

## XVII. Kari Tudományos Diákköri Konferencia, 2011. április 29-30. Zalaegerszeg

### Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

#### ABSZTRAKTOK

#### MEGYÉK KÖZÖTTI BETEGMOZGÁSOK A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZERBEN

Lóth Karolina

karolina4@citromail.hu

**Célkitűzés:** Az aktuális egészségpolitikai cselekvési program, a Semmelweis Terv megfogalmazta az ún. nagytérségi egészségszervezési központok kialakítását. Ezen központok a regionális betegmozgások mentén létrehozandó intézmények. Elemzésünk célja a magyar egészségügyi ellátórendszerben az aktív fekvőbeteg szakellátás megyék közötti betegmozgásainak vizsgálata.

**Adatok és Módszerek:** Elemzésünkben szereplő adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) finanszírozási adatbázisából származnak és a 2008. évet fedik le. Munkánk során 3 paramétert vizsgáltunk: a megyéből távozó betegek aránya, a megyébe érkező betegek aránya és a kifelé illetve befelé irányuló betegmozgások egyenlege (10.000 lakosra vetítve). Elemzésünk az aktív fekvőbeteg szakellátásra terjed ki.

**Eredmények:** Az intézményekben a megyén kívülről érkező betegek aránya a legmagasabb Budapesten (41,4 %), Csongrád (21,5 %), Baranya (19,8 %), Hajdú-Bihar (18,9 %), Pest (16,3 %) és Zala (12,7 %) megyékben volt (betegfogadó megyék). A megyéből távozó betegek aránya Pest (66,4 %), Heves (29,6 %), Nógrád (26,6 %), Tolna (24,8 %), Komárom-Esztergom (20,7 %), Jász – Nagykun - Szolnok (20,1 %) megyékben volt a legmagasabb (betegküldő megyék). A 10.000 lakosra számított betegforgalmi egyenlege 5 megyének volt pozitív: Budapest (878 beteg/10.000 lakos), Csongrád (301 beteg/10.000 lakos), Hajdú-Bihar (275 beteg/10.000 lakos), Baranya (272 beteg/10.000 lakos) és Zala (47 beteg/10.000 lakos). **Következtetések:** A tradicionális orvos-egészségtudományi egyetemi képzést folytató megyék (Budapest, Baranya, Csongrád, Hajdú-Bihar) mellett Zala megye rendelkezik pozitív betegforgalmi egyenleggel. Ezek a megyék tehát természetes betegfogadó centrumokként szerepelnek és a nagytérségi egészségszervezés számára megfelelő háttérrel rendelkeznek.

Témavezetők: Dr. Boncz Imre, Domján Péter

#### MARGARINOK EGÉSZSÉGRE GYAKOROLT HATÁSAI TRANSZ-ZSÍRSAV TARTALMUK ALAPJÁN

Gulyás Mónika

g.gulyasmonika@gmail.com

**Célkitűzés:** Magyarországon igen közkedvelt élelmiszereknek számítanak a margarinok, ennek ellenére még sincsenek tisztában az emberek azzal, hogy mit, miket esznek meg pontosan. Főleg adott ez a kérdés, ha a transz-zsírsavakra gondolunk. Ma már bebizonyosodott, hogy e zsírsavak milyen károsak az egészségre, éppen ezért nem utolsó szempont, hogy a transz-zsírsavak előfordulnak-e, és ha igen, milyen mennyiségben margarinjainkban.

**Adatok és Módszerek:** E munkában 8 féle margarin zsírsavösszetételét vizsgáltuk meg gázkromatográffal, külön figyelembe véve transz-zsírsav tartalmukat. Emelett megmértük 10 féle margarin szterin tartalmát spektrofotometriás módszerrel, valamint víztartalmukat gravimetriás módszerrel.

**Eredmények:** Az általam vizsgált margarinok közül, egyetlen mintában sem találtunk határérték feletti (össz zsírtartalom 2 %; 300 mg/100g) transz-zsírsav tartalmat. Szterin tartalmat illetően, a Flora Pro Active margarinban volt kimutatható a legmagasabb mennyiségben a szterin (7,5g/100g). A többi margarin ugyan tartalmazott szterint, de nem akkora mennyiségben, mint a Flora Pro Active margarin.

**Következtetések:** A vizsgált margarinok esetében tehát nem mutattunk ki magas transz-zsírsav tartalmat, ami igen biztató. Ez nagyrészt annak köszönhető, hogy a gyártáshoz használt alapanyagokat lecserélték olyan anyagokra (pálmaolaj, pálmagyökér-olaj, kókuszolaj), melyekből nem képződhetnek transz-zsírsavak. Ennek ellenére fontos odafigyelnünk e veszélyes alkotókra, és törekedni kell arra, hogy más élelmiszereinkben is a lehető legkisebb

**Egészség-Akadémia 2011. 2/2**

mennyiségben forduljanak elő. A Flora Pro Active margarin fogyasztása pedig nyugodt szívvel ajánlható hypercholeszterinaemiás betegek esetében, mivel igazolódott magas szterin tartalma, ami elősegítheti koleszterin szintjük csökkentését.

Témavezető: Armbruszt Simon

## GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK CSONTANYAGCSERE VIZSGÁLATA

**Nyárádi Tamás**

nyaradi0902@freemail.hu

**Célkitűzés:** A csúcs csonttömeg kialakulásában a gyermekkori csontképzés meghatározó. Cél: a csontanyagcsere markerek elemzése az életmódbeli szokások összefüggésében.

**Adatok és Módszerek:** 391 (223 lány, 168 fiú) egészséges gyermeket (13,9±3,2 év) vizsgáltak. A szérumban osteocalcin (OC),  $\beta$ -crosslaps (BC), parathormon (PTH) és D-vitamin (DV) meghatározását immunoassay-vel (Elecsys-2010, Roche) végezték. Vizsgálták a testtömeg indexet (BMI) és a Tanner-stádiumot (T-st I-V.). Továbbá a lumbális csigolyák ásványianyag-tartalmát (BMC), sűrűségét (BMD), és a Z-score értékeket (DEXA). Az életmódbeli szokásokat (Ca-bevitel, kóla, szénsavas ital fogyasztás, testmozgás) kérdőívek alapján mérték fel. Eredményeiket 95%-os konfidencia intervallummal varianciaanalízis és korreláció (Statisztika for Windows7) alkalmazásával értékelték.

**Eredmények:** A fiúk BC és OC értéke (1,5±0,7; 106±51 ng/ml) szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) magasabb, mint a lányoké (0,9±0,4; 75±43 ng/ml) T-st-V-ben. Míg a T-st-I-ben a BMD és Z-score értéke a lányokban volt szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) magasabb a fiúkéhoz képest (0,8±0,1 vs. 0,6±0,1; és 0,3±0,9 vs. -0,1±1,2). A BMI növekedésével a BMC és BMD mindkét nemből szignifikáns ( $p < 0,05$ ) emelkedést mutat. A DV és a PTH között negatív korreláció igazolódott ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,05$ ). Nem megfelelő DV ellátottságú (>50 nmol/l) volt az esetek 1/3-a, emelkedett PTH szint (58±8 pg/ml) mellett. Többségük Ca bevitel (957±254 mg/nap) a kívánt mennyiség alatt (1200 mg/nap) maradt. Rendszeres szénsavas üdítőt a fele, kólát 1/3-a fogyaszt, kevesebb, mint fele sportol aktívan.

**Következtetések:** A nem és T-st figyelembevétele elengedhetetlen a csontleletek értékeléséhez. Eltérő Ca-bevitel mellett a megfelelő DV ellátottság fontosabb a csontfejlődésben. Adataink felhívják a figyelmet, hogy a gyerekeknek többet kellene tartózkodni a szabadban és javasolt a több tejtermék fogyasztása is.

Témavezető: Dr. Salamonné dr. Toldy Erzsébet

## AKUT STROKE-BAN AZ ELSŐ ÉSZLELŐ SZEREPÉNEK FONTOSSÁGA

**Katz Judit**

judit.katz@etk.pte.hu

**Célkitűzés:** Az első észlelő fontos szerepet játszik abban, hogy a stroke-os beteget időablakon belül kórházba szállítsák. A kutatás célja volt, hogy felmérjük a magyarországi transzport időt.

**Adatok és Módszerek:** A keresztmetszeti kutatás Magyarország 3 városában történt (n=185). Meghatároztuk az ellátó intézménybe érkezés és az első tünetek jelentkezése között eltelt időt. A szocio-demográfiai adatok mellett a stroke-ra jellemző tünetek, a prehospitális késedelem okai, az intézménybe érkezés körülményei is feldolgozásra kerültek. Az adatgyűjtés 2010. január elejétől 2010. december végéig zajlott, a statisztikai elemzés (Khi négyzet, ANOVA) SPSS18.0. programmal történt.

**Eredmények:** A kutatásban résztvevők 46,5%-a férfi, 53,5%-a nő, az átlagéletkor 66,8 év. Szédülés (43,2%), beszédzavar (41,1%), féloldali végtaggyengeség-bénulás (41,1%), végtagsibbadás (34,1%), mozgászavar (27,6%), látászavar (26,5%), száj félrehúzódása (18,9%), nyelési nehézség (13,5%) a leggyakoribb tünetek. Az első tünetek jelentkezését követő segítségkérés átlagosan 1 óra, bár 34,1%-ban kevesebb, mint 3 óra. Az első kontaktusfelvétel után több mint az esetek kétharmadában (62,2%), a betegek 3 óránál később érkeznek meg a kórházba. A páciensek többsége elsőként a háziorvosát értesíti (49,7%). Az OMSZ-ot csupán 31,4% hívja és 18,9% közvetlenül a kórházba megy. Akik a kórházba 3 órán túl érkeznek meg, elsőként a háziorvosukat értesítik ( $p = 0,01$ ). Akik egyedül élnek, első

ízben az OMSZ-tól kérnek segítséget( $p=0,044$ ). Az első tünetek jelentkezése és az ellátás közötti idő függ attól, hogy a beteg mely egészségügyi ellátó szervezettel veszi fel elsőként a kapcsolatot ( $p=0,00$ ).

**Következtetések:** Az első tünetek jelentkezését követően a betegnek tudnia kell, hogy kihez forduljon és kitől kap szakszerű ellátást a terápiás időablakon belül. Aki az első tünetek jelentkezését követően háziorvosához fordul segítségért, időt veszteget. Az enyhe tünetekkel, rizikófaktorokkal rendelkező betegek ismereteit bővíteni kell.

Témavezető: Dr. Betlehem József

## SZEXUÁLIS MAGATARTÁS VIZSGÁLATA ROMA/CIGÁNY FIATALOK KÖRÉBEN

**Boros Bianka**

brsbnk@gmail.com

**Célkitűzés:** Képet kaptam egészségnevelő óra keretében a fiatalok szexualitással kapcsolatos ismereteiről. Felvetődött a kérdés, hogy mi jellemzi a középiskolás korosztály szexuális szokásait. Célmódként tűztem ki megvizsgálni, mik a különbségek a roma és a többségi társadalmi fiatalok ismeretei, magatartása között.

**Adatok és Módszerek:** A mintában 214 roma és 214 többségi társadalmi diák szerepelt. Beválasztási kritérium volt, hogy a vizsgált roma csoporton belül csak saját magát cigánynak tartó diák nyújtson nekem segítséget. Kizárási kritérium volt, hogy ne legyenek 14 év alattiak és 19 év feletti, ill. kizártam, aki nem nappali rendszerű képzésben tanult. Ezek alapján reprezentatív mintavétel történt, nem véletlenszerű, kényelmi módszerrel. Vizsgálati módszerül saját készítésű kérdőív felmérés szolgált. Az adatokat gyakoriság-és átlag megbízhatósági tartománnyal, Khinégyszet próbával, két mintás T-próbával elemeztem Microsoft Office Excel 2003-as verziójában.

**Eredmények:** Az első szexuális együttlét alkalmával a fiatalok átlagéletkora 15,14 év. Sokan nem tervezik az első nemi együttlétet, az ismertebb fogamzásgátlási módszereket alkalmazzák, de kevés információval rendelkeznek róluk, kevés ismeretük van a szexuálisan terjedő betegségekről. Szignifikáns különbségek nem mutatkoztak ( $p>0,005$ ) a roma és a többségi társadalmi fiatalok ismeretei között.

**Következtetések:** A középiskolások korai biológiai érése maga után vonja a szexuális együttlétek korábbi életkorban történő megjelenését. A nemi élet megkezdése azonban ebben az életkorban felveti a fogamzásgátlási lehetőségekről való gondoskodást, nem csak a nem kívánt terhességek kivédése érdekében, hanem a szexuálisan terjedő betegségek megelőzése végett is. Ezekről viszont kevés tudással rendelkeznek. Egészégnevelő óra tartásával, fogadóórákkal, intim beszélgetésekkel kell a védőnőnek segíteni, befolyásolni a serdülőket a pozitív egészségmagatartás érdekében.

Témavezető: Angyal Magdolna

## INTERAKCIÓK A PRIMER ALDOSZTERONIZMUS VIZSGÁLATOKOR ORÁLIS ANTIKONCIPIENSEK HATÁSÁRA

**Csizmadia Zsuzsanna**

cszsuzsa@citromail.hu

**Célkitűzés:** A hipertonia a reprodukív életkorú nők ~10%-át érinti, az esetek tizedében a kórok a primer aldosteronizmus (PA). A PA szűrése két biokémiai markerből képzett hányadoson (aldosteron=A/plazma-renin-aktivitás=PRA, ill. direkt renin=DR) alapul. Az emelkedett A/PRA vagy A/DR a beteget terhelő drága vizsgálatokat von maga után. Az orális antikonciapiensek (AC) hatóanyagai tévesen megváltoztathatják a rációkat. A szakmai ajánlások eltérőek arra nézve, hogy a vizsgálat előtt az AC-t ki kell-e hagyni. Cél: megvizsgálni a különböző gesztagén-tartalmú AC miként változtatják meg a biomarkerek szintjét.

**Adatok és Módszerek:** 77 egészséges, normotenzív nő ( $27\pm 8$  év) mintáját elemeztük: 53 AC-t szedő és 24 nem szedő eset szolgált kontrollként. Az AC készítmények dietilösztadiol mellett gesztagén –24 dezogestrel (DG), 21 gestoden (G), 8 drospirenon (DRS)– komponens tartalmaztak. A markereket radioimmuno-assay-vel (A:RIA, Immunotech; PRA és DR:IRMA, DiaSorin) határoztuk meg. Az eredményeket variancia analízissel 95%-os konfidencia intervallumnál elemeztük (Statistica for Windows7).

**Eredmények:** A DRS csoportban úgy az A ( $45,3\pm 23,7$  vs.  $16,0\pm 14,4$  ng/dl), mint a PRA ( $3,0\pm 1,4$  vs.  $1,4\pm 0,7$  ng/ml/h) és a DR ( $23,3\pm 14,0$  vs.  $15,2\pm 9,9$  ng/l) szignifikánsan ( $p<0,01$ ) magasabb, míg a DG esetében a DR szint

**Egészég-Akadémia 2011. 2/2**

jelentősen alacsonyabb ( $8,5\pm 5,9$  ng/l;  $p<0,05$ ) volt a kontrollhoz képest. A hányadosok esetében nem találtunk szignifikáns eltérést, viszont az A/DR specificitása a DG és a G csoportban alacsonyabb (75 és 71%) volt az A/PRA hányadosokhoz (97,6% és 75%) képest, a DRS csoportban a két hányados között különbséget nem találtunk (mindkettő 88%).

**Következtetések:** A PA biokémiai kiértékelésekor AC szedés során elsősorban az A/PRA hányados értékre hagyatkozzunk. Az izolált A, DR vagy PRA szint félrevezető. A G és a DRS tartalmú AC szedésének kihagyását javasoljuk.

Témavezetők: Dr. Salamonné dr. Toldy Erzsébet, Dr. Horváth Dóra

## A GYÓGYFÜRDŐ ELLÁTÁSOK EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI FINANSZÍROZÁSÁNAK TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEI

**Csákvári Tímea**  
csakvaritimi@gmail.com

**Célkitűzés:** Magyarországon hosszú ideje kiemelt gazdaságpolitikai jelentőséggel bír a gyógyfürdők fejlesztése, és a hozzájuk kapcsolódó szolgáltatások bővítése. Elemzésünk célja a magyar egészségügyi ellátórendszerben a közfinanszírozott gyógyfürdő ellátások igénybevételének és finanszírozásának területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata.

**Adatok és Módszerek:** Elemzésünkben szereplő adatok az OEP finanszírozási adatbázisából származnak és a 2009. évet fedik le. Munkánk során 2 paramétert vizsgáltunk: a gyógyfürdő kezelések számát (igénybevétel) és ezen ellátásokra fordított társadalombiztosítási (TB) támogatás (finanszírozás) nagyságát. Mindkét mutatószámot az ellátásban résztvevő betegek állandó lakhely megyéje szerint azonosítottuk és 10.000 lakosra számoltuk.

**Eredmények:** Országos átlagban 7.241 gyógyfürdő kezelés jut 10.000 lakosra. A legmagasabb 10.000 lakosra jutó kezelési számot Csongrád (12.338), Hajdú-Bihar (11.407), Budapest (9.172), Győr-Moson-Sopron (9.156), Komárom-Esztergom (9.101) és Békés (8.261) megyékben találtuk. A legalacsonyabb igénybevételi értéket Nógrád (3.604) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (2.917) megyék esetében láttuk. A 10.000 lakosra jutó TB támogatás országos átlagban éves szinten 3.972,- Ft volt. A legmagasabb 10.000 lakosra jutó TB támogatást Hajdú-Bihar (7.234,- Ft), Csongrád (6.896,- Ft), Baranya (5.460,- Ft), Győr-Moson-Sopron (4.859,- Ft), Komárom-Esztergom (4.844,- Ft) és Budapest (4.752,- Ft) esetében találtuk. A legalacsonyabb TB támogatási értéket itt is Nógrád (1.883,- Ft) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (1.468,- Ft) megyék esetében láttuk.

**Következtetések:** A gyógyfürdő ellátások igénybevételében és közfinanszírozásában mind a 10.000 lakosra jutó kezelés szám, mind a társadalombiztosítási támogatás esetében jelentős területi egyenlőtlenségeket találtunk a megyék között. A két mutatószám tekintetében a legmagasabb értékekkel rendelkező 6 megye között jelentős átfedést látunk (5 megye egyezik).

Témavezetők: Dr. Boncz Imre, Domján Péter

## ÖRÖKBEFOGADÁS NAPJAINKBAN

**Balogh Eszter**  
stella88@vipmail.hu

**Célkitűzés:** A meddő párok részéről gyakran megjelenő igény az örökbefogadás. Kutatásomban vizsgáltam az örökbefogadások jellemzőit: a motivációs tényezőket, a gyermekkel szembeni elvárásokat, az eljárás hosszát, a vele kapcsolatos tapasztalatokat, és ezek összefüggéseit.

**Adatok és Módszerek:** Kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálat során strukturált interjúfelvétel készült. A mintámba 26 Zala-, és 14 Somogy megyei, 1997. év utáni örökbefogadás esete került. A matematikai statisztikai elemzés Fisher Exact teszttel történt.

**Eredmények:** A szülők nyílt örökbefogadással szignifikánsan magasabb arányban tudtak csecsemőkorú gyermeket adoptálni ( $p=0,017$ ). Az esetek 87,5%-ában meddőség volt az örökbefogadás oka. A 35 évnél fiatalabb nem meddő nők szignifikánsan magasabb arányban vállalták az örökbefogadást, mint a 35 évnél idősebbek ( $p=0,018$ ). A

**Egészség-Akadémia 2011. 2/2**

gyermekkel szembeni elvárások száma befolyásolta az eljárás hosszát ( $p=0,003$ ). Aki 0-4 éven belül fogadott örökbe, több kritériumot állított fel, mint az 5-9 éven belül örökbefogadók ( $p=0,011$ ). A középfokú végzettségű és fizikai munkát végző nők szignifikánsan több feltételt neveztek meg ( $p=0,011$ ), és magasabb arányban jelölték meg a csecsemőkort elvárásként ( $p=0,004$ ). Továbbá a városban élő örökbefogadók nagyobb arányban neveztek meg a fiatalabb kort, mint a faluban élők ( $p=0,021$ ). A magasabb iskolai végzettségű anyák jelentősen többen közlik gyermekükkel az örökbefogadás tényét, mint az alacsonyabb végzettségűek ( $p=0,041$ ). A Zala megyében élők eredményesebbnek ítélték az örökbefogadásra való felkészítést, mint Somogy megyei társaik ( $p=0,027$ ).

**Következtetések:** Az örökbefogadás oka legtöbbször több éve tartó meddőség. A szülők több elvárást fogalmaznak meg a gyermekkel szemben, ami az eljárás idejét meghosszabbítja. Mindezt befolyásolja a szülők iskolai végzettsége, munkájuk jellege és lakóhelye. A leggyakoribb elvárás a csecsemőkori, egészségi állapot és a faji hovatartozás.

Témavezető: Harjáné Brantmüller Éva

## FÉNYVÉDELEM ÓVODÁSKORBAN

**Kasza Enikő**

kasza880716@freemail.hu

**Célkitűzés:** Melanoma Malignum incidenciája emelkedik napjainkban ezért különösen fontos, hogy már kora gyermekkorától figyelmet fordítsunk a gyermekek megfelelő fényvédelmére. A gyermekkorban elszenvedett napégések jelentős rizikófaktornak tekinthetők, célunk ezért felmérni az óvodáskorú gyermeküket nevelő szülők fényvédelemmel kapcsolatos ismereteit, szülők és gyermekük napozási, orvoshoz-fordulási szokásait.

**Adatok és Módszerek:** Kvantitatív keresztmetszeti kutatás, mintavétel egyszerű nem véletlenszerű, tervezett elemszám 150 fő. Beválasztási kritérium: 3-6 éves gyermeket nevelő szülő, kizárási kritérium: kezelést igénylő bőrbetegség. Vizsgálat helye: Csurgói, Kaposvári és Pécsi óvodák. Ideje: 2010. Szeptember - 2011. Január. Módszer: saját készítésű kérdőív, kérdéscsoportjai: szociodemográfiai jellemzők, fényvédelem, egyéni rizikófaktorok, ismeretek. Statisztikai módszer  $\chi^2$ -próba, alkalmazott szoftver: SPSS program. **Eredmények:** A mintában ( $n=165$ ) a gyermekek 34% 1-2 alkalommal, 4% 3-nál többször szenvedett napégést. A szülők mindössze a bőrdaganatok kialakulásának hatodik leggyakoribb okának jelölték a gyermekkorban elszenvedett napégést. Az orvoshoz fordulás motivációjaként elsősorban már panaszt okozó tüneteket jelöltek. Az első gyermeknél és csak idősebb testvérrel rendelkező óvodásnál a szülők szignifikánsan többen vannak azok között, akik rendszeresen használ fényvédőkrémet ha tudja hogy napon lesznek. ( $p=0,043$ ). A szülők körében fényvédőkrém felvitelének többszöri megismétlése csökken azzal, hogy minél többedik a gyermek a családban ( $p=0,023$ ).

**Következtetések:** Nem reprezentatív vizsgálatunk is rámutat a szülők ismereteinek hiányára és a fényvédelem hiányosságaira, amely a gyermekorvosok, védőnők számára felhívja a figyelmet a folyamatos tájékoztatás fontosságára. Óvodáskorú gyermekek szüleinek körében végzett hosszú távú kampányok jelentősen javítják a szülők fényvédelemmel kapcsolatos magatartását. (Ellen R. Gritz, 2005)

Témavezető: Horváthné Kívés Zsuzsanna

## AZ ALULTÁPLÁLTSÁG HATÁSA A GYERMEK FEJLŐDÉSÉRE

**Deé Kitti Margit**

dee.kitti@gmail.com

**Célkitűzés:** A gyermekek optimális testi és szellemi fejlődéséhez megfelelő mennyiségű energia és tápanyag bevitel szükséges. Hazánkban minden ötödik óvodás és általános iskolás korú gyermekről nem tudnak megfelelően gondoskodni szülei. Mennyiségi éhezés esetén a gyermekek nem jutnak elegendő mennyiségű ételhez; a minőségi éhezés kevésbé látványos, de szintén súlyos következményekkel jár.

**Adatok és Módszerek:** Kutatásunk célja alsó tagozatos általános iskolás tanulók körében az alultápláltság előfordulási gyakoriságának feltérképezése. Vizsgálatunkat 100 gyermek (8-10 éves) részvételével végeztük. A gyermekeknél három napos – validált – táplálkozásinapló- (TN) elemzést végeztünk, illetve rögzítettük testtömeg- és

**Egészség-Akadémia 2011. 2/2**

testmagasság-változásukat 3–4 évre vonatkozóan (retrospektív elemzés), ezek eredményeit a rajzelemzések eredményeivel korreláltattuk. A TN-elemzés egy- és kétmintás t-próbával történt.

**Eredmények:** A megkérdezett tanulók (n = 100) 42,0%-a rendszeresen nem reggelizik, 27,0%-a nem vacsorázik. 31%-a naponta háromszor vagy annál kevesebbszer étkezik. 64,0%-uknak a BMI percentilise 50 vagy annál kisebb, ez erős korrelációt mutat ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,001$ ) a rendszeres étkezések számával. A gyermekek 38,0%-a fehérje-energia alultápláltságban (PEM), további 26%-a fehérjeéhezében szenved (TN-elemzés). A rajzelemzések alapján szűrt gyermekek mindegyike PEM-ban szenved, szignifikáns eltérést mutat az energiaszükségleti, a makro- és a vizsgált mikrotápanyagok (C-, A-, D-, E-vitamin, Ca, Mg, Fe) táplálkozási ajánlásokban megfogalmazott értéke és a bevitel mértéke között ( $p < 0,05$ ).

**Következtetések:** A projektívrajz-elemzés a pszichológia elfogadott vizsgáló eszköze. Eredményeink szerint a már alultáplált gyermekek rajzai alkalmasak arra, hogy ezeknél a tanulóknál célzottan tápláltságiállapot-vizsgálatot végezzünk, azonban további megfigyelések szükségesek arra, hogy ez a módszer a szűrésben alkalmazható-e.

Témavezető: Armbruszt Simon

## TÁPLÁLKOZÁSI TRENDEK ÉS ÉLELMISZER-FOGYASZTÓI VÉLEMÉNYEK HAZÁNKBAN A 21. SZÁZAD ELEJÉN

**Tolnai Bianka**  
cijanka@hotmail.com

**Célkitűzés:** Napjainkban a magyar lakosság táplálkozására számos tényező van hatással, étkezési szokásaik igen változóak. Miközben soha annyi egészségesnek mondott élelmiszer még nem volt korábban kapható, és soha annyi egészséget – vagy annak egy szeletét – népszerűsítő módszer nem volt ismert, mint napjainkban, egyre több a túlsúlyos és kövér ember.

**Adatok és Módszerek:** 2010-ben végzett kérdőíves felmérésünk során – 751 fiatal felnőttet (átlagos életkor  $28,9 \pm 11,1$  év) kérdeztünk meg táplálkozási szokásairól és az azokat befolyásoló tényezőkről. Célunk a fogyasztók szokásainak feltérképezése, illetve a táplálkozási szokásokat befolyásoló tényezők megismerése volt a magyar felnőtt lakosság körében.

**Eredmények:** A megkérdezettek 41,3%-a tartja nagyon fontosnak az egészséges életmód követését, és törekszik is arra. Mindent elkövet az egészséges és kiegyensúlyozott étrend érdekében 8,7%; részben, de még lenne mit javítani 81,6%; a fennmaradó 9,7%-ot viszont nem érdekli a táplálkozása. A választ adók 33,6%-a elégedett a jelenlegi táplálkozási szokásaival; 35,7% azonban úgy nyilatkozott, hogy túl sok időt vesz igénybe, ha állandóan azzal foglalkozik, mennyire egészséges, amit eszik; 20,6%-uknak több információra lenne szüksége ahhoz, hogy egészségesebben éljen; 2,1%-uk pedig nem érti az erre vonatkozó ajánlásokat. A fiatal felnőttek ötfokozatú skálán átlagosan  $3,9 \pm 1,3$ -et értek el azzal, hogy az olvasott és hallott információk alapján tudják, hogy vannak olyan ételek, amiket sose kellene fogyasztani.

**Következtetések:** Eredményeink alapján elmondhatjuk, hogy csekély azon válaszadók aránya, akiket egyáltalán nem érdekel a táplálkozásuk illetve akik mindent elkövetnek annak érdekében, hogy egészségesebben éljenek. Kutatásunk az életmódján javítani kívánó réteg segítéséhez leghitelesebbnek vélt információforrás felderítésére is alkalmas.

Témavezető: Armbruszt Simon

## A VÁRANDÓSSÁG ALATT JELENTKEZŐ DERÉKFÁJDALOM KEZELÉSE KISMAMATORNÁVAL ÉS KINESIO-TAPE TECHNIKÁVAL

**Zugfil Adrienn**  
adri1982@freemail.hu

**Célkitűzés:** A várandósság alatt jelentkező LBP a nemzetközi kutatások szerint a kismamák közel 60%-át érinti. Kutatási célunk az volt, hogy kimutassuk a várandósság alatt alkalmazható kismamatorna, Kinesio-Tape technika, valamint e technikák kombinációjának fájdalomcsillapító hatékonyságát.

**Egészség-Akadémia 2011. 2/2**

**Adatok és Módszerek:** Kutatásunkat 2010. szeptember 1. és 2011. január 31. között a Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi Kar Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján, Bükkösdön, Szentlőrincen, Hetvehelyen végeztük. Adatgyűjtéshez saját készítésű kérdőívet és VAS skálát használtunk. Tanulmányunkban összesen 71 kismama vett részt. Kizárási kritériumaink a következők voltak: 1.ikerterhesség, 2.túl nagy magzat, 3.súlyos neurológiai megbetegedés, 4.ha volt már gerinc, medence, csípő műtete, 5.gyulladásos megbetegedés, daganatos megbetegedés, 6.belgyógyászati problémák. A kutatásban résztvevő kismamákat 4 csoportba osztottuk be. 1.csoport kismamatornás csoport, 2.csoport Kinesio-Tape technikával kezelt csoport, 3.csoport kombinált kezelésű csoport, 4. csoport kontroll csoport. A kapott adatainkat T-próbával és átlagszámítással, valamint khi-négyzet számítással elemeztük. A statisztikai próbák alkalmazásához Microsoft Excel programot használtunk.

**Eredmények:** A kutatásban résztvevő kismamák 67%-a jelentette a Low Back Pain jelenlétét. A 6 hetes kezelés után az 1. csoportba sorolt kismamák fájdalma nem csökkent szignifikánsan ( $p > 0,05$ ). A Kinesio-Tape kezelést kapó kismamák fájdalma a kezelés után szignifikánsan csökkent ( $p < 0,05$ ). A kombinált csoportba tartozó kismamák fájdalma szintén szignifikánsan csökkent ( $p < 0,05$ ). A kontroll csoport fájdalma a 6 hét alatt, igaz nem szignifikánsan ( $p > 0,05$ ), de növekedett.

**Következtetések:** Összességében elmondható, hogy a kismamák több, mint fele szenved LPB-ben a várandóssága alatt. A probléma kezelési lehetőségei közül a Kinesio-Tape technika és a Kombinált kezelés hatásosabbnak bizonyult, mint a Kismamatorna.

Témavezetők: Hock Márta, Füge Istvánné