és coping alakulásában. Legjelentősebb szülői faktorunk a szeretetli bánásmód volt. Amikor a szülő gondoskodó és a gyermek igényeire reagálva nevel, lehetőséget teremt arra, hogy a gyermek megoldhassa nehézségeit egyedül, de jelen van, ha a segítségére van szükség. Emellett az odafordulás, meleg, törődő szülői attitűd kialakít egyfajta érzelmi biztonságot, stabil alapot. Ezzel szemben az anyai túlvédés növeli a vonásszorongást, valamint az érzelemfókuszú megküzdést is erősíti. Ilyen esetben a gyermekben korán kialakul a világ veszélyességének hiedelme, mivel a szülő nem engedi a gyermeket önállósodni, tapasztalatot gyűjteni, a helyzetek megoldására való kezdeményezéseit letöri, és igyekszik mindent ő elrendezni.

A családi rítusok, melyeket nem rutinból, hanem pozitív érzelmekkel társítva szerveznek a családok, fontos események a pszichológiai fejlődés szempontjából is. A pozitív érzésekkel telített étkézések és közösen töltött hétvégék csökkentik a szorongásra való hajlamot és növelik a feladatfókuszú coping stratégia megjelenését. Az ilyen eseményeken direkt és indirekt hatásokat is feltételezhetünk. Egyrészt a gyermek a szüleit megfigyelve, szociális tanulás útján sajátíthatja el a stresszkeltő helyzetek kezelését. Másrészt ő maga is mesélhet, megélheti a szülői figyelmet, támogatást, visszajelzést adhat és kaphat. Látható, hogy a rituálék számos pszichológiai jellemző tekintetében védőfaktorok tekinthetők, így a szülők felelőssége nem elhanyagolható a rítusok szempontjából. A szeretetli szülői bánásmód esetében a legjellemzőbbek a jól szervezett, érzelmileg jelentős rítusok, így látható, hogy a szülői attitűd egyik fontos, hétköznapi csatorná

ezek az események.

Eredményeink alapján felrajzolt modellünk szerint (2. sz. ábra) a családi rituálék olyan keretet tudnak biztosítani az együttléteknek, melyekben a szülők közvetíteni tudják a gyermekek felé az érzelmi biztonságot, szeretetet, támogatást, így hatnak a gyermekek pszichológiai fejlődésére is. A szereteteli szülői bánásmód pedig növeli a közös étkezések és együtt töltött hétvégék gyakoriságát, érdekeltségét, jelentőségét. A rögzült családi interakciók azok az események, amelyek a családok életében a leggyakrabban fordulnak elő (Wolin, Bennett, 1984). Ez arra utalhat, hogy a serdülőknél – bár sokszor tiltakoznak ez ellen – szükségük van arra, hogy szüleik jelen legyenek a mindennapjaikban. Ahogyan jelen vizsgálatban is igazoltuk, a családi eseményeken való részvétel segíti a megküzdési stratégiák fejlődését, csökkenti a szorongásra való hajlamot, és számos egyéb pszichológiai tényező fejlődésében szerepet játszik. Logikus eredmény, hogy ha a gyermek a stresszkeltő helyzetekben kompetensnek érzi magát és a probléma megoldására tud fókuszálni, ez a kontroll-érzet a szorongást is csökkenti. Nem elhanyagolható eredmény, hogy a családi együttlétek csak akkor töltik be ezt a keret-funkciót, ha a szülőket szereteteli nevelési stílus jellemzi. Ez a családi rituálék szempontjából azt jelenti, hogy a szülők a gyermek egyéni életciklusának megfelelően állítanak fel szabályokat, és a rítusok szervezésében is megjelenik a családi életciklusokhoz való rugalmas alkalmazkodás, valamint a szülők olyan légkört tudnak kialakítani, amelyben az együttlétek nem terhesek a gyermekek számára, hanem szimbolikus jellegüket megtartják.

**2. sz. ábra: a szülői szeretet és családi rituálék összefüggése és hatásai a feladatfókuszú megküzdésre és szorongásra való hajlamra**



A gyakorlatban dolgozó szakemberek számára több területen hasznosíthatónak tartjuk eredményeinket, melyre néhány példát fogalmaztunk meg szemléltetésképpen. Egyrészt a családokkal való munka során a rituálék megvalósulásának felmérése fontos diagnosztikus információt biztosíthat a szakember számára mind a család, mind a szülői bánásmód jellegzetességeiről. Hogyan, mennyi időt töltenek együtt, hogyan szervezik mindennapjaikat és ünnepeiket? Kik vesznek részt, milyen hangulatúak ezek az együttlétek? Ezek a kérdések megmutathatják, hogyan jelennek meg a rituálék a család életében, és egyfajta viszonyrendszert is szemléltet a családtagok között, így a szülői bánásmódról is informálódhatunk. Emellett szükség esetén a családi rutinok, rítusok átdolgozása, korrekciója elindíthat egy olyan többirányú változást a családban, melynek hatására a családtagok egyéni működésmódja is változni tud. A rituálék –különösen a rögzült családi interakciók- fontos színterét képezhetik a kommunikáció fejlesztésének, az érzelmek kifejezésének, a szerepek tisztázásának, így a szülői alrendszer



működésének biztosíthat keretet. Emellett a pszichoedukáció során már gyermekkortól kezdve, a serdülőkoron át a családalapításig tudatosítható a rituálék szerepe a család életében, illetve a szeretetteli szülői bánásmód és a jól szervezett rítusok protektív szerepe a gyermekek életében.

### Felhasznált irodalom

1. **Aka, B. T., Gencoz, T.** (2014): Perceived Parenting Styles, Emotion Recognition and Regulation in Relation to Psychological Well-being. 5th World Conference on Psychology, Counseling and Guidance, WCPCG-2014, 1-3 May 2014, Dubrovnik, Croatia.
2. **Baumrind, D, Black, A., E.** (1967): Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. *Child Development*, 38, (2), 291-327.
3. **Bee Hui Yap, M., Pilkington, P. D., Ryan, S., M., Jorm, A. F.** (2014): Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156, (1), 8-23.
4. **Endler, N. S., Parker, J. D. A.** (1994): Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, (1), 50-60.
5. **Erozkan, A.** (2012): Examination of relationship between anxiety sensitivity and parenting styles among adolescents. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 12, (1), 52-57.
6. **Fiese, B. H.** (1993): Family rituals in alcoholic and nonalcoholic households. relations to adolescent health symptomatology and problem drinking. *Family Relations*, 42 (2), 187-192.
7. **Fiese, B. H., Kline, C. A.** (2003): Development of the Family Ritual Questionnaire: Initial Reliability and Validation Studies. *Journal of Family Psychology*, 6, (3), 290-299.
8. **Friedman, S. R., Weissbord, C.S.** (2004): Attitudes toward the continuation of family rituals among emerging adults. *Sex Roles*, 50, (3-4), 277-284.
9. **Hall, L.,A., Peden, A.R., Rayens, M.,K.** (2004): Parental Bonding: a key factor for mental health of college woman. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, (3), 277-292.
10. **Kissné Viszket M.** (2006): Családi rituálék mint protektív tényezők életciklus-váltás idején. Doktori értekezés, Debrecen
11. **Kliewer, W., Sandler, I., Wolchik, S.** (1994): Family socialization of threat appraisal and coping: coaching, modeling and family context. In: Nestman, F., Hurrelmann, K. (szerk.): *Social networks and social support in childhood and adolescence*. Berlin, de Gruyter.
12. **Kovács, E., Pikó, B.** (2007): Nem hagyományos egészségvédő faktorok jelentősége: család, társas támogatás, egészség. *HIPPOCRATES*, 3, 91-94.
13. **Lavasani, M. G., Borhanzadeh, S., Afzali, L., Hejazi, E.** (2011): The relationship between perceived parenting styles, social support with psychological well-being. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, 15, 1852-1856.
14. **Margitics, F., Pauwlik, Zs.** (2006): Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelet szülői nevelői hatásokkal. *Magyar Pedagógia*, 106 (1), 43-62.
15. **Markson, S., Fiese, B. H.** (2000): Family rituals as a protective factor for children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (7), 471-480.
16. **McCernon, W., L., Holmbeck, G., N., Colder, C. R., Hommeyer, J., S., Shapera, W., Westhoven, V.** (2001): Longitudinal Study of Observed and Perceived Family Influences on Problem-Focused Coping Behaviors of Preadolescents With Spina Bifida. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, (1), 41-54.
17. **Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., Keehn, D.** (2007): Maternal and paternal parenting styles in adolescents: associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 16, (1), 39-47.
18. **Perczel F. D., Kiss Zs., Ajtai Gy.** (2005): Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában.

OPNI, Budapest

19. **Pongrácz Tiborné** (2006): Nemi szerepek társadalmi megítélése. Egy nemzetközi összehasonlító vizsgálat tapasztalatai. <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a966.pdf> (letöltés időpontja: 2015.05.12).
20. **Ranschburg J.** (1975): Félelem, harag, agresszió. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
21. **Rikhye K., Tyrka A., Kelly M.M., Gagne G.G., Mello, A.F., Mello, M.,F., Price, L.H., Carpenter, L.L.** (2008): Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse and Neglect*, 32, (1), 19-34.
22. **Schaefer, E. S.** (1959): A circumplex model for maternal behaviour. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 59, (2), 226-235.
23. **Sipos K., Sipos M., Spielberger, C.D.** (1994): A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: Mérei F., Szakács F.: *Pszichodiagnosztikai vademecum I/2.*, Nemzeti Tankönyvkiadó, 123–148.
24. **Szabóné K. J.** (2004): *Családgondozás és krízisprevenció.* Medicina Kiadó, Budapest
25. **Thorspecken, J. M.** (2005): Quarterlife crisis: the unaddressed phenomenon. In: Kapalka, G. M.(szerk): *Proceedings of the Annual Conference of the New Jersey Counseling Association*, Eatontown, New Jersey. <http://www.angelfire.com/nj/counseling/NJCA2005ProceedingsPapers.pdf#page=121> (letöltés időpontja 2015.04.26.)
26. **Tóth, I., Gervai J.** (1999): Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI): A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54, (4), 551-566.
27. **Wolin, S., J., Bennett, L.** (1984): Családi rituálék. In: Feuer M. (szerk. (2008): *A családsegítés elmélete és gyakorlata (szöveggyűjtemény).* Akadémiai Kiadó, Budapest

## Publikációk

### A disszertáció témájában megjelent nemzetközi eredeti közlemény

- **Lantos Katalin**, Kígyós Tamás, Nagy Lajos, Lampek Kinga (2014): Correlations between parental treatment and family rituals. In: www.sgemsocial.org (szerk.): *SGEM2014 Conference on Psychology and Psychiatry, Sociology and Healthcare, Education*. SGEM, 2014. pp. 91-99. (ISBN: 978-619-7105-22-3)

### A disszertáció témájában megjelent hazai eredeti közlemények

- **Lantos Katalin**, Nagy Lajos, Lampek Kinga (2015): A szülői bánásmód hatásai a gyermekek szorongás-szintjére és pszichés közérzetére. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA* (6.:(2) pp. 81-90.
- **Lantos Katalin** (2012): Szemelvények a családi rituálék és az egészség kapcsolatának témaköréből. *ACTA SANA: MENS SANA IN CORPORE SANO: AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA* 7.:(2) pp. 44-46.
- **Lantos Katalin**, Inántszy-Pap Judit (2012): A családi hatások összefüggései a serdülők egészségmagatartásával. In: Koncz István, Nagy Edit (szerk.) *Nemzedékek együttműködése a tudományban: PEME IV*. Budapest., 2012. pp. 5-12. (ISBN:978-963-88433-7-1)
- **Lantos Katalin**, Inántszy-Pap Judit (2012): Serdülők szorongásszintje és megküzdési módjai a családi viszonyok tükrében. In: Vargha András (szerk.) *A tudomány emberi arca: A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlése : Kivonatkötet*. Magyar Pszichológiai Társaság, 2012. pp. 368-369. (ISBN:978-963-87915-6-6)

### A disszertáció témájában elhangzott nemzetközi előadások

- **Lantos Katalin** (2012): Anxiety in adolescence: Possibilities of Art therapy. II. International Conference of Art Therapy, East European Arts Therapy Association, Obzor, 2012.09.20-25.
- **Lantos Katalin**, Inántszy-Pap Judit (2012): Szorongás és egészségmagatartás - A szorongó serdülők segítségének lehetősége az egészségügyi szakdolgozói szakmában. Pszichiátriai Ápolók II. Nemzetközi Konferenciája a Visegrádi Négyek részvételével, Budapest, 2012.10.18-2012.10.20.

### A disszertáció témájában elhangzott hazai előadások

- **Lantos Katalin** (2016): A családi rítusok hatása a szorongásra való hajlamra. Magyar Családterápiás XXX. Vándorgyűlés, Pécs
- **Lantos Katalin** (2014): A családi rituálék szerepe a serdülők életében. Science Cafe előadás (2014), Szeged
- **Lantos Katalin**, Inántszy-Pap Judit (2012): Szorongás és megküzdés serdülőkorban. XII. Magatartástudományi Napok, Szeged, 2012.06.14-2012.06.15.

### Egyéb témában megjelent nemzetközi és hazai eredeti közlemények

- Németh Anikó, **Lantos Katalin** (2016): Stresszkezelő és regenerációs program hatása egészségügyi munkavállalókra. IN: Balogh Z., Papp K., Hirdi H., Tunyi T., Mátésné Horváth M.(szerk.): *A Pszichiátriai Ápolók VI. Nemzetközi Konferenciája a Visegrádi*

4-ek országainak részvételével: Programfüzet és absztraktgyűjtemény. pp. 15

- **Lantos Katalin**, Szenes Márta (2015): Gigi története: az online tanácsadás jellegzetességei egy esetbemutató tükrében. In: Vargha A (szerk.): Lélek-net a léleknek: Az ember a változó technikai közegek világában: A Magyar Pszichológiai Társaság XXIV. Országos Tudományos Nagygyűlése: Kivonatkiötet. pp. 305
- Sebő Tamás, Szenes Márta, **Lantos Katalin** (2015): Az internetes pszichológiai tanácsadás jellemzői az online levelezésben. *Imágó Budapest Online*, 2015/5
- **Lantos Katalin** (2015): A gyermekek viszonyulása a halálhoz és a gyászhoz. IN: Németh A. (szerk.): Hospice szakápolástan. Budapest, Medicina Könyvkiadó, pp. 49-67. (ISBN: 978-963-226-529-2)
- Németh Anikó, Bársonyné Kis Klára, **Lantos Katalin** (2015): Stresszkezelő és regenerációs program hatása egészségügyi munkavállalókra. *IME: INFORMATIKA ÉS MENEDZSMENT AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN* 14:(1) pp. 27-30.
- Németh Anikó, **Lantos Katalin**, Bársonyné Kis Klára (2015): Munkahelyi bizonytalanság hatása a kiégésre és az egészségre ápolók körében. *NŐVÉR* 28:(2) pp. 11-16.
- **Lantos Katalin**, Farkas Attila (2014): Drunkorexia. *SZOCIÁLIS SZEMLE* 7:(1) pp. 101-109.
- Csabai Krisztina, **Lantos Katalin**, Szabó Pál (2013): Szülői attitűdök, hiedelmek és a gyermek táplálásának gyakorlata. In: Vargha András (szerk.): *Kapcsolataink világa: Magyar Pszichológiai Társaság XXII. Országos Tudományos Nagygyűlés, Kivonatkiötet*. Budapest, Magyar Pszichológiai Társaság, p. 257. (ISBN:978-963-87915-8-0)
- **Lantos Katalin** (2012): Саморегуляция: нарушение и восстановление операционного баланса тела и души : Размышления о психосоматическом подходе (Self-regulation: balance between body and spirit. Thoughts about the psychosomatic approach). In: Никитин В Н, Бояджиева Н, Лебедева Л Д, Вачков И В (szerk.): *Терапия Искусством: Учебное пособие по арт-терапии*. Sofia: Université Saint-Clément d'Ohrid de Sofia, pp. 271-278. (ISBN:978-954-07-3389-0)
- **Lantos Katalin**, Inántsý-Pap Judit (2012): A család hatása az étkezési szokásokra a gyermekkori elhízás szempontjából. *ACTA SANA: MENS SANA IN CORPORE SANO: AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA* 7:(1) pp. 19-23.
- **Lantos Katalin**, Iván Eszter, Pászthy Bea (2008): A testkép és mérőeszközei. In: Túry F, Pászthy B (szerk.): *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest, Pro Die Kiadó, pp. 299-315. (ISBN:978-963-87348-9-1)
- **Lantos Katalin**, Iván Eszter (2008): Áttekintés az evészavarok és a testkép témájában. In: Gesztes O (szerk.): *Nagyítás: tanulmányok, beszélgetések, előadások ifjúságsegítőknél*. Szeged, Nagyító Alapítvány, pp. 148-160. (ISBN:978-963-88033-0-6)
- Iván Eszter, **Lantos Katalin** (2007): A testképvizsgáló program In: Németh D., Krajcsi A., Szokolcsy Á. (szerk.): *Szegedi pszichológiai tanulmányok - 2006*. Szeged, SZEK JGYF Kiadó, pp. 115-133. (ISBN:978 963 7356 64 3)

# **The relationship between parenting style and family rituals and their effect on trait anxiety and coping strategies of adolescents and postadolescents**

*(Ph.D. Thesis)*

**Katalin Lantos**

University of Pécs Faculty of Health Sciences

Doctoral School of Health Sciences

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

## **Introduction**

Family as primary medium of socialization strongly influences psychological health and development of children. Stable emotional foundation is built through the support, love and safety experienced in the family. These help in resisting environmental negative stress. Proneness to anxiety and coping strategies are some of the basic personality characteristics and affect both intrapsychic and interpersonal functions.

Plenty of research and theories aimed to reveal the determinants that act as protecting factors in optimally functioning families. The presented research aimed to examine factors and correlations of this topic which might provide practical results that are easily understood and are also useful for families and experts. One of these factors is parenting style. Its effect on development is proven and scientifically underpinned (Schaefer, 1959; Baumrind, 1967; Ranschburg, 1975). Strength and manifestation of parental control and responsiveness are the most important components of parenting styles. They influence the self-esteem (Peden & Reyes, 2004; Milevsky et al., 2007), psychic well-being (Lavasani et al., 2011) and life satisfaction (Pikhye, 2008) of children. Furthermore, parenting styles also affect the level of anxiety in the children (Erozkan, 2012; Bee hui Yap et al., 2014; Aka & Gencoz, 2014) and even their preferred coping mechanism (Margitics & Pawlik, 2006; Kovács & Pikó, 2007; McCernon et al., 2001).

The next family factor is family ritual, which also provides a summary or picture of family functioning. The course of family rituals might be similar, but it still shows the relationships, communication and the attitudes of family members. Meals are among the most common family rituals and their characteristics are correlated with the children's substance use, self-image and vision of future. Nevertheless there are quite few studies regarding the effects of rituals' course on the anxiety (Fiese, 1993; Markson & Fiese, 2000) and coping strategies (Boyce, 1983) of children.

The study of Friedman and Weissbord (2004) shed light on the relationship between parental treatment and family rituals. No other research data can be found on this topic, although the relationship is supposed to be strong.

## **Aims and hypotheses**

The present research aimed to reveal typical parenting styles, characteristics of family rituals and to describe the frequency and emotional characteristics of the different treatment types in the examined sample. Furthermore we wanted to investigate the effects of parental treatment on family rituals and - through this - the indirect influence on the trait anxiety and preferred coping strategies

of the children. We aimed to create and test a theoretical model of the interactions between parental treatment and family rituals and their effects on anxiety proneness and development of coping strategies.

Hypotheses:

1. It was assumed, that restrictive and overprotective treatments increase the level of trait-anxiety, while affectionate parenting decreases it.
2. It was assumed, that restrictive and overprotective parenting styles trigger the development of emotional and avoidance coping strategies, while affectionate parenting leads to the preference for task-oriented coping.
3. It was assumed, that the more common types of family rituals (meals, weekends at home) and the meaningfulness of the rituals decrease the level of trait-anxiety in children.
4. It was assumed, that the more common types of family rituals (meals, weekends at home) and the meaningfulness of the rituals helps to develop task-oriented coping strategies, while less or routine-like rituals lead to the preference of avoidance and emotion-oriented coping.
5. It was assumed, that affectionate parenting style correlates with more frequent family rituals of more emotional meaning, while restrictive or overprotective parenting makes rituals to become routine-like.
6. It was assumed, that family rituals represent a form of preventive mediators among parenting styles and the level of trait-anxiety in children and their preferred coping strategies. Affectionate parenting has both direct and indirect influence on the development of coping strategies. Through the rituals (meals and weekends at home) it helps to develop a preference for task-oriented coping strategies and decreases the level of trait anxiety.

### Methods

The relationships among familiar influences and the psychic characteristics of the children were examined empirically with quantitative methods.

Demographic data were gathered along with the administration of four questionnaires. The level of trait-anxiety was measured by the means of STAI-T (Sipos, Sipos & Spielberger, 1994). This inventory provides information on how much a person is prone to react with anxiety to a stressful situation in general.

The Coping Inventory for Stressful Situations was also administered (CISS-48; Endler & Parker, 1994; Hungarian version: Perczel, Kiss & Ajtay, 2005) to define the dominant coping strategy from the three possible options – emotion-oriented, task-oriented and avoidance.

The Hungarian version of the Parental Bonding Instrument (H-PBI; Parker, Tupling & Brown, 1979; cited in: Tóth & Gervai, 1999) was applied for the investigation of parental treatment. This inventory includes three factors (affection, overprotection, restriction), along which the children have to characterize their parents.

The Family Ritual Questionnaire (Fiese et al., 2003; Hungarian version: Kiss, 2006) includes different statements regarding family rituals and traditions, they are characterized along their

frequency and psychological qualities.

The study was conducted between March of 2012 and May of 2013 in three high schools and in one university faculty. The heads of the high schools gave their permission to the data collection. In every class of two high schools the head of the study presented the instructions and informed the students about the voluntary and anonym nature of the participation. Hereafter the teachers stayed with the children during the test administration. In the third high school the counsellor provided the children with information and instruction. University students got the questionnaires at different courses in the presence of their lecturers.

Nonprobability convenience sampling was used to gather the sample. The response rate was 83%, as from 850 questionnaires 776 were sent back and 704 of them were valid. One hundred and fifty boys and 554 girls took part in the study. The mean age of the participants was 19.1 years (the oldest person was 25, the youngest 14). For statistical purposes three age groups were created: in the middle of adolescence (mean age 15.5 years), at the end of adolescence (mean age 18.7 years) and post-adolescence (mean age 22.2). Two hundred and forty-two of the participants were attending high school and 462 were university students at the time of the study. Six possible family types were included – according to these categories 64% of the participants lived in a full family, 19% lived with one parent (mother or father), 11% in a blended family and 6% lived in other family type (e.g. with partner or grandparents).

Data were treated according to the effective ethical regulations.

Statistical analyses were calculated with the SPSS 20.0 statistical software package. Descriptive statistics (absolute and relative frequency, mean, standard deviation, median, and modus) were used to characterize the sample and the scale items. The following tests were applied to reveal the possible relationships among the variables: Levene's test, two-sample t-test, Shapiro-Wilk test, Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney test, regression analysis, ANOVA, correlation analysis, cluster analysis and pathway analysis. Results were regarded as significant when  $p < 0.05$ .

## Results

Results are presented in light of descriptive statistics and hypothesis testing.

The characterization of parental treatment was first examined in gender groups. Girls rated their mothers as more affectionate, while boys rated their mothers as more overprotective. When age groups served as splitting variable it was revealed that adolescents between 14-16 years of age perceived their parents as more overprotective than the other two age groups. The youngest group also thought their fathers to be more restrictive compared to the opinion of the participants aged between 21-25 years.

Regarding family rituals there were significantly higher scores in the girls' answers in every rated dimension – frequency, emotions, symbolic meaning, awareness, routine-like nature and meaningfulness. Age group differences were also analysed. According to our results the youngest group (14-16 years) takes part less often in family gatherings. These have less emotional and symbolic meaning for them. The youngest participants are less aware of the importance of family rituals and they are less involved in them than the older groups.

Girls are more prone to anxiety than boys. Trait anxiety levels are gradually elevating in the three age groups, although only the scores of the youngest and oldest groups differed significantly. To

sum it up, the oldest group has the highest level of trait anxiety.

In both gender groups the task-oriented coping was preferred followed by emotion-oriented and avoidance coping. Task-oriented coping is more common in the older age groups. Emotion-focused coping is the most widespread in the 17-20 years old group. The frequency of avoidance coping was not different in the three age groups.

The first hypothesis about the relationship between parental treatment and proneness to anxiety was tested with correlation and regression analysis. This hypothesis was partially underpinned, as the results suggest that maternal and paternal affection decreases the level of trait-anxiety and maternal overprotection increases it. The other types of parental treatment did not have any significant effect on the children's level of trait-anxiety.

The second hypothesis concerned parental treatment and coping strategies. The participants were clustered according to their preferred coping strategies resulting in three groups: task-oriented, emotion-oriented and ignorant. There is a correlation between group membership and perceived parental treatment. Maternal and paternal affection helps to develop task-oriented coping mechanisms, while low affection leads to avoidance. Maternal overprotection is related to emotion-focused coping.

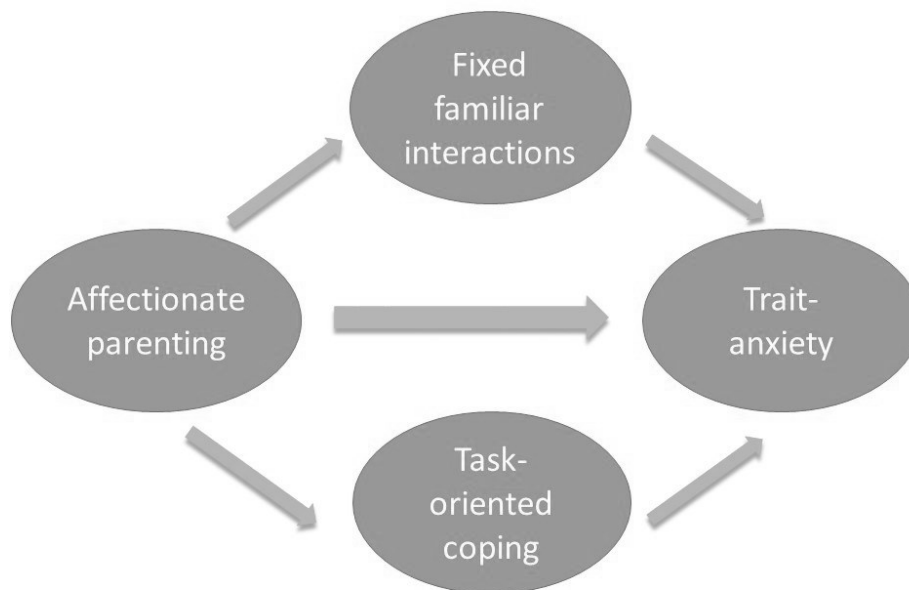
In the third hypothesis it was assumed that frequent family rituals (meals and weekends at home) and their meaningfulness decreases the children's trait-anxiety level. This assumption was proven, as frequent family rituals, e.g. meals and weekends at home decrease the children's trait-anxiety level. The frequency and symbolic meaning also reduces the level of trait-anxiety, while empty and routine-like rituals elevate it.

The fifth hypothesis focused on the connection between parental treatment and family rituals. Six parenting styles were created with cluster analysis and they were compared in the different dimensions of family rituals' characteristics. The hypothesis was partially underpinned. Parental affection correlates with more frequent and emotionally saturated rituals; maternal affection has a bigger role in this than perceived paternal love. Parental neglect leads to fewer and less important rituals. Controlling (overprotective or restrictive) behaviour did not have any effect on family rituals.

The sixth hypothesis aimed to examine the mediating role of family rituals in the relationship of parental treatment, proneness to anxiety and preferred coping strategies. As the main emphasis was on revealing the positive role of family, variables with supposed positive influence were selected for the analysis. As such, affectionate parenting and the most frequent rituals (fixed familiar interactions, e.g. meals and weekends at home) were included. The pathway analysis created to test this hypothesis gave a significant result. According to this it can be stated that the model (Figure 1) created on the basis of the presented data underpins the 6<sup>th</sup> assumption. That is, affectionate parenting decreases proneness to anxiety directly and also indirectly. One path of this effect leads through common meals and weekends, the other way is through the development of task-oriented coping, which also has a reducing effect on trait-anxiety. Summing up it can be stated that affectionate parenting, common meals and weekends serve as preventive factors in the development of anxiety level and preferred coping strategies.



**Figure 1. The model created according to the results of the pathway analysis**



### Conclusions

According to our results parenting style and family rituals are indeed very influential. The presented study verifies the common standpoint that a well-functioning family improves the children's emotional development and helps them to resist difficulties in their lives.

Gender specific results are of particular importance. In the literature there are vast amount of data regarding higher levels of trait-anxiety in girls, which was also found in the present study. Furthermore, girls scored higher on all three coping mechanism scales compared to boys. Based on the above it might be concluded that higher level of trait-anxiety induces stronger drive to cope with stress. Another important result is that girls perceived their mothers to be more affectionate. We assume that the reason for this lays in the communication style differences. There are more socially accepted ways to express caring towards girls (e.g. besides words hugs and caresses can be used even in adolescence), while the channels of emotional communication are more restricted in the case of boys. Furthermore, social norms and expectations suggest that boys should be 'tougher', which makes it even harder to express positive emotions. The differences in the involvement in family rituals between genders might be due to the phenomenon that in Hungary household keeping and coordination of family matters are usually regarded as the tasks of women (Pongrácz, 2006). Possibly this attitude is reflected in the presented results, too. Girls are more often involved in the activities of family rituals, that is the reason why these are more important part of the girls' lives.

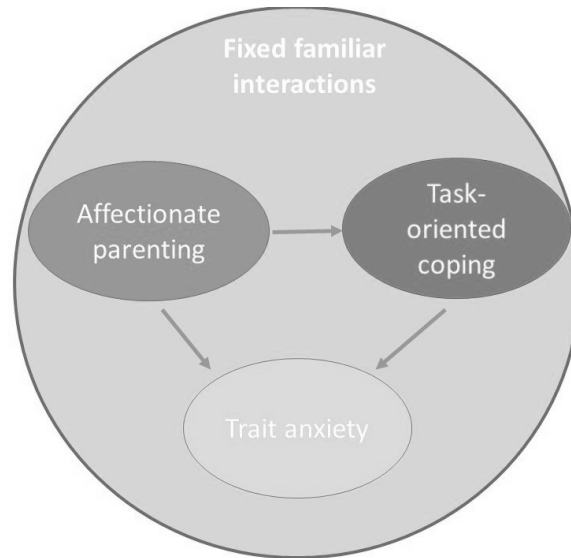
Age group differences are also reported. Maybe the most important of these is the elevating level of trait-anxiety with age. The scores of participants aged 21-25 are significantly higher than those of the youngest group (14-16). Quarterlife crisis might be one of the background factors of the high anxiety level, which is caused by the beginning of own life and the undertaking of responsibility (Thorspecken, 2005). In this period of life the family cannot be there anymore as an

active support, like it was during adolescence. Although it can be of much help that the frequency of task-oriented coping also increases with age. In the age group of 14-16 years family rituals and their meaningfulness were scored lower than in the other two groups. For the youngest included group these activities are not as important as they are for the older participants. Children aged 14-16 years are at the beginning of adolescence, they begin to create their own autonomy and they are not as close to their parents and family as they were earlier. This period is a so called centrifugal stage in the lifecycle of the family (Combrick-Graham, 1985 cited by Szabóné, 2004). Parents experience at this time their midlife crises, which also might play a role in the decreased importance of family rituals. This age group rated overprotection and restriction higher than the older groups, so it can be assumed that family rituals seem to be 'compulsory family programs' for the teenagers. As such, pushing them to take part on these programs might be bothersome for the adolescents.

Family rituals are important factors in the psychological development of children, but only if they are filled with positive emotions and are not routine-like. Positive emotions connected to common meals and weekends at home can decrease proneness to anxiety and help to develop task-oriented coping. Family rituals have direct and indirect influence on the children. Through observation and social learning children can acquire coping strategies for stressful events. The children also have the opportunity to tell stories and experience parental attention and support; furthermore they can get and give feedback, too. Family rituals may serve as protective factors in many ways. The responsibility of parents in providing sufficient family rituals is big. Well organized rituals with high emotional importance are most common in the case of affectionate parenting. These events are important and everyday channels for the expression of parental attitudes.

Based on our results a model was created (Figure 2) representing how family rituals give a framework to the get-togethers. Family gatherings are occasions when parents can express towards their children the emotional safety, love and support they provide them. This symbolic communication influences the children's psychological development. Affectionate parenting correlates with more frequent common meals and weekends at home and increases their meaningfulness and emotional saturation. Fixed familiar interactions are events which are the most frequent in a family's life (Wolin, Benett, 1984). This might mean that although teenagers are often not willing to take part at family events, they need their parents to be present in their lives. As the presented results indicate, family rituals improve coping strategies, decrease the level of trait-anxiety and are beneficial in many psychological aspects. It is logical, that feeling competent in stressful situations and being able to focus on the solution of the problem results in a strong feeling of control, which diminishes anxiety. It is important to keep in mind that family rituals only serve as framework if the affectionate parenting style is dominant. In the case of family rituals affectionate parenting manifests in flexible rules created according to the characteristics of the developmental period of the children. Furthermore, the organization of family gatherings is adapted to the family lifecycle. And the parents are able to create an atmosphere during family rituals in which the children do not feel inconvenient and rituals maintain their symbolic character.

**Figure 2. Relationship between affectionate parenting and family rituals and their effects on task-oriented coping and trait-anxiety**



The presented results might be useful for the experts working on the field in many ways. We would like to illustrate this with a few examples. During the work with families assessing the family's rituals might serve as an important diagnostic tool. It can provide information about the characteristics of the family and parenting styles. How and how much time do they spend together? How do they organize their everyday life and holidays? Who are invited? What is the atmosphere like at these gatherings? The answers to these questions can show what role rituals play in the family's life. Furthermore, they give information about the relations in the family and about parenting styles, too. If needed, the changing and correction of family routine and rituals can induce complex changes in the family system, which also affects the individual functioning of the family members. By the means of rituals – especially fixed familiar interactions – communication can be improved. Furthermore, they also provide good opportunities to express emotions, to clarify roles and as such they give a framework to the functions of the parental sub-system. Via psychoeducation important information can be given throughout the whole life-span – from childhood through adolescence and adulthood – about the importance of family rituals and their role in the family system. Families also can be thought about the significance of affectionate parenting, good organized family rituals and their protective roles in the children's lives.

**Publications in the topic****International original article**

- **Lantos Katalin**, Kígyós Tamás, Nagy Lajos, Lampek Kinga (2014): Correlations between parental treatment and family rituals. In: www.sgemsocial.org (ed.): *SGEM2014 Conference on Psychology and Psychiatry, Sociology and Healthcare, Education*. SGEM, 2014. pp. 91-99. (ISBN: 978-619-7105-22-3)

**Hungarian journal articles**

- **Lantos Katalin**, Nagy Lajos, Lampek Kinga (2015): The effect of parenting style on trait anxiety and mood of children. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA* 6.:(2) pp. 81-90.
- **Lantos Katalin** (2012): Extracts of the relationship between family rituals and health. *ACTA SANA: MENS SANA IN CORPORE SANO: AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA* 7.:(2) pp. 44-46.
- **Lantos Katalin**, Inántszy-Pap Judit (2012): The relationship between family effects and children's health behaviour. In: Koncz István, Nagy Edit (ed.) *Nemzedékek együttműködése a tudományban: PEME IV*. Budapest:, 2012. pp. 5-12. (ISBN:978-963-88433-7-1)
- **Lantos Katalin**, Inántszy-Pap Judit (2012): The relationship between adolescents's trait anxiety and coping strategies in the mirror of relations in the family. In: Vargha András (ed.) *A tudomány emberi arca: A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlése : Kivonatkötet*. Hungarian Psychological Association, 2012. pp. 368-369. (ISBN:978-963-87915-6-6)

**Oral presentations at international congresses**

- **Lantos Katalin** (2012): Anxiety in adolescence: Possibilities of Art therapy. II. International Conference of Art Therapy, East European Arts Therapy Association, Obzor, 2012.09.20-25.
- **Lantos Katalin**, Inántszy-Pap Judit (2012): Anxiety and health behaviour – Possibilities to help adolescents with anxiety. II. International Congress of Psychiatric Nurses, Budapest, 2012.10.18-2012.10.20.

**Oral presentations at national congresses**

- **Lantos Katalin** (2016): The effect of family rituals on trait anxiety. Magyar Családterápiás Egyesület, XXX. Vándorgyűlés, Pécs
- **Lantos Katalin** (2014): The role of family rituals in the life of adolescents. Science Cafe presentation (2014), Szeged
- **Lantos Katalin**, Inántszy-Pap Judit (2012): Anxiety and coping in adolescence. Magatartástudományi Napok, Szeged



## Nemzetközi összefogás a nosocomialis fertőzések leküzdésében

**Gunics Gyöngyi PhD**

*főiskolai docens*

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport

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

**Kulcsszavak:** nosocomialis fertőzés, nemzeti nosocomialis surveillance program, antibiotikum-rezisztencia

---

A nosocomialis fertőzések világszerte több százmillió pácienszt érintenek. A fejlődő országokban a nosocomialis fertőzések kockázata 2-20-szor nagyobb, mint a fejlett országokban. A fertőzések aránya akár 25 % felett is lehet. Az antibiotikumok felfedezése lehetővé tette a fertőzések kezelését. A széleskörű felhasználásuk következtében azonban kezdtek megjelenni a rezisztens kórokozók. Olyan kórokozók alakultak ki, melyek kezelésére korlátozott számú antibiotikum áll rendelkezésre. Ezek a multi-rezisztens kórokozók egyre nagyobb problémát jelentenek, mert az általuk okozott fertőzések súlyosak és sokszor halálosak is lehetnek (1).

### *Nosocomialis fertőzések*

Olyan fertőzések, amelyek az egészségügyi ellátásnak következtében alakulnak ki. Egy HAI (Healthcare-associated Infections) lehet helyi vagy generalizált fertőzés, amit egy kórokozó vagy annak valamely terméke váltott ki. A kórházi felvételt követő 48 órán túl alakul ki a fertőzés, akkor nagy valószínűséggel nosocomialis fertőzésről beszélünk (2).

Az Egyesült Államokban működő Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (Centers for Disease Control and Prevention CDC) a világon elsőként a múlt század 70-es éveiben folyamatosan vezette be a mai napig fennálló és sikeres Nosocomialis Surveillance Rendszerét (National Nosocomial Infection Surveillance-NNIS), mely többször átalakult, és egyben új elemekkel is gazdagodott. A NNIS és a kapcsolódó tudományos kutatások eredményei alapján határozták meg az aktív fekvőbeteg-ellátó intézményekben keletkező nosocomialis fertőzéses standard definícióit, az adatok elemzését. A NNIS rendelkezik a legnagyobb adatbázissal, melyet időközönként közzétesznek (3).

Európában a 90-es években Európai Unió (EU) projektként alakult ki az európai Fertőzés-megelőzési és Nosocomialis Surveillance Program (HELICS- Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance), melynek a NNIS alapján intenzív terápiás osztályok eszközhasználattal összefüggő fertőzés és sebfertőzés moduljai voltak. A program befejezését követően 2008-ban, a nosocomialis fertőzések felügyeletét átvették az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (European Centre for Disease Prevention and Control- (ECDC) szakemberei (4). A különböző európai országokban végzett nosocomialis pont-prevalencia vizsgálatok alapján becsléseket készítettek. Ezek értékelése során megállapították, hogy 2007-ben az Európai Unió 27 tagállama és 498 millió lakosa körében évente hozzávetőleg 4.5 millió nosocomialis fertőzés fordult elő. A nosocomialis fertőzések által okozott éves halálozás Európában 37 000 volt és további 110 000 haláleset összefüggött a nosocomialis fertőzésekkel. Az invazív diagnosztikus és terápiás technikák

megjelenésével és elterjedésével az egészségügyi szolgáltatások során (koraszülöttek, geriátriai betegek), immunhiányos betegek számának növekedésével a kórházban ellátott betegek egyre nagyobb számban fogékonyá váltak a fertőzések iránt. A kórházi környezet kedvez a multi-rezisztens baktériumok kialakulásának, szelektálódásának (4). Az intenzív terápiás osztályokon a nosocomialis fertőzések aránya 25 % körüli és a fertőzésekkel összefüggő halálozás akár 30 %-ban is előfordult. A nosocomialis fertőzések évtizedek óta jelentős közegészségügyi, terápiás és gazdasági problémát jelentenek. Esetenként súlyos morbiditással és mortalitással járó fertőzések következtében növekszik a kórházi bennfekvéses idő, az antibiotikum felhasználási és az ellátási költség.

Európában a fertőzéseket jelentős részben bakteriális kórokozók okozzák. Az antibiotikum-rezisztencia viszonyainak megismerésére és követésére 1996-ban megalakult az Európai Antibiotikum Rezisztencia Surveillance Rendszer (European Antimicrobial Resistance Surveillance System- (EARSS) nevű EU-s projekt, mely 2003-óta 7 kórokozó (*Streptococcus pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*) invazív törzsekre vonatkozóan gyűjt országoként antibiotikum érzékenységi adatokat (5).

Az évente közölt adatok az európai antibiotikum rezisztencia alakulásának indikátoraként szolgálnak. Az utóbbi években az EARSS által közölt adatok alapján megállapítható, hogy egész Európában folyamatosan nő a széles spektrumú béta-laktamáz termelő (ESBL)-termelő, az Enterobacteriaceae családba tartozó baktériumok- elsősorban az *Escherichia coli* és *Klebsiella pneumoniae*- törzsek előfordulása (6).

A NNSR (Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer) kötelező jelentései közé a multi-rezisztens kórokozók (MRK) által okozott nosocomialis fertőzések, a nosocomialis véráramfertőzések és a nosocomialis járványok tartoznak.

Az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) Kórházi Járványügyi osztályán kidolgozott Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer (NNSR) az Epidemiológiai Felügyeleti Informatikai Rendszer (EFRIR) egyik alrendszerként 2004-ben jött létre. Célja egy országos standardizált Nosocomialis fertőzésekre vonatkozó adatbázis létesítése volt, mely referencia és viszonyítási alapként szolgál a résztvevő kórházak számára (7).

### ***Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzése és leküzdésére irányuló stratégia***

Az új stratégia elfogadására és végrehajtására irányuló rendelkezések szükségesek. Kézhigiénéiára vonatkozó útmutatások 22 országban rendelkezésre állnak, 23 országban léteznek az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések (nosocomialis fertőzések) megelőzésére és leküzdésére irányuló útmutatások.

Aktív felületi hálózatok célja a multi-rezisztens baktériumok okozta fertőzések, a műtéti sebfertőzések és véráramfertőzések felügyelete.

Az Európai Bizottság az egészségügyi program keretében társ finanszírozza az egészségügyi ellátás minőségi mutatóval kapcsolatos OECD-projectet. További project szintén öt klinikai vizsgálatot igyekszik meghatározni a multi-rezisztens Gram-negatív baktériumok által okozott fertőzések terjedésének és hatásának leküzdésére irányuló intézkedéseket.

Nagyon fontos projekt még a fertőzések megelőzésére az európai kórházakban jelenleg alkalmazott iránymutatások és gyakorlatok elemzése (8).

**Irodalmi jegyzék**

1. **Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SHL, Wilkinson WE, Sexton DJ. (1999)** :The impact of surgical site infections in the 1990s: Attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 20: 725-730.
2. **Pittet D. (2005)** : Infection control and quality health care in the new millenium. *Am J Infect Contr*, 33: 258-267.
3. **Emori TG, Culver DH, Horan et al. (1991)**: National nosocomial infections surveillance (NNIS) system: description of surveillance methodology. *Am J Infect Control*, 19: 19-35.
4. **European Centre for Disease Prevention and Control: Annual. (2008)**: Epidemiological Report on Communicable Diseases in Eurpoe 2008. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 16-38.
5. **European Antimicrobial Resistance Surveillance System. EARSS Annual Report (2007)**. Bilthoven, The Netherlands: National Institute of Public Health and the Enviroment, 2008. Avalilable from: <http://www.rivm.nl/earss>
6. **Livermore DM, Canton R, Gniadkowski M, Noerdmann P, Rossolini GM, Arlet G. (2007)**:CTX-M Changing the face of ESBLs in Europe. *J Antimicrob Chemother*. 59: 165-171.
7. **Böröcz K, Szilágyi E, Kende É. (2006)**: Tájékoztató a nosocomialis surveillance során alkalmazandó módszerekről. II rész. Az EFRIR keretében működő Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer standardizált módszerei. *Epinfo*, 13: 4. különszám.
8. **European Commission (2012)**: Communication from the commission to the European parliament, the council, the European ecomonic and social committe and the committee of the regions. eHealth action plan 2012-2020. Innovative healthcare for the 21st century .COM (2012) 736 final.





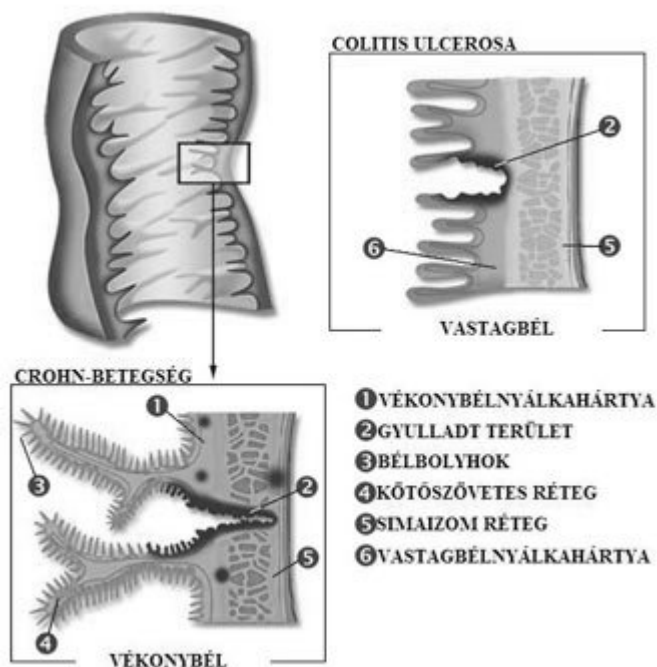
## Új lehetőségek a gyulladós bélbetegségek kezelésében- különös tekintettel a colitis ulcerosára

**Dr Jármay Katalin PhD**

*patológus-belgyógyász-gasztroenterológus szakorvos  
főiskolai tanár*

SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Alkalmazott Orvostudományi Szakcsoport  
e-mail: jaka@etszk.u-szeged.hu

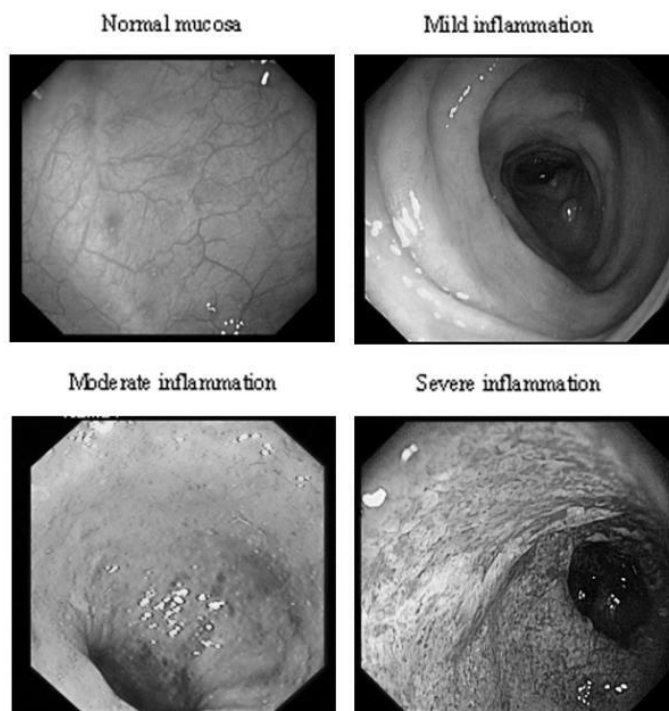
A gyulladós bélbetegségek (IBD), azaz a colitis ulcerosa (UC) és a Crohn-betegség (CD) klinikai megjelenése, kezelése az elmúlt évtizedekben jelentősen változott. Mindkettő progresszív kórkép, így az évek során egyre gyakrabban szövődményes betegség képét látjuk. Az ismétlődő fellángolások az érintett bélszakasz strukturális károsodásához, funkcióromlásához vezetnek, nemritkán a betegek rokkantságát okozzák.



Kép forrása: <http://www.webbeteg.hu/cikkek/emesztorendszer/243/mi-a-colitis-ulcerosa>

A colitis ulcerosa (CU) a vastagbél folyamatosan terjedő, a nyálkahártyafelszín felületes rétegeit érintő, kifehélyesedéssel járó betegsége. A végbélben kezdődik és a vastagbélben proximális (orális) irányba terjed; a végbél mindig érintett. Véres-nyákos hasmenés és görcsös hasi fájdalom jellemzi, azonban a tünetek a gyulladás súlyosságától és lokalizációjától függenek. Az esetek nagy részében a végbél (proctitis és rectosigmoiditis, 50%) érintett, de a bal oldali vastagbélgyulladás (distalis colitis, 25%), valamint a kiterjedt forma (pancolitis, 25%) is gyakran előfordul. A CU diagnózisa a klinikai kép, valamint a komplett, biopsziával kiegészített endoscopos (colonoscopia) vizsgálat segítségével történik.

Colitis ulcerosa endoscopos képe.



Kép forrása: <http://www.webbeteg.hu/cikkek/emesztorendszer/243/mi-a-colitis-ulcerosa>

A betegséget az intermittáló tünetek jellemzik, az aktív-inaktív (relapszus-remisszió) állapotok váltakoznak, a betegség aktivitása alapján beszélhetünk enyhe, közepsúlyos és súlyos lefolyásról (2)

	Enyhe	Közepsúlyos	Súlyos
<b>Véres széklet/nap</b>	<4	≥4	≥6
<b>Pulzus</b>	<90/min	≤90/min	>90/min
<b>Hőmérséklet</b>	<37.5 °C	≤37.8 °C	>37.8 °C
<b>Hemoglobin</b>	>11.5 g/dL	≥10.5 g/dL	<10.5 g/dL
<b>Süllyedés</b>	<20 mm/h	≤30 mm/h	>30 mm/h
<b>vagy CRP</b>	Normál	≤30 mg/L	>30 mg/L

1. táblázat: A colitis ulcerosa aktivitása (Trulove-Witts) (3)

A tünetek jellegét és súlyosságát alapvetően meghatározza a betegség kiterjedése: minél kiterjedtebb a betegség, annál gyakrabban társulnak szisztémás tünetek is a végbélvérzéshez. Az egész vastagbél megbetegedését pancolitisnek nevezzük, mely nem csak súlyosabb tüneteket okoz fellángolás esetén, hanem a hosszútávú komplikációk (colorectális rák, colectomia) esélye is jelentősen nagyobb, mint kevésbé kiterjedt gyulladás esetén. Az UC lefolyása nagyjából négy kategóriába sorolható, a betegek közel felében számíthatunk kedvező kimenetelre, mikor is a diagnózishoz vezető fellángolást tartós remisszió követi, míg a betegek másik felében ismétlődő fellángolások vagy krónikus folyamatos aktivitás a jellemző. (4) Természetesen ezt a betegség-lefolyást a gyógyszeres kezelés módosíthatja, kedvezőbbé teheti. Ehhez azonban tudnunk kell, hogy milyen a beteg prognózisa. Ezt a diagnózis felállításakor már megbecsülhetjük: a biokémiai markerek pozitivitása

(gyorsult süllyedés, magas C-reaktív protein szint) a 40 év alatti életkor, a pancolitis, a korai szteroid igény, a női nem és az anémia súlyosabb betegségfolyást prognosztizál. (5, 6)

A gyógyszeres kezelések célja a tünetek háttérében álló gyulladás csökkentése, a sebészi kezelések elkerülése, a remissziók fenntartása, a daganatos elfajulás kialakulásának csökkentése és az életminőség javítása.

A rendelkezésre álló terápiás lehetőségek kiválasztásánál a lokalizáció, a betegség lefolyása, kiterjedése és aktivitása mellett számos egyéb szempontot is figyelembe kell venni. **Új terápiás célok fogalmazódtak meg, változik a kezelés stratégiája. Amíg korábban a kezelés célja a klinikai remisszió elérése és fenntartása volt, ma fontos a betegség progresszív természetének a befolyásolása. A hagyományos, a betegség súlyosságához igazodó lépcsőzetes kezeléssel szemben a korán megkezdett agresszívebb kezeléstől várjuk a súlyosabb lefolyás megelőzését.** A megbetegedés többféle kezelési lehetőségei közül egyik sem tökéletes és nem kecséget a teljes gyógyulás esélyével. A terápiás alternatívák részben nem kellő hatékonyságuk, részben a pozitív hatásuk átmeneti volta, részben nem egyedi esetben akár súlyos, életet is veszélyeztető mellékhatásaik miatt nem eredményeznek tartós panaszmentességet és így a betegek egy jelentős részében a vastagbél eltávolítása is szükségessé válhat.

Ezek alapján napjainkban is komoly szükség van egy tartósan hatékony, kedvező mellékhatásprofilú, a szisztémás immunválaszt érdemben nem befolyásoló szerre, amely a CU-ban szenvedő betegek számára hosszú távú tünetmentességet és a vastagbél nyálkahártyájának tartós gyógyulását ígéri. Az UC kezelése felépítő jellegű, először a kevesebb mellékhatást okozó szerekkel próbálkozunk, és ezek sikertelensége esetén nyúlunk a kortikoszteroidokhoz, illetve az immunszuppresszív szerekhez.

Az Európai Crohn és Colitis Szervezet (The European Crohn's and Colitis Organisation, ECCO) ajánlása szerint az aktív, enyhe-középsúlyos esetekben a standard terápia az 5-aminoszalicilsav (5-ASA, mesalazin).<sup>(7)</sup> Lehetőség szerint érdemes a napi egyszeri adagolású mesalazinokat (pl: Pentasa® 2g retard granulátum) választani, mivel ez a betegek terápiahűségét jelentősen növeli, így csökken a relapszus kockázata.

Ismert, hogy a megfelelő compliance mellett is a páciensek egy harmada nem reagál megfelelően az 5-ASA kezelésre, így szükség van szisztémásan vagy lokálisan ható szteroid terápiára. Az ECCO jelenlegi ajánlása szerint az új budezonid MMX készítmény, a lokálisan ható Cortiment® 9mg retard granulátummal végzett randomizált, kettősvak, placebo-kontrollált, fázis III. vizsgálat biztató eredményekkel szolgált a remisszió elérésének tekintetében.<sup>(8)</sup> Az ECCO következő, frissített ajánlása szerint a Cortiment® [Budezonid MMX®] az enyhe-középsúlyos esetekben a remisszió elérésének új gyógyszere.

A hagyományos gyógyszerek mellett új, egyre hatékonyabb szerek kerültek a klinikai gyakorlatba, változik a hagyományos szerek alkalmazása is. Bár a betegséget meggyógyítani ma sem tudjuk, az új kezelési stratégiával egyre realisabb célnak tűnik a betegség lefolyásának a kedvező módosítása.

A célzott terápia elvét egyedül a **biológiai kezelések közelítik meg.** Ezek első képviselői a tumor nekrózis (TNF)-alfa-blokkoló kezelések voltak, amelyek a betegek jelentős részében hosszán tartó tünetmentességet és a bél nyálkahártyájának teljes gyógyulását eredményezték. Az **immunszuppresszív szerek** kiterjedtebb, korai alkalmazása is hozzájárult a kedvezőbb eredményekhez. Az immunmodulánsok alkalmazására elsősorban a hagyományos kezelésre nem reagáló, súlyosabb betegségben került sor. Egyre több adat szól azonban amellelt, hogy a várhatóan súlyosabb lefolyású esetekben indokolt az immunszuppresszív (illetve biológiai) szerek korai adása.

Az IBD kezelésében jelenleg négy biológiai szer (három anti-TNF-molekula: infliximab, az adalimumab és golimumab) engedélyezett az Európai Unió országaiban. A palettát színesíti a bioszimiler infliximab is. Az infliximab egy kiméra vegyület - a kiméra antitestek monoclonalis

egér immunglobulin Fab + emberi Fc részből összeállított antitestek- míg az adalimumab teljesen human természetű. Mindkét szert törzskönyvezték hazánkban közepsúlyos-súlyos fokú, kortikoszteroid és/vagy immunszuppresszív kezelésre nem reagáló vagy arra intoleranciát mutató aktív luminális és/vagy sipolyképződéssel járó felnőtt, valamint gyermekkori CD-ben, és a konvencionális konzervatív kezelésre rezisztens, vagy intoleranciát mutató közepsúlyos/súlyos UC-ben.

Újabb lehetőség a biológiai kezelés palettáján az **anti-integrin vedolizumab** (Millenium Pharmaceuticals) egy **humanizált monoclonális ellenanyag**, mely szelektíven kötődik az alfa4béta7 integrinhez és ezáltal meggátolja a B és T lymphocyták bélnyálkahártyába jutását, akkumulációját anélkül, hogy befolyásolná a központi idegrendszer fehérvérsejt forgalmát és anélkül, hogy lényeges immunszuppressziót okozna (9). Az anti-integrin kezelésbe olyan betegeket vontak be, akiknél a betegség kiterjedése több, mint 15 cm volt és klinikailag közepes-súlyos mértékben aktív UC volt észlelhető, továbbá korábban nem volt kellően hatékony, vagy súlyos mellékhatása volt a szteroid, immunszuppresszív, vagy anti-TNF-alfa kezelésnek. A vedolizumab szignifikáns terápiás hatékonyságot mutatott placebóval szemben mind az indukciós (6 hetes), mind a fenntartó (52 hetes) kezelés zárásakor. A hatékonyságot sem az együtt adott immunszuppresszió, sem a korábbi TNF-alfa blokkoló kezelés nem befolyásolta. A szer immunogenitása és biztonságossága is kiemelkedő volt. A Gemini-I tanulmány eredményei alapján a krónikus fekélyes vastagbélgyulladásban szenvedő betegek hazánkban is hamarosan élvezhetik egy hatékony, biztonságos, teljesen új terápiás célpontú kezelés rövid és hosszú távú előnyeit.

### Irodalomjegyzék:

1. Kép forrása: <http://www.webbeteg.hu/cikkek/emesztorendszer/243/mi-a-colitis-ulcerosa>
2. CORTIMENT® Alkalmazási Előírás – 1.1. pont
3. Dignass A et al. (2012): Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 6(10):965-990. [Table 1.3]
4. Solberg IC, Lygren I, Jahnsen J, et al. Clinical course during the first 10 years of ulcerative colitis: results from a population-based inception cohort (IBSEN Study). *Scand. J. Gastroenterol.* 2009, 44: 431-40.
5. Solberg IC, Hoivik ML, Cvancarova M, et al. Risk matrix model for prediction of colectomy in a population-based study of ulcerative colitis patients (the IBSEN Study). *Scand. J Gastroenterol.* 2015, 50: 1456-62.
6. Molnár T, Farkas K, Nyári T, et al. Response to first intravenous steroid therapy determines the subsequent risk of colectomy in ulcerative colitis patients. *J Gastrointest. Liver Dis.* 2011, 20: 359-63
7. CORTIMENT® Alkalmazási Előírás – 1.2. pont
8. Dignass A et al. (2012): Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *J Crohns Colitis* 6(10):991-1030.
9. Molnár T.: Az anti-integrin vedolizumab hatékonysága fekélyes vastagbélgyulladásban: a Gemini I tanulmány összefoglalása. *Central European J. of Gastroenterol. and Hepatol.* 2.85-86. 2016.



## **NEMZETKÖZI KITEKINTŐ, AKTUALITÁSOK**

**Orvosi - Élettani Nobel díj - 2016.****Összeállította: Dr Jármay Katalin PhD főiskolai tanár**

A sejtkutatás területén elért eredményeiért Oszumi Josinori japán tudós kapja az idei orvosi-élettani Nobel-díjat.

Az illetékes bizottság indoklása szerint a Tokiói Műszaki Egyetem molekuláris sejtbiológusa az **autofágia**, vagyis a sejtekben zajló, leegyszerűsítve „önevészként” emlegetett folyamat kutatásáért kapta meg az elismerést.

Josinori Oszumi 1945. február 9-én született Fukuokában. 1974-ben a Tokiói Egyetemen szerzett PhD-fokozatot, majd három évet töltött a New York-i Rockefeller Egyetemen. Visszatért a Tokiói Egyetemre, ahol 1988-ban megalakította saját kutatócsoportját. 2009 óta a Tokiói Műszaki Egyetem (Tokyo Institute of Technology) professzora.

A 71 éves kitüntetett, eredményei vezettek el az autofágia kutatásának jelenleg is zajló forradalmához, ugyanis ő fedezte fel az élesztőben azokat a géneket, amelyeknek a termékei szükségesek az autofág lebontás legfontosabb útvonalához - mondta az MTI-nek Juhász Gábor, az MTA Szegedi Biológiai Kutatóközpontjában dolgozó Lendület Drosophila Autofágia Kutatócsoport vezetője a japán tudós orvosi-élettani Nobel-díjára reagálva.

Az autofágia görög eredetű szó, önemésztést jelent. 1957-ben Clark tesz említést a sejtalkotók lebontásáról emlős sejtekben, 1966-ban az autofágia folyamatát De Duve és Wattiaux írták le először. Az autofágia alapszinten minden sejtben jelen van, részt vesz a sejtek növekedésében, differenciálódásában, valamint a képződött és elpusztult alkotórészek közötti egyensúly fenntartásában.

Az autofágia folyamatának 4 lépése van:

1. létrejön az izolációs membrán
2. autofagoszóma képződik
3. kapcsolódás a lizozómával: autolizoszóma képződés
4. a bekebelezett sejtalkotók emésztése

A keletkezett aminosavak és kismolekulák visszajutnak a citoplazmába, hogy újrahasznosuljanak, valamint energiát szolgáltatassanak.

Sokan gondolják, hogy az autofágia pusztán azt jelenti, hogy ha a sejt elkezd éhezni,



mindenáron táplálékhoz akar jutni, ezért lebontja önmagát. Ez azonban túlzott egyszerűsítés, az autofágia lényege sokkal inkább a felépülés és a lebomlás dinamikus egyensúlya. Az erről szóló elmélet az 1960-as években látott napvilágot, a jelenséget azonban nehéz volt tanulmányozni, így egészen addig csak keveset tudtak róla, amíg az 1990-es évek elején Oszumi Josinori áttörést nem ért el úttörő kísérleteivel, amelyekkel azonosította az autofágiában alapvető fontosságú géneket. Először élesztőgombákat, majd a későbbiekben emberi sejteket tanulmányozva sikerült megvilágítania az autofágia kifinomult gépezetének alapjait. Oszumi 1993-ban publikálta az autofágia kutatásban fordulópontot jelentő eredményeit, amelyek nyomán ma már óriási mennyiségű publikáció jelenik meg a folyamattal kapcsolatban, 2004-ben pedig folyóirat is indult *Autophagy* címmel.

Az autofágia kutatás gyakorlati jelentőségéről szólva Juhász Gábor úgy fogalmazott, hogy mivel az eukarióta sejtek saját anyagainak és sejtstruktúráiknak a lebontását és újrahasznosítását szolgáló, önmegújító folyamatról van szó, ezért az autofágia csökkent működése egyebek között hozzájárul az öregedés, a rákos megbetegedések és idegsejtpusztulással járó kórképek - Alzheimer-kór, Parkinson-kór - kialakulásához, így a folyamat terápiás befolyásolásával jelentősen javítani lehetne az emberek életminőségét.

Juhász Gábor szerint Magyarországon több kutatócsoport is foglalkozik autofágia kutatással, beleértve saját, az MTA Szegedi Biológiai Kutatóközpontjában dolgozó Lendület *Drosophila* Autofágia Kutatócsoportot.

Kovács Attila, az ELTE TTK Anatómiai, Sejt- és Fejlődésbiológiai Tanszékének tanára szerint az autofágia kutatásban az eddigi imponáló eredmények ellenére még bőven vannak olyan problémák, alapvető kérdések, amelyek megválaszolását akár újabb Nobel-díjjal is jutalmazhatják. A szakember szerint ma már olyan vizsgálatokat is végeznek, amelyek megalapozzák az autofágia betegségekben mutatkozó hatásának egzakt bizonyítását és az ilyen esetekben a terápiás beavatkozás kidolgozását. „Olyan szereket már próbálnak előállítani, amelyekkel szövettenyésztési sejtekben befolyásolható patológiás folyamatok is” - mondta Kovács Attila az MTI-nek, hozzátéve, hogy itt csak az autofágia enyhe serkentése vagy gátlása jöhet szóba terápiás célként, mivel az erős gátlás vagy serkentés maga is kóros hatásokhoz vezethet.

A Juhász Gábor vezette kutatócsoport pesti részlegeként működő ELTE TTK Anatómia, Sejt- és Fejlődésbiológiai Tanszékén jelenleg a „genetikailag nagyon jól hozzáférhető élőlénynek” számító gyümölcslégy (*Drosophila*) segítségével folytatnak nemzetközileg is jelentős és eredményes autofágia kutatást.

Az autofágia rendkívül fontos: a már differenciálódott sejtek általa maradhatnak fenn viszonylag sokáig. Ha az autofág rendszer jól működik, hónapokig vagy évekig fenntart egy sejtet - az idegsejtek akár évtizedekig is élhetnek -, és ezzel nagyon sokat tesz azért, hogy működőképes legyen a szervezet. Ha az ember nem hagyja se leülni, se túlműködni autofág rendszerét, akkor hozzájárul ahhoz, hogy sejtjei tovább éljenek. Az autofágiát az életmóddal legegyszerűbb szabályozni. Szerény és a fizikai aktivitáshoz mért tápanyagbevitel, valamint a rendszeres testmozgás bizonyítottan aktiválja az autofágiát.



## **Beszámoló Erasmus + mobilitás keretében lezajlott látogatásról Finnországban**

**Összeállította: Papp László, Papp Anita, Koncsek Krisztina, Pósa Gabriella**

2016 szeptemberében az SZTE ETSZK négy oktatójának lehetősége nyílt az Erasmus + program segítségével arra, hogy a kar nemzetközi kapcsolatainak ápolását és előmozdítását szem előtt tartva néhány napot a Finnország keleti részén, Karélia tartományban található Mikkeli University of Applied Sciences Savonlinna Campusán, a Department Of Rehabilitation and Health Care-n töltsön. A mobilitásban a Fizioerápiás Tanszék részéről Koncsek Krisztina tanársegéd és Pósa Gabriella tanársegéd vett részt, az Ápolási Tanszéket Papp Anita tanársegéd és Dr. Papp László docens képviselte.

A látogatás elsődleges célja a fogadó intézménnyel régóta ápolts, sikeres kapcsolat megerősítése, és további együttműködési lehetőségek kialakítása volt. Mind az ápoló, mind a fizioterapeuta képzés tartalma jelentős változások előtt áll, és az új kihívásoknak való megfelelés fontos állomása lehet a már működő, és újabb, a hazaitól eltérő szempontok mentén kialakított képzések megismerése. A látogatás során lehetőségünk nyílt megismerni a savonlinnai campuson zajló képzésfejlesztő munkát, mely hasznos tapasztalatokkal és meglátásokkal segítheti az ETSZK hasonló tevékenységét.

A nemzetközi együttműködések hasonlóan fontos pillére a hallgatói csereprogramok lebonyolítása. A lezajlott tárgyalások után nincs elvi akadály annak, hogy karunk ápoló és gyógytornász szakirányos hallgatói gyakorlati képzésük meghatározott elemeit Finnországban töltsék, valamint a finn partneregyetem hallgatói ugyanilyen részképzés keretében Egyetemünkön tanuljanak. Ez a csereprogram már évek óta sikeresen zajlik az ápolóképzésben, és a gyógytornász képzés ilyen irányú bevonódása kari stratégiai szempontból is jelentős lehet.

A látogatás további elemeként néhány kurzus megtartásával lehetőségünk nyílt bekapcsolódni a savonlinnai campuson zajló oktatási munkába. Megismertük a campus oktatási eszközeit és lehetőségeit, mely tapasztalatok hasznosak lehetnek az ETSZK gyakorlati és szimulációs oktatásának fejlesztésében. A helyi kórházban, mint gyakorlati helyszínen tett látogatásunk során rövid, de tartalmas betekintést kaptunk egy fejlett és fenntartható egészségügyi rendszer működésébe.

**Előszó és ajánló a NEUROVERZUM - A motoros kontroll,  
mint a rehabilitáció alapja című könyvhöz**

**Nagy Edit**

*főiskolai docens*

**Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar**

**Fizioterápiás tanszék**

“Movement is life, life is a process. Improve the quality of the process and you improve the quality of life itself.” Moshe Feldenkrais

A mozgás az élet alapvető kelléke: az élet mozgás, a mozgás élet, hangzik a magvas gondolat.

Azaz a mozgás élet, az élet egy folyamat, javítsd a folyamat minőségét és ezzel magát az életminőséget javítod. Azt hiszem, ez az idézet méltán lehet minden gyógytornász jelmondata, hiszen alapjaiban véve fogalmazza meg munkák lényegét.

Azonban a mozgás minőségét javítani nem könnyű feladat, a saját Bobath tréningem kapcsán a legkorábban azt tanultam meg a szemlélettől, hogy a minőségre, a lehető legmagasabb minőségű mozgásra kell törekednünk kezelés során. Ahhoz, hogy ebben a munkában sikereket érjünk el elengedhetetlen a motoros kontroll, motoros tanulás elméleti háttérének megismerése majd gyakorlati alkalmazása.

Szándékosan hívom motoros kontrollnak mozgásirányítás helyett, motoros tanulásnak, mozgástanulás helyett és a későbbiekben is számos szakkifejezést hagyok meg az angol logika szerinti formában azért, hogy megkönnyítsem az angol nyelvű szakirodalom olvasását és integrációját a már megszerzett tudással.

Fontosnak tartom, hogy egy ugyanazon nyelvet beszéljünk mindannyian és megértsük a szakirodalmat, ami jelenleg zömmel angol nyelven érhető csak el, ezt az égető hiányt csillapítani igyekeztél indult el ennek a könyvnek az ötlete a megvalósítás irányába. A könyv fókuszában a mozgás áll, a mozgás megértéséhez szükséges neuroanatómiai, neurofiziológiai alapok áttekintése a gyógytornászok számára kiemelten fontos területek részletezésével. A normál működés leírása után az adott terület diszfunkcióit részletezzük. Az egyes fejezetek, funkcionális rendszerek végén ellenőrző kérdések segítségével tájékozódhatunk a megszerzett ismereteinkről, illetve ezek a kérdések segítenek a legfontosabb tartalmak kiemelésében. Hasonlóan a lényeges fogalmi meghatározások is zöld kiemeléssel, illetve a hangsúlyos elemek vastagbetűvel szerepelnek az alfejezeteken belül is.

A könyvre jellemző, hogy az alapismeretek közvetítésén túl, a motoros kontrollt érintő kérdésekben helyenként mélyvizekre evez, ennek célja nem az elrettentés, hanem a kíváncsiság felkeltése és az újabb szakirodalmak keresésére ösztönzés, a téma alapos megértése érdekében. Így hasznos információkat tartalmaz a motoros kontroll kérdéskörben mind a BSc, mind az MSc szintű gyógytornászképzésekhez. Tartsuk szem előtt, hogy az idegrendszer megértése és tanulása egy életen át tartó folyamat (vizsgán nem használható idézet J), mely során egyre többet és egyre

inkább összefüggéseiben leszünk képesek felfogni és átlátni ebből a csodálatos rendszerből.

Azt sem szabad elfelejteni, hogy elméleti tudásunk irányítja a gyakorlati munkánkat, épp ezért soha nem lehetünk megelégedve a jelen tudásunk szintjével. Az idegtudományok folyamatosan fejlődnek és változnak, ezért elengedhetetlen a szakirodalom követése, előfordulhat, hogy a könyvben szereplő adatok is más megvilágításba kerülnek idővel.

A címet illetően a Neuroverzsum előtag kezdetben csak, mint fantáziacím funkcionált, de idővel egyre inkább önálló életre kelt. (Mindenesetre, a biztonság kedvéért megtartottam egy kevésbé elvont, könnyen fogyasztható alcímet is.) Nem elvetemült ötlet azonban párhuzamba állítani az Univerzumot és az Idegrendszert. Kezdetben mindkettőről csak annyit tudunk, hogy létezik, vannak csillagok az égen, és van egy idegrendszerünk, majd a tanulási, megismerési folyamataink során az egyes csillagok összeállnak csillagképekké, ahogyan az idegrendszer funkcionális egységeit, az alapvető összefüggéseit, működési elveit is megismerjük, azonban mindig ott lebeg felettünk, hogy valójában csak töredékét vagyunk képesek felfogni, nem beszélve a titokzatos fekete lyukak létezéséről. Lyall Watsontól származó idézet pontosan megfogalmazza a problémát: Ha az agy olyan egyszerű lenne, hogy megérthetnénk, mi lennénk olyan egyszerűek, hogy nem tudnánk.

A könyv létrejöttéhez az SZTE ETSZK biztosította számomra az alkotáshoz szükséges háborítatlan időt, alkotói szabadság formájában és ez a szabadság tette lehetővé azt is, hogy a könyvben megjelenő információkhoz méltó rajzillusztrációk születhessenek. Reményeim szerint nagymértékben megkönnyíti majd a gyógytornászhallgatóink idegtudományok tanulmányait ez a fajta vizuális kiegészítés. Szerencsés együttállás, hogy ebben az illusztrátori tevékenységben hasznosítani tudtam a hobbimból, a fényképezésből és digitális képalkotásból merített tudásom a neurológiai irányultságomban. Grafikus szemmel nyilvánvalóan más megítélés alá esnének az ábráim, de igyekeztem az általam legszemléletesebbnek gondolt, a megértést és átláthatóságot leginkább szolgáló digitális rajzokat készíteni a legjobb tudásom szerint a jelenleg elérhető szakirodalmat alapul véve. Kitartást és sok örömet kívánok a Neuroverzsumban tett utazásokhoz.



## Hallgatóink az ország legjobb felnőtt laikus elsősegélynyújtói

Veszprémben szeptember első felében került megrendezésre a Magyar Vöröskereszt által szervezett 45. Országos Elsősegélynyújtó Verseny. Karunk 5 fős csapata a Spider felnőtt kategóriában elnyerte az 1. helyezését járó kupát. A verseny során csapatunk az elméleti és gyakorlati ismereteit egy 20 állomásból álló körpályán bizonyította, ahol élethű baleseti szimulációs sérülteket kellett ellátniuk. Versenyfeladatok között szerepelt csecsemő újraélesztés, késelés a színházkertben és tömegbaleset a Petőfi Színház próbatermében. Gratulálunk a csapatnak - **Tolnai Nikolett, Demeter Barbara, Kónya János, Kosárkó Bence, Takács János** - a kiváló teljesítményért.



A felkészítésben fontos szerepet töltöttek be imitátoraink, akiknek ezúton is köszönjük lelkes közreműködésüket.

**Felkészítő: Papp Anita, tanársegéd**



**SZTE ETSZK**  
**Tudományos Diákköri Konferencia**  
**Egészségtudományi szekció**  
**2016. november 23.**

**A konferencián előadóink voltak** (nevek az előadás sorrendjében):

- **Andor Gábor, Msc II. évf. szociális munkás hallgató**  
SZTE ETSZK, Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék  
A közfoglalkoztatásban résztvevők helyzete Békéscsabán  
**Témavezető:** Szabó Péter főiskolai tanársegéd
- **Aszódi Fanni, IV. évf. gyógytornász hallgató**  
SZTE ETSZK, Fizioerápiás Tanszék  
Egész testes elektromos stimuláció hatásának vizsgálata idős, inaktív egyénnél  
**Témavezető:** Koncsek Krisztina egyetemi tanársegéd
- **Benda Csenger, IV. évf. gyógytornász hallgató**  
SZTE ETSZK, Fizioerápiás Tanszék  
A lényeg a mélyben lakozik – mély izmok szerepe a derékfájdalom kezelésében  
**Témavezető:** Dr. Domján Andrea főiskolai docens
- **Bodor Kinga, IV. évf. gyógytornász hallgató**  
SZTE ETSZK, Fizioerápiás Tanszék  
Egyensúlyi állapotfelmérés idősödő alanyoknál  
**Témavezető:** Finta Regina főiskolai tanársegéd
- **Borsics Márta, IV. évf. gyógytornász hallgató**  
SZTE SZAKK Központi Fizioerápia  
Nem csak a húszéveseké a videójáték-egyensúlyfejlesztő tréning hatvan év felettiék számára a Microsoft Xbox Kinect 360-nal  
**Témavezető:** Sági Mariann gyógytornász
- **Csath Veronika, ETSZK Msc. II. évf.**  
SZTE ETSZK, Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék  
Munkahelyi konfliktuskezelés a szociális szférában  
**Témavezetők:** Dr. Piczil Márta főiskolai docens, Szabó Péter tanársegéd
- **Kalmár Ágota, III. évf. gyógytornász hallgató**  
SZTE ETSZK, Fizioerápiás Tanszék  
Pulzushullám terjedési sebesség mérése egyetemisták körében, összefüggések a testösszetétellel és testedzés hatásaival  
**Témavezető:** Szilágyi Levente egyetemi tanársegéd



- **Nyemcsok Emese, IV. évf. védőnő hallgató**

SZTE ETSZK, Egészségmagatartás és - fejlesztés Szakcsoport

A jelentudatos táplálkozás szerepe a serdülők tápláltsági állapotában és táplálkozási szokásaiban

**Témavezető:** Lobanov-Budai Éva főiskolai tanársegéd

- **Savanya Brigitta, IV. évf. gyógytornász hallgató**

SZTE ETSZK, Egészségmagatartás és - fejlesztés Szakcsoport, SZTE ETSZK,

Fizioterápiás Tanszék

A helyes testtartást elősegítő fizioterápiás és mentálhigiénés intervenció tapasztalatai

**Témavezetők:** Lobanov-Budai Éva főiskolai tanársegéd, Dr. Barnai Mária főiskolai docens

- **Tóth Alexandra, IV. évf. gyógytornász hallgató**

SZTE ÁOK, Idegsebészeti Klinika

A protractiós fejtartás kezelésének lehetőségei

**Témavezető:** Rónyai Edit gyógytornász

2017. április 18-21. Országos Tudományos Diákköri Konferenciára továbbjutott hallgatók

**I. díj - Nyemcsok Emese**

**II. díj – Aszódi Fanni**

**III. díj – Borsics Márta**

**Savanya Brigitta**

**Csath Veronika**

Gratulálunk hallgatóinknak és felkészítőiknek, köszönjük a befektetett munkát!

Köszönjük támogatóinknak a segítséget!

**Pósa Gabriella**

**TDK elnök**





## **HALLGATÓI OLDAL**



## A nozokomiális infekciók vizsgálata az intenzív ellátásban

Szóts Andrea

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar  
másodéves Msc ápolás hallgató  
e-mail: csandi900423@gmail.com

**Kulcsszavak:** nozokomiális infekció; kézhigiéne; oktatás

---

### Összefoglalás

**Bevezetés és célkitűzés:** A kórházi fertőzések gyakorisága az infekció kontroll megjelenése óta csökkent, de továbbra is súlyos problémát jelent. Céloom felmérni, hogy az MRSA kialakulását mely tényezők befolyásolják, és mekkora a szerepe az ápolói magatartásnak.

**Anyag és módszer:** Keresztmetszeti vizsgálat. Célcsoport az intenzív osztályon (esetcsoport n=46) és sebészeti osztályon (kontroll csoport n=45) dolgozó ápolók, beválasztásra az aktív betegágy mellett, kizárásra a nem ágy mellett dolgozók kerültek. A mintaválasztás nem véletlenszerű. A vizsgálat a pécsi és szekszárdi kórház intenzív és sebészeti osztályain történt, 2012. 09. 01.–12. 01. között. Az adatgyűjtés alapja a WHO kézhigiénés önértékelési kérdőíve, amelyet kiegészítettem saját kérdésekkel. Az adatokat gyakorisággal és  $\chi^2$  próbával, a Microsoft Excelben dolgoztam fel.

**Eredmények:** A szekszárdi ( $p=0,006$ ) és az intenzív ( $p=0,027$ ) osztályokon szignifikáns különbség mutatkozott az ismeretek terén azok között, akik gyakoribbnak vélték a kézhigiénés emlékeztetőket osztályukon. A kézhigiénés oktatások gyakorisága és a bevallott MRSA gyakoriság között valószínűsíthető összefüggés, ugyanis a legtöbb osztályon elmondható, hogy ahol gyakoribbnak vélték az oktatásokat az MRSA bevallott gyakorisága kevesebb volt. A direkt kézhigiénés auditokkal kapcsolatosan elmondható, hogy a pécsi ( $p=0,011$ ) és a sebészeti ( $p=0,022$ ) osztályokon szignifikáns különbség mutatkozott a direkt kézhigiénés auditok bevallott gyakorisága és az MRSA vélt gyakorisága között.

**Következtetések:** A bedside kézfertőtlenítési technika alkalmazása, az egyfázisú kézfertőtlenítő megfelelő használata és a gyakoribb kézhigiénés oktatások az MRSA gyakoriságának csökkenését okozhatják. A gyakoribb kézhigiénés auditok és a több helyen kihelyezett kézhigiénés emlékeztetők segíthetik a kézhigiénés ismeretek fejlődését.

---

## Bevezetés

A fertőzések évszázadok óta komoly gondot okoznak az emberiség számára. A kézhigiéniével kapcsolatban fontosnak tartottuk megemlíteni Semmelweis Ignác személyét, aki összefüggést talált az orvosok kézhigiéniájának hiányossága és a gyermekági láz között.

A multirezisztens kórokozók egyre növekvő antibiotikum rezisztenciája hatványozza a témakör fontosságát. Mivel a tanulmányaim során rávilágítottak, hogy az intenzív és a sebészeti osztályokon a leggyakoribb a nozokomiális infekció, ezért tartottam fontosnak ezt a két területet megvizsgálni. Ehhez kapcsolódóan kutattak Kurucz A. és mtsai (2007), akik felhívták a figyelmet arra is, hogy különbség fedezhető fel a nozokomiális infekciók incidenciája és a kórház jellege között is, mivel a központi oktató kórházakban az MRSA megjelenése ritkább.

Az MRSA fertőzést szintén a gyakorisága miatt választottuk. A gyakorlataim során értettem meg az infekciókontroll szükségességét. Ezen belül is a kézhigiéniés magatartást felmérését azért választottuk, mivel a legegyszerűbb, legköltséghatékonyabb és a legkevesebb ráfordítást veszi igénybe. Erre hívta fel a figyelmet Rákay E. és mtsai (2011) is. Azonban minden megelőző intézkedés ellenére is terjednek a nozokomiális infekciók. Ezt tapasztalták Y.C. Huang és mtsai (2011) is, akik egy teljes programot szerveztek, aminek fő témája a kézhigiéne volt, amivel jelentősen tudták csökkenteni az MRSA incidenciáját.

De leginkább mégis Chittaro M. és mtsai (2009) munkája hívta fel a figyelmemet arra, hogy a kézhigiéniés compliance még mindig jelentős problémákkal küzd.

A kutatásom fő célja megvizsgálni, hogy az MRSA fertőzés kialakulásában és terjedésében mekkora szerepet játszik az ápoló kézhigiéniés magatartása. Célunk továbbá egyéb befolyásoló tényezők elemzése, mint például az életkor, nem, iskolai végzettség, az egészségügyben eltöltött évek száma, a gyakorlati kézhigiéniés oktatások gyakorisága, a kifüggesztett transzparenszek száma és nem megfelelő ápoló-ápoló arány. Céлом felhívni a figyelmet arra, hogy az MRSA fertőzés még mindig aktuális probléma, és a megfelelő kézhigiéniés magatartás az MRSA fertőzésre gyakorolt hatását elemezni.

## Vizsgálati anyag és módszer

A kutatásom keresztmetszeti vizsgálat, melynek célcsoportja az intenzív és sebészeti osztályon dolgozó ápolók. A mintába beválasztásra az intenzív és sebészeti osztályon aktívan betegágy mellett dolgozó ápolók kerültek. Kizárásra kerültek a nem ágy mellett dolgozó egészségügyi dolgozók. A mintaválasztás nem véletlenszerű volt, a cél az volt, hogy a mintában megtalálható legyen mindenféle iskolai végzettségű, életkorú, intenzív, valamint sebészeti osztályon dolgozó ápoló.

A vizsgálat során 129 kérdőívet osztottam ki, amiből 91 érkezett vissza és az összes értékelhető volt. Az esetcsoportba az intenzív osztályos ágy mellett dolgozó ápolók tartoznak, a visszaérkezett kérdőívek alapján 46 fő. A kontroll csoportba a sebészeti osztályon ágy mellett dolgozó ápolók tartoznak, azaz 45 fő.

A vizsgálat helyei a szekszárdi Sebészeti és Érsebészeti osztály és az Aneszteziológia és Intenzív

Terápiás Osztály. Ezen kívül a PTE KK Sebészeti Klinika osztályai és az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézmény Rákóczi és Akác utcai tömb betegellátással foglalkozó osztályai. A vizsgálat ideje 2012. szeptember 1. és december 1.-ig.

A kérdések Böröcz K. és mtsai által szerkesztett kézhigiénés kérdőívből vettük át. Az innen felhasznált kérdéscsoportok: infrastrukturális változtatások, képzés, gyakorlati oktatás, értékelés és visszacsatolás, emlékeztetők a munkahelyen. A saját kérdéscsoportjaim: demográfiai kérdések, a fertőtlenítéssel kapcsolatos ismeretek felmérése, az adott osztály munkakörülményei.

A konkrét statisztikai vizsgálati módszerek a következők: Chi2 próba és a gyakoriság elemzése. Az alkalmazott statisztikai szoftver a Microsoft Excel volt. Szignifikánsnak azokat az eredményeket tekintettem ahol a  $p < 0,05$ .

## Eredmények

### Demográfiai adatok

A kérdőívem kitöltőinek a 95,6%-a (87 fő) nő és 4,4%-a (4 fő) férfi. Ebből következően a kézhigiénés magatartás nemek közötti különbségeinek vizsgálatára nem volt lehetőség.

Az életkorral kapcsolatosan elmondható, hogy a válaszadók 37,4%-a (34 fő) 30-39 év közötti, 32,92%-a (30 fő) 40-49 év közötti, 18,7%-a (17 fő) 18-29 év közötti és 10,98%-a (10 fő) elmúlt 50 éves. Tehát a legnagyobb számban a 30 és 50 év közötti korosztály töltötte ki a kérdőívet.

A legmagasabb iskolai végzettség terén megállapítható, hogy 5,5%-ban (5 fő) alapfokú, 71,4%-ban (65 fő) középfokú, 23,1%-ban (21 fő) felsőfokú végzettségű, tehát elmondható, hogy a legtöbb válaszadó középfokú végzettségű volt. (lásd 1.táblázat)

	Pécsi sebészeti osztályok	Pécsi intenzív osztályok	Szekszárdi sebészeti osztály	Szekszárdi intenzív osztály	Összesen
Alapfokú (segédápoló, ápolási asszisztens)	0	2	3	0	5
Középfokú (szakápoló)	14	17	17	17	65
Felsőfokú (főiskolai végzettségű ápoló, egyetemi végzettségű ápoló)	9	10	2	0	21

**1. táblázat:** A válaszadók legmagasabb iskolai végzettségének megoszlása egyes osztályokra lebontva

### Egyfázisú kézfertőtlenítő használatának vizsgálata

Elsőként azt vizsgáltuk, hogy **az egyfázisú kézfertőtlenítő használata hatékonyabban előzi-e meg a nozokomiális fertőzéseket.** Az egyfázisú kézfertőtlenítő használatával kapcsolatos ismereteiket egy olyan kérdéssel mértem fel, mely során meg kellett különböztetniük az egy- és kétfázisú kézfertőtlenítő használatát.

Az egyes városokra lebontva elmondható az egyfázisú kézfertőtlenítő használatának ismerete terén, hogy a **pécsi osztályokon** a dolgozók 32,7%-a ismeri, míg 67,3%-a nem ismeri helyes

alkalmazását. Azok az ápolók, akik ismerik a használatát 52,9%-ban, míg, akik nem ismerték, 62,8%-ban tartották gyakorinak az osztályukon az MRSA megjelenését. ( $p=0,494$ )

A **szekszárdi osztályokon** 28,2%-ban ismerik az egyfázisú kézfertőtlenítő helyes alkalmazását, míg 71,8%-ban nem. Azok az ápolók, akik ismerik a használatát 36,4%-ban, míg, akik nem ismerik 35,7%-ban tartották gyakorinak az MRSA megjelenését. ( $p=0,969$ )

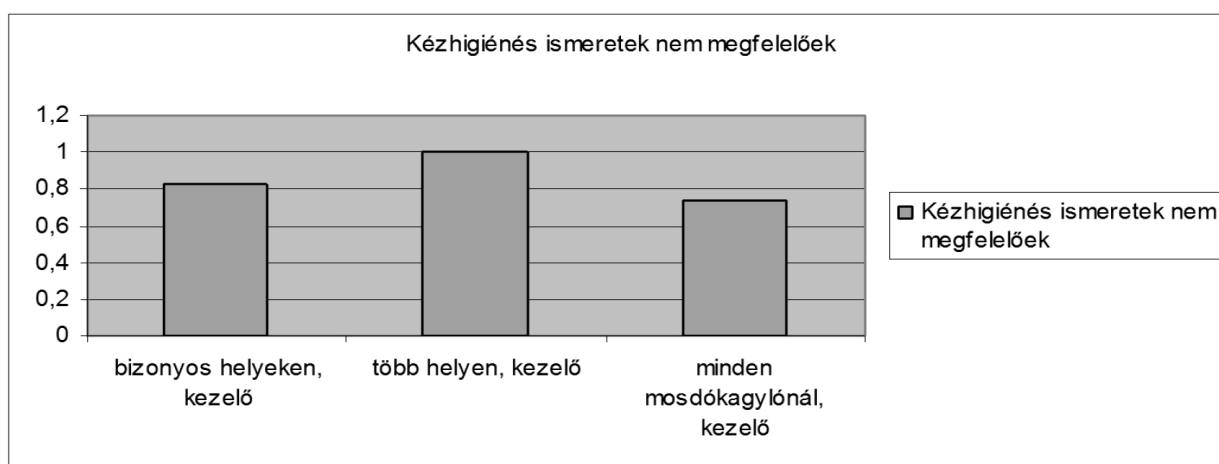
Az egyfázisú kézfertőtlenítő alkalmazásának osztályokra lebontott vizsgálata során megállapítható, hogy **az intenzív osztályokon** az ápolók 36,9%-a ismeri a helyes alkalmazását, míg 63,1%-ban nem. Azok az ápolók, akik ismerik a használatát 29,4%-ban, míg, akik nem ismerik, 51,7%-ban tartották gyakorinak az MRSA megjelenését. ( $p=0,141$ )

A **sebészeti osztályokon** az ápolók 24,4%-ban ismerik a helyes alkalmazását az egyfázisú kézfertőtlenítőnek, míg 75,6%-ban nem. Azok az ápolók, akik ismerik a használatát 72,7%-ban, míg, akik nem ismerik 50%-ban tartották gyakorinak az MRSA megjelenését. ( $p=0,187$ )

*A munkahelyi kézhigiénés emlékeztetők mennyiségének befolyásoló hatása a kézhigiénés ismeretekre.*

A **pécsi osztályokon** a munkahelyi kézhigiénés emlékeztetők az ápolók szerint 28,85%-ban van bizonyos helyeken (26,7%-ban helyes kézhigiénés ismeretek), 28,85%-ban több helyen (40%-ban helyes ismeretek), és 42,3%-ban minden mosdókagylónál és a kezelőben van kihelyezve (31,8%-ban helyes ismeretek). ( $p=0,734$ ).

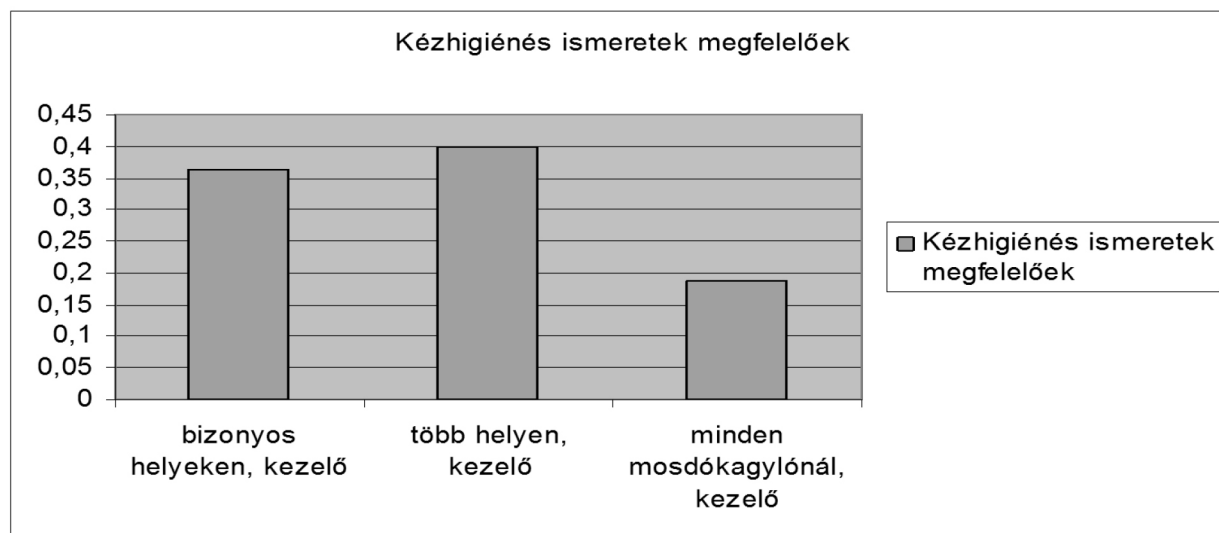
A **szekszárdi osztályokon** a munkahelyi kézhigiénés emlékeztetők a válaszadók szerint nincsenek kihelyezve 10,3%-ban (100%-ban helyesen válaszoltak), 43,6%-ban van bizonyos helyeken (82,4%-ban helyes ismeretek), 7,7%-ban több helyen (100%-ban helytelen válasz) és 38,4%-ban minden mosdókagylónál és a kezelőben van kihelyezve (73,3%-ban helyes kézhigiénés ismeretek). Tehát a szekszárdi osztályokon a kézhigiénés emlékeztető mennyisége és a kézhigiénés ismeretek között szignifikáns összefüggés mutatkozott,  $p=0,006$ .



**1. ábra:** A kézhigiénés ismeretek a kézhigiénés emlékeztetők gyakoriságának vonatkozásában a szekszárdi osztályokon



**Az intenzív osztályokon** a munkahelyi kézhigiénés emlékeztetők az ápolók szerint nincs kihelyezve 8,7%-ban (100%-ban helyesen válaszoltak), 23,9%-ban van bizonyos helyeken (36,4%-ban helyes ismeretek), 32,6%-ban több helyen (40%-ban helyes válasz) és 34,8%-ban minden mosdókagylónál és a kezelőben van kihelyezve (18,8%-ban helyes kézhigiénés ismeretek). Tehát az intenzív osztályokon a kézhigiénés emlékeztető mennyisége és a kézhigiénés ismeretek között szignifikáns összefüggés mutatkozott,  $p=0,027$ .



**2. ábra** A kézhigiénés ismeretek a kézhigiénés emlékeztetők gyakoriságának vonatkozásában az intenzív osztályokon

A **sebészeti osztályokon** a munkahelyi kézhigiénés emlékeztetők az ápolók szerint 46,7%-ban van bizonyos helyeken (85,7%-ban helyes ismeretek), 6,6%-ban több helyen (100%-ban helytelen válasz) és 46,7%-ban minden mosdókagylónál és a kezelőben vannak kihelyezve (61,9%-ban helyes kézhigiénés ismeretek). Tehát a sebészeti osztályokon a kézhigiénés emlékeztető mennyisége és a kézhigiénés ismeretek között nincs szignifikáns összefüggés,  $p=0,119$ .

A kézhigiénés ismeretek itt is megfigyelhetően jobbnak bizonyultak azok körében, akik szerint gyakoribb az elhelyezésük.

#### *A gyakori kézhigiénés oktatások befolyásoló hatásának vizsgálata*

A kézhigiénés oktatások terén elmondható, hogy a **pécsi osztályokon** az ápolók szerint soha nem történik meg 11,5%-ban (83,3%-ban gyakori MRSA), csak munkavállalás előtt 48,1%-ban (64%-ban MRSA), rendszeres oktatás (évente) 26,9%-ban (50%-ban MRSA), és kötelező oktatás 13,5%-ban (42,9%-ban MRSA). Tehát a pécsi osztályokon a kézhigiénés oktatások gyakorisága és az MRSA előfordulása között nincs szignifikáns összefüggés,  $p=0,755$ .

A **szekszárdi osztályokon** az ápolók szerint soha nem történik meg az oktatás 2,6%-ban (ritka az MRSA megjelenése), csak munkavállalás előtt 15,4%-ban (33,3%-ban gyakori az MRSA), rendszeres oktatás (évente) 17,9%-ban (57,1%-ban MRSA), kötelező oktatás 64,1%-ban (32%-ban MRSA). Tehát a szekszárdi osztályokon a kézhigiénés oktatások gyakorisága és az MRSA

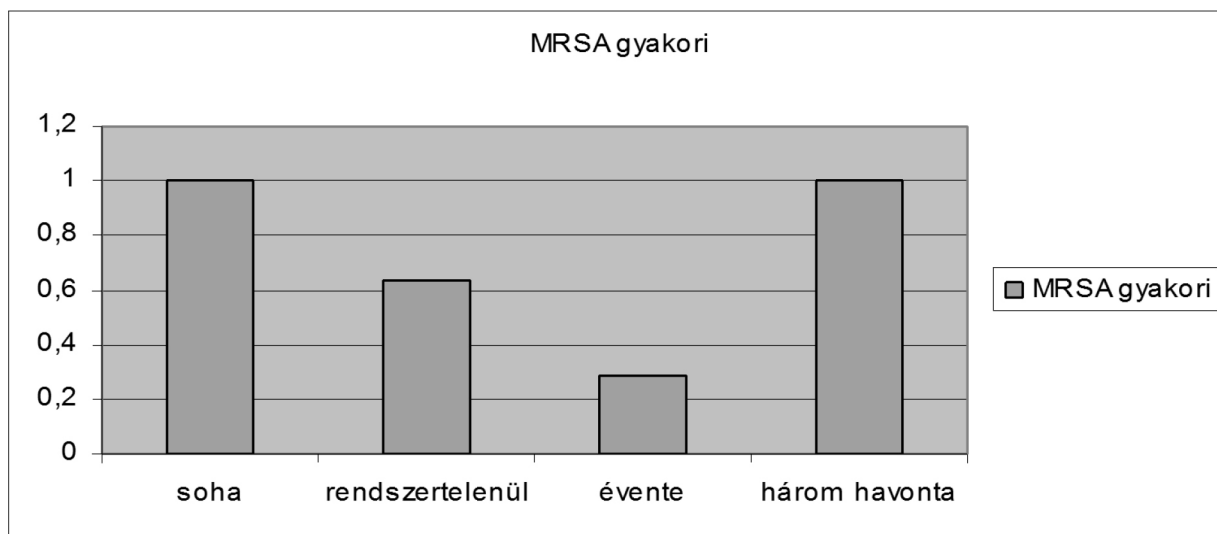
előfordulása között nincs szignifikáns összefüggés,  $p=0,549$ .

A kézhigiénés oktatások terén elmondható, hogy az **intenzív osztályokon** az ápolók szerint soha nem történik meg 2,2%-ban (ritka az MRSA megjelenése), csak munkavállalás előtt 36,9%-ban (47,1%-ban gyakori az MRSA), rendszeres oktatás (évente) 28,3%-ban (53,8%-ban MRSA) és kötelező oktatás 32,6%-ban (53,8%-ban MRSA). Tehát az intenzív osztályokon a kézhigiénés oktatások gyakorisága és az MRSA előfordulása között nincs szignifikáns összefüggés,  $p=0,561$ .

A **sebészeti osztályokon** az ápolók szerint egyáltalán nem történik oktatás 13,3%-ban (83,35%-ban gyakori MRSA), csak munkavállalás előtt 31,1%-ban (71,4%-ban MRSA), rendszeres oktatás (évente) 17,8%-ban (50%-ban MRSA), és kötelező oktatás 37,8%-ban (35,3%-ban MRSA). Tehát a sebészeti osztályokon a kézhigiénés oktatások gyakorisága és az MRSA előfordulása között nincs szignifikáns összefüggés,  $p=0,101$ , így összességében nem találtunk szignifikáns összefüggést.

#### *A direkt kézhigiénés auditok gyakoriságának befolyásoló hatása*

A **pécsi osztályokon** az ápolók véleménye szerint direkt kézhigiénés auditok száma: soha 13,5%-ban (100%-ban gyakori MRSA), rendszertelenül 57,7%-ban (63,3%-ban MRSA), évente 26,9%-ban (28,6%-ban MRSA) és háromhavonta 1,9% (ritkán MRSA). A pécsi osztályokon szignifikáns összefüggést találtunk a kézhigiénés auditok és az MRSA gyakorisága között,  $p=0,011$ .

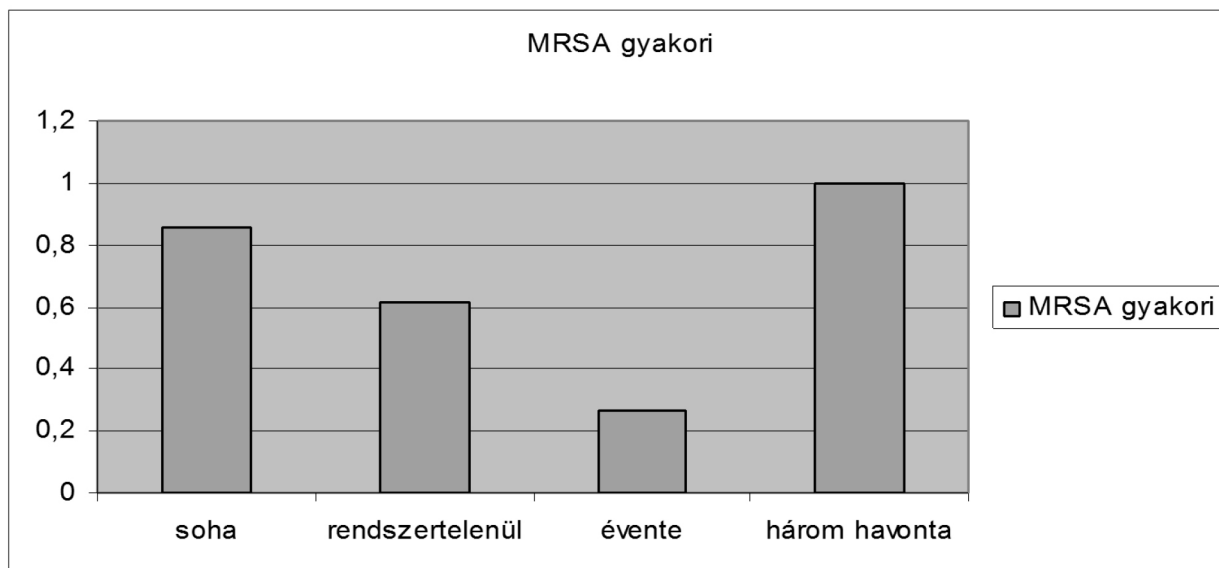


3. ábra A kézhigiénés auditok és az MRSA kapcsolata a pécsi osztályokon

A **szekszárdi osztályokon** az ápolók véleménye szerint direkt kézhigiénés auditok száma: soha 7,7%-ban (33,3%-ban gyakori MRSA), rendszertelenül 38,5% (40%-ban MRSA), évente 48,7% (26,3%-ban MRSA) és háromhavonta 5,1%. A szekszárdi osztályokon nem találtunk szignifikáns összefüggést a kézhigiénés auditok és az MRSA gyakorisága között,  $p=0,217$ .

Az **intenzív osztályokon** az ápolók véleménye szerint direkt kézhigiénés auditok: soha 6,5%-ban (66,7%-ban gyakori MRSA), rendszertelenül 52,2%-ban (50%-ban MRSA), évente 39,1%-ban (27,8%-ban MRSA) és háromhavonta 2,2%-ban. Az intenzív osztályokon nem találtunk szignifikáns összefüggést a kézhigiénés auditok és az MRSA gyakorisága között,  $p=0,243$ .

A **sebészeti osztályokon** az ápolók véleménye szerint direkt kézhigiénés auditok száma: soha 15,6%-ban (85,7%-ban gyakori MRSA), rendszertelenül 46,7%-ban (61,9%-ban MRSA), évente 33,3%-ban (26,7%-ban MRSA) és háromhavonta 4,4%-ban. A sebészeti osztályokon szignifikáns összefüggést találtunk a kézhigiénés auditok és az MRSA gyakorisága között,  $p=0,022$ .



**4. ábra:** A kézhigiénés auditok és az MRSA kapcsolata a sebészeti osztályokon

### Megbeszélés

A kutatásom alapján elmondható az egyfázisú kézfertőtlenítő használata terén, hogy a pécsi és az intenzív osztályokon azok az ápolók, akik ismerték az egyfázisú kézfertőtlenítő használatát kevésbé vélték gyakorinak az MRSA megjelenését osztályukon. A legnagyobb különbség az intenzív osztályokon dolgozók ápolók körében kimutatható, 22,3%-kal ítélték meg gyakoribbnak azok az ápolók, akik nem ismerték az egyfázisú kézfertőtlenítő használatát. Azonban egyértelmű összefüggés nem mutatható ki a két változó között.

A kézhigiénés emlékeztetők gyakorisága és a a kézhigiénés ismereteik tekintetében elmondható, hogy a szekszárdi ( $p=0,006$ ) és az intenzív ( $p=0,027$ ) osztályokon szignifikáns különbség mutatkozott az ismeretek terén azok között, akik gyakoribbnak vélték a kézhigiénés emlékeztetőket.

A szekszárdi és az intenzív osztályokon gyakoribbnak vélték a kézhigiénés oktatásokat, azonban a pécsi és a sebészeti osztályokon jobban megfigyelhető az, hogy akik gyakoribbnak vélték az oktatásokat kevésbé vallották gyakorinak az MRSA megjelenését is. Mindezek alapján valószínűsíthető, hogy a kézhigiénés oktatások és az MRSA gyakorisága között összefüggés lehet.

A pécsi ( $p=0,011$ ) és a sebészeti ( $p=0,022$ ) osztályokon szignifikáns különbség mutatkozott a direkt kézhigiénés auditok bevallott gyakorisága és az MRSA vélt gyakorisága között.

Hasonló eredményre jutottak Chittaro M. és mtasi (2009) akik vizsgáltuk során a kézhigiénés compliancet direkt kézhigiénés megfigyeléssel mérték fel, három mérést végeztek különböző időpontokban és megfigyelték, hogy a kézhigiénés oktatások hatására a kézhigiénés compliance

19,3%-ról 28,1%-ra nőtt. Ehhez hasonlóan a vizsgálatom során a kézhigiénés oktatások vélt gyakorisága szerint az MRSA bevallott gyakoriságában 13% különbség megfigyelhető azon osztályok között, ahol a kézhigiénés oktatások gyakoribbak.

Hazai vonatkozásban Rákay E. és mtsai (2011) mérték fel a kézhigiénés compliancet, ami 34,4%-osnak bizonyult, ami megegyezik a szerző szerint más országok oktatás előtti kézfertőtlenítési hajlandóságával. Hasonló módon a higiénés magatartást mértem fel a kézfertőtlenítési gyakoriság ismerete terén azonban az én eredményeim százalékainak átlaga az összes osztályra vonatkoztatva 23,05% lett.

A kézhigiénés ismeretek folyamatos fejlesztésére, a bedside kézfertőtlenítési technika használatára kell nagyobb figyelmet fordítani, hiszen e módszerek segítségével visszaszorítható az MRSA fertőzés terjedése, és az ápolók számára is egyszerűbb és gyorsabban kivitelezhető a bedside kézfertőtlenítési technika alkalmazása.

Ajánlanám a bedside kézfertőtlenítési technika széleskörű oktatását, minden osztályon alkalmazását és folyamatos ellenőrzését.

Mindenképpen javasolnám a kutatás folytatását, a WHO kézhigiénés önértékelési kérdőívének online kitöltésével, ezen kívül egy olyan országos szintű felmérés végzését, mely során a kórházak láthatják saját eredményeiket és összehasonlíthatják azokat az ország bármely más kórházainak eredményével.

A vizsgálatom során a szekszárdi kórház intenzív és sebészeti osztályain kisebb elemszámmal tudtam dolgozni, mivel kifejezetten a sebészeti intenzív osztályokat vizsgáltam és Szekszárdon egy sebészeti intenzív osztály található. Ezen kívül szintén a szekszárdi intenzív osztályon csak középfokú végzettségűek töltötték ki a kérdőívet, így a minta homogenitása miatt összehasonlításra alkalmatlan a végzettség terén.

## Irodalomjegyzék

1. Kurucz A., Böröcz K., OEK Kórház Járványügyi osztály (2007.) Intenzív terápiás osztályok surveillance-a. *Epinfo*, 14. évfolyam, 28. szám, 265-271. oldal.
2. Rákay E., Harnos L., Schrauf T., Szabó L., Heid L., Szilágyi E. (2011) Direkt Megfigyeléses Módszerrel Mért Kézhigiénés Compliance Eredményei, *Epinfo*, 18. évf., 32. kötet, 373-377 old.
3. Y.C. Huang, R.-I. Lien, L.-H. Su, Y.-H. Chou, T.-Y. Lin (2011), Successful Control of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Endemic Neonatal Intensive Care Units—A 7-Year Campaign, *PLoS ONE*, 6. évf., 8. kötet, 1-7 old.
4. Chittaro M., Calligaris L., Farneti F., Faruzzo A., Panariti M., Brusaferrò S. (2009), Healthcare Workers' Compliance with Hand Hygiene after the Introduction of an Alcohol-Based Handrub, *International Journal of Infection Control*, 5 évf., 1. kötet, 1-8 old.
5. Böröcz K., Kurucz A., OEK Kórházi járványügyi osztálya (2007.) A Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer /NNSR/ eredményei Kötelező jelentések: multirezisztens Kórokozók által okozott Nosocomialis fertőzések, 2006. *Epinfo* 14. évf. 24. szám. 222.-232. old.
6. Kurucz A., Böröcz K., OEK Kórház Járványügyi osztály (2007.) Intenzív terápiás osztályok surveillance-a. *Epinfo*, 14. évfolyam, 28. szám, 265-271. oldal.
7. Böröcz K. és OEK járványügyi intézet (2011) Kézhigiénés világnap, 2011, *Epinfo*, 18. évf., 16. szám, 1-25 old.



## Nosocomial infections in intensive care - clinical study

Andrea Szóts

University of Pécs Faculty of Health Sciences  
2-nd year nursing student of Msc training course  
e-mail: csandi900423@gmail.com

**Keywords:** nosocomial infections; hand hygiene; trainings

---

**Introduction and objective:** Although the frequency of nosocomial infections has declined since the introduction of infection control, it is still a serious problem. Our aim is to assess to what extent nursing attitude may contribute to the development of the MRSA.

**Material and method:** Our research was a cross-sectional investigation targeting at the teams of nurses working in the department of intensive care (case group n=46) and surgical department (control group n=45). Inclusion criteria was bedside nurses while nurses who carrying out other activities than bedside nursing were excluded. Sample selection was non-randomized. The investigation was carried out in the department of intensive care in Pécs and Szekszárd Hospital between 1 September 2012 and 1 December 2012. I completed the data collection through WHO self- assessment questionnaire with my own questions. Data collection was processed frequency and through  $\chi^2$  test in Microsoft Excel.

**Results:** Concerning the issue of hand hygiene reminders there were significant differences in the departments of Szekszárd Hospital ( $p=0,006$ ) and in the departments of intensive care ( $p=0,027$ ) among the nurses who deemed the hand hygiene reminders to be frequent in their department. The correlation between the frequency of hand hygiene trainings and the admitted MRSA frequency is quite likely, since in cases of most departments where trainings were deemed to be more frequent, the admitted MRSA frequency was lower. Concerning the direct hand hygiene audits we can say that there was a significant difference between the admitted frequency of direct hand hygiene audits and the deemed MRSA frequency in the department of Pécs Hospital ( $p=0,011$ ) and in the surgical departments ( $p=0,022$ ).

**Conclusions:** Application of the bedside hand disinfection technique, the proper use of the phase-1 hand sanitizer and more frequent hand hygiene trainings may result in the decrease of the MRSA frequency. More frequent hand hygiene audits and hand hygiene reminders displayed on a number of places may promote the improvement of hand hygiene knowledge. On the whole, the permanent improvement of hand hygiene knowledge is of great importance.

---

## Útmutató az Acta Sana szerzői számára

**A folyóirat célja:** Az Acta Sana lektorált folyóiratként összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és esetismertetések 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 történjen 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 közzétették, 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 haladhat meg.



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.

**A könyvismertetés formai követelményei:** A kézírata kövesse az Acta Sana kéziratokra vonatkozó szempontjait. A könyv leírása tartalmazza a mű valamennyi bibliográfiai adatának pontos feltüntetését. (A mű szerzőjének / szerkesztőjének nevét, idegen nyelvből fordított könyvnél a fordító nevét. A mű címét, megjelenésének évét, kiadóját, a kiadó városának nevét, terjedelmét és ISBN számát)

**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 prevenciójában. 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

