

Hátrányos helyzetű gyermekek egészségi állapota.
A hátrányos helyzetű gyermekek egészségügyi
ellátásának sajátos feladatai

Dr. Aszmann Anna

Dr. Mészner Zsófia PhD, Med Habil;

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet



*Fodor József iskolaegészségügyi
Társaság Továbbképző Konferencia
2015. október 5..*

Amiről szó lesz:

- Kiindulás:
 - Szükségletek a gyermekkorban
- Hátrányos helyzet lehetséges okai
- Hozzáférhető információk a hazai helyzetről
 - A jelenlegi adatgyűjtések ismert módszertani nehézségei
- A szociális hátránnyal összefüggő betegségek
- Hátrányos helyzet és egészségállapot indikátorok
- Az egészséges életesély születéstől
- Hátrányos helyzet és tápláltsági állapot
- Egészségi állapot, életminőség önminősítése - HBSC kutatás
- Mit tehet az iskolaorvos és védőnő?

Szükségletek gyermekkorban

- **Biztonság:**
 - fizikai tárgyi környezet biztonsága, társadalmi, szociális biztonság
- **Védettség:**
 - környezeti ártalmak és fertőző betegségek ellen
- **Az életkornak megfelelő**
 - táplálkozás, foglalkoztatás és mozgás
- **Az életkornak megfelelő**
 - szomatikus, pszichomotoros, kognitív és szociális fejlődés biztosítása a genetikai adottságok teljes kihasználásával

Hátrányos helyzet: ha a fentiek részleges vagy teljes hiánya áll fenn

A kielégítetlen szükségletek kumulálódnak

Hátrányos helyzet lehetséges okai

- **Szociális szempontból hátrányos a földrajzi terület**, ahol a család él: rossz infrastruktúra, hiányzó szolgáltatások (pl. orvos, védőnő hiány)
- **Szegénység**: anyagi és kulturális természetű
- **Eltérő kultúrájú** környezet/ család
- **Alternatív** életmódot folytató szülők
- **Mentális problémákkal** küzdő, alkoholbeteg vagy egyéb függőségben szenvedő szülők, családtagok
- **Elhanyagolt/ túlfoglalkoztatott/ túlterhelt** gyermek
- **Fogyatékkal élő, krónikus beteg**,
- **Tanulási problémákkal** küzdő gyermek

A felsorolt okok bonyolult összefüggést mutatnak egymással!!

Nemcsak a szegény, de a jóléti országokban is igazolt a szegény és jómódú családok gyermekeinek egészségi állapota és életminősége közötti különbség.

A jövedelmi viszonyok helyett több dimenzióval jellemzik a gyermek **jól-létét** (anyagi /oktatással kapcsolatos / életmód kockázatok)

UNICEF 2007. / OECD 2009. / Bradshaw.Richardson 2009. TÁRKI 2011.)

Magyarországi gyermekekre jellemző :

Az **anyagi jól-lét dimenziói** és az anyagi jól-lét **egyenlőtlensége** szempontjából utolsók között (gyermekszegénység kockázata 2x-e a hazai szegénységnek)

Anyagi és otthoni kulturális javaktól való megfosztottság (depriváció) nemzetközi szinten is jelentős (15 évesek 38%-ának nem megfelelők az otthoni tanulási feltételei), otthonok zsúfoltsága

PISA vizsgálatok: szülők iskolázottsága és az eredmények közötti kapcsolat nagyon erős

Betegségek, amelyek összefüggést mutatnak a szociális hátránnyal (* Magyarországon is van adat)

- Várandósság alatt: alacsonyabb súlygyarapodás, hiánytáplálkozás, dohányzás*, depresszió, genitális infekciók
- Alacsonyabb születési súly, magasabb csecsemőhalálozás*, hirtelen/váratlan csecsemőhalál
- Az alultápláltság mellett az elhízás*, a növekedésben való elmaradás*
- A légúti, bélrendszeri fertőző betegségek gyakoribb előfordulása
- Vérszegénység, micronutriens hiány, fogszuvasodás
- Krónikus betegségek rövidebb túlélése, gyakoribb hospitalizációja
- Fejlődési zavarok, emocionális problémák gyakoribb előfordulása*
 - ADH (Figyelemzavar, hyperaktivitás), enuresis
- A háztartási és gyalogos balesetek gyakoribb előfordulása*
- Serdülőkori terhességek magasabb aránya

Hátrányos helyzet és egészségállapot indikátorok

- Nagyon kevés megbízható hazai adat áll rendelkezésünkre
- Ennek oka: a **gyűjtött adatok bősége mellett nagyon alacsony azok megbízhatósága**: eltérő vizsgálati módszerek, életkorok, definíciók miatt néhány demográfiai és célzott kutatási adatra lehet támaszkodni
 - Kis súlyú születés, csecsemőhalálozás területi/szülők iskolázottsága szerinti különbségei - NIC adatbázis - OGYEI
 - Célzott vizsgálatok: országosan reprezentatívak és helyiek (növekedésre, tápláltsági állapotra, mozgásszervi betegségekre vonatkozóan)
 - Életmódra vonatkozó adatok (HBSC, ESPAD, GYTS)

Az egészséges életkezdés esélye -I

- A korán, kis súllyal születettek aránya évtizedek óta nem csökken **8,8% (2013).**: fejlődésbeli elmaradások, érzékszervi problémák, későbbi életkorban a cerebrovaszkuláris betegségek
- Jelentős szociodemográfiai, földrajzi különbségek
- **Okok:** dohányzás, előzetes terhességmegszakítás, rossz genitális higiéné, egészségtelen táplálkozás, alacsony iskolázottság, fiatal anyai életkor (serdülőkori anyák 13%-nak újszülöttje kis súlyú)
- Nemzetközi viszonylatban is magas **a magyar nem házas fiatalkorú anyák aránya** (EUROSTAT News release)

Az egészséges életkezdés esélye -II

- **Szexuálisan aktív magyar tanulók aránya (HBSC)**
 - 9. oszt fiúk 33% Lányok 22%
 - 11. oszt fiúk 51% Lányok 55%
- A **szakmai képzésben tanulók** hamarabb kezdik a szexuális életet, magasabb közöttük az egyáltalán nem védekezők aránya
- **szakmunkásképzők és szakiskolák** tanulói előbb kezdik a szexuális életet, mint a gimnazisták és a szakközépiskolások. **fiúk között majdnem háromszoros, a lányok között több mint négyszeres az egyáltalán nem védekezők aránya** a gimnazistákhoz és szakközépiskolásokhoz képest

Hátrányos helyzet és tápláltsági állapot

- A fejlett országokban elsősorban az elhízás a probléma, amely a szegényebb családok gyermekei között gyakoribb
- Az alultápláltság a kifejezetten hátrányos helyzetű gyermekekre jellemző, mindezt magyar adatok is bizonyítják

Az ELTE Embertani Tanszéke 2003-2006 között 24.888 3-18 éves gyermek keresztmetszeti növekedés vizsgálatát végezte el

	Alultáplált %	Túlsúlyos %	Elhízott %
Fiúk	7-12	10-19	3-5
Lányok	13-18	5-12	1-3

A HBSC vizsgálat 2010. évi adatai szerint (önbevallás) 14% az alultáplált, 12,5% a túlsúlyos, 2,6% az elhízottak aránya a 11-17 évesek között

Magyar gyermekek tápláltsági állapota



Az ELTE Embertani Tanszéke az OGYEI-vel együttműködésben 2003-2006 között **24888 gyermek és serdülő adatát tartalmazó országosan reprezentatív** mintán végzett *keresztmetszeti növekedés vizsgálatot* *

A 3-18 éves gyermekek tápláltsági állapota

	Alultáplált (%)	Túlsúlyos (%)	Elhízott (%)
Fiúk	7-12	10-19	3-5
Lányok	13-18	5-12	1-3

*Zsákai et al. (2007): New Hungarian National Cut-off Points Of BMI for screening Childhood Underweight, Overweight and Obesity, *Anthropologiai Közlemények*, 48; 21-30.

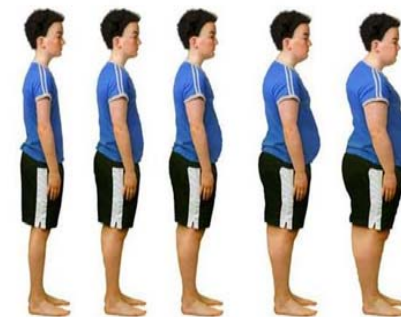
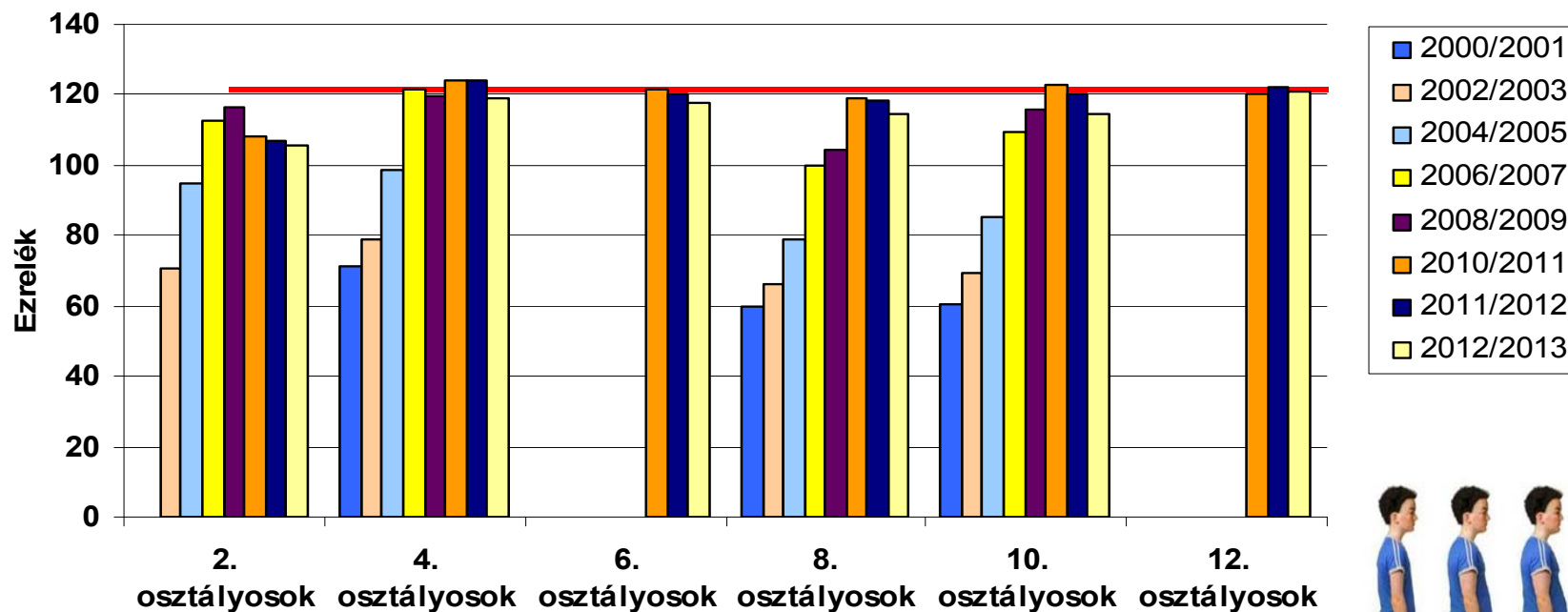
Magyar gyermekek tápláltsági állapota nemzetközi összehasonlításban

Az **IDEFICS** (*Identification and prevention of Dietary and Lifestyle induced health Effects in Children and infantS*) **2-10 éves magyar gyermekekre** vonatkozó adatai összehasonlítva a vizsgált 8 ország adatainak átlagával*

	Alultáplált (%)		Normál (%)		Túlsúlyos (%)		Elhízott (%)	
	Fiú	Lány	Fiú	Lány	Fiú	Lány	Fiú	Lány
Magyar Gyermekek (n= 2565)	15,9	15,8	68,0	66,1	10,3	12,1	5,9	6,0
8 európai ország átlaga (n=15167)	11,4	10,6	70,1	68,0	11,4	14,2	7,0	7,2

*Molnár (2009): A gyermekkori elhízás globális jelentősége két európai projekt tükrében. *Gyermekgyógyászat*, 60 (6); 272-275.

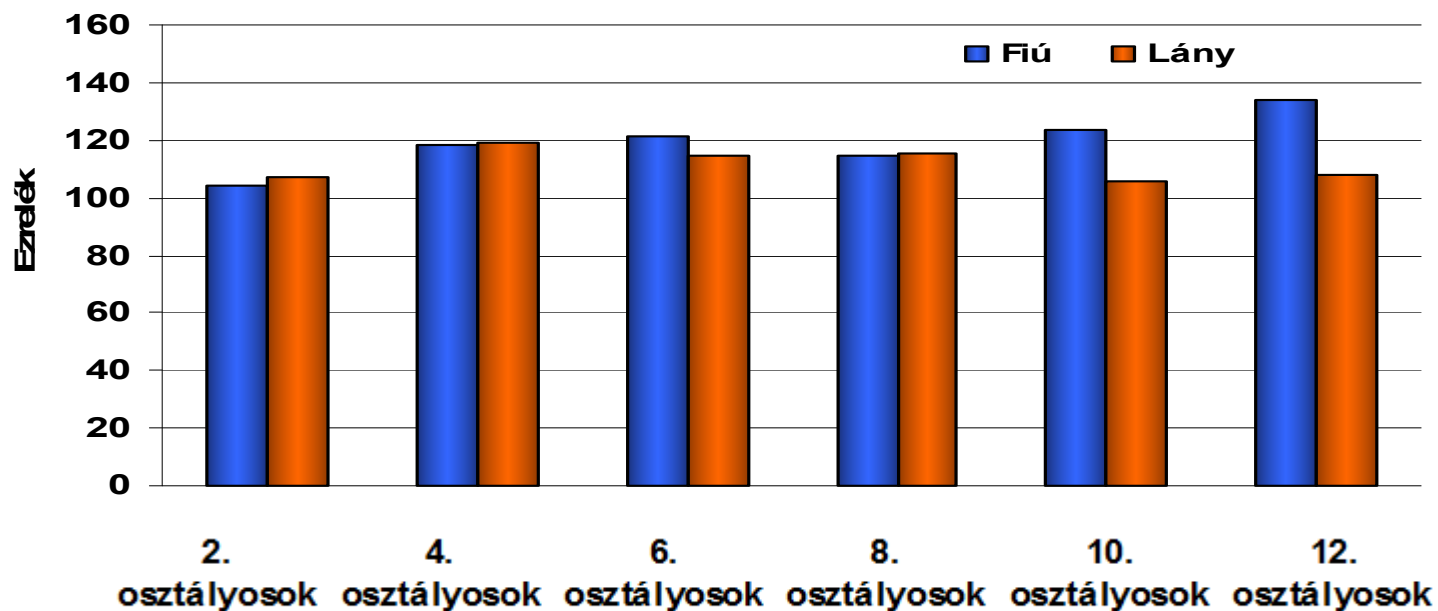
Elhízás az iskola-egészségügyi jelentés adatai szerint



- Az elhízott gyermekek aránya a 2000/2001-es tanévhez képest **majdnem kétszeresére** emelkedett.
- Az elhízott gyermekek aránya **minden korosztályban magas, 10-12 %**,
- A tendencia az **utóbbi két tanévben kissé csökkent.**

Elhízás az iskola-egészségügyi jelentés adatai szerint

2012/2013



- 2012/2013-as tanév adatai nemenként.
- Az alsó osztályokban a lányok, középiskolás korban egyértelműen a fiúknál gyakoribb a túlsúlyos gyermek.



Magyar HBSC Munkacsoport
kutatásvezető: dr. Németh Ágnes
kutatócsoport: Dr. Aszmann Anna (korábbi kutatásvezető),
Arnold Petra, Dr. Kökönyei Gyöngyi, Költő András, Örkényi
Ágota, Várnai Dóra, Zsiros Emese

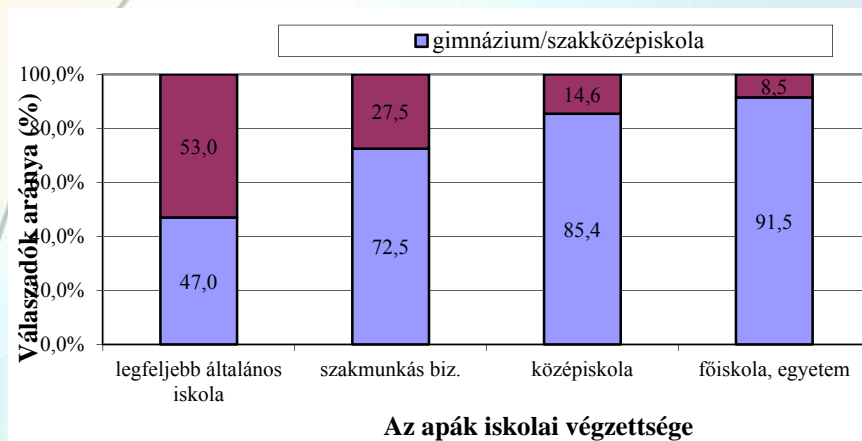
Egészségi állapot, életminőség önminősítése

- Önminősítés: elfogadott módszer: diagnosztizált betegségek száma forrás függő, csak a „jéghegy csúcsát” jelentik
- Rendszeres orvosi ellenőrzésre szorul a 11-17 évesek 14,9% (HBSC 2010.), arányuk az életkorral növekszik
- Jelentős arányban számolnak be gyakori kedvetlenségről, idegességről és fáradtságról
- Bár az életükkel az átlagnál kevésbé elégedettek aránya 14-30% közötti, és csak 3% számol be rossz egészségi állapotról, a lányok 1/4-e, a fiúk 1/5-e számol be gyakori depresszív hangulatról
- Egy másik nemzetközi vizsgálat (KIDSCREEN) szerint a „pozitív egészség” skálán elért hazai gyermekek alacsony pontszámot értek el

Nagy kihívás a tanulóifjúság egészségmagatartásának befolyásolása

- **Alacsony a gyümölcs** (tanulók 1/3-a) és a zöldség (24%-a) napi fogyasztása és a rendszeresen reggelizők (1/3) aránya (HBSC 2010.)
- **Fizikai aktivitás:** 17,3% nem mozog rendszeresen, 34% pedig nagyon keveset mozog (HBSC. 2010.)
- Jelentős a **képernyő előtt töltött idő** (TV, PC, video), különösen hét végén: 40-80% között mozog a 2 h/napi időtöltés (HBSC 2010.)
- Az ESPAD 2011. felmérése szerint a **dohányzás** minden mutatója romlott, a GYTS kutatás a rizikós dohányzók arányának emelkedéséről számol be
- Az **ESPAD és a HBSC** kutatások szerint a 14 éven felüliek 1/3-a használt már valamilyen **illegális szert**; magas az orvosi javaslat nélküli gyógyszerfogyasztás is

11-17 éves tanulók és az iskola



Az iskolatípusban megnyilvánuló egyenlőtlenség jelentős

- A tanulók **2/3-a szereti** (magasabb arányban a gimnazisták), csupán 9,6% nem szereti az iskoláját
- Felét valamennyire, 5,6%-át nagyon nyomasztják az iskolai feladatok**
- A **tanárok megítélése** (segítség, igazságosság, ösztönzés) **40-50%-ban pozitív** (összességében nincs nemi különbség)
- Az **osztályközösség** megítélése (elfogadás, kedvesség, segítőkészség) **50-73%-ban pozitív**, ebben a fiúk vezetnek
- A tanulók **2/3-a nem érintett bántalmazásban, 15% bántalmazó, 13% áldozat, 1/10 mindkettő**. Életkorral csökken a bántalmazás, a szakiskolások és fiúk érintettebbek

Életminőség, életmód egyenlőtlenségei (HBSC)

- A családok jómódúságával kapcsolatot mutatnak
 - Önminősített egészség
 - Élettel való elégedettség
 - Egészségesebb táplálkozás
 - Több mozgás
- Az iskola pozitív minősítésével kapcsolatot mutatnak
 - Önminősített egészség
 - Élettel való elégedettség
 - Kevesebb rizikó magatartás
 - Jó alkalmazkodás (életével elégedett, iskolai teljesítménye átlagos vagy jobb, nem érintett bántalmazásban, nem dohányzik, nem volt részeg, alacsony deviancia szint)

Az iskolát pozitívan minősítő, szerető, a támogató családi kapcsolatokkal bíró gyermekek rossz szociális körülmények között is védettebbek

(HBSC resiliencia vizsgálat)

Mit tehet az iskolaorvos és védőnő?

- **Elérhető, jelen van** az iskolában, világossá teszi az iskolai személyzet, diákok és szülők számára: mi a feladata, mit tud nyújtani, hová tudnak fordulni és hogyan (módszerek);
- **Együttműködik**: iskolai személyzettel (pedagógus, pszichológus, gyógytestnevelő), szociális munkás, stb.
- **Felismer, tájékozódik, elemzi** az észlelteket, megosztja a tapasztalatait (konzultáció, esetmegbeszélés)
- **Jelez!** Jelzési kötelezettsége jogszabályba foglalt, a jelzés nem elég, követ, utánanéz
- **Segítséget nyújt** a krónikus beteg gyermekek iskolai „létezéséhez” (táplálkozási igények, mozgásformák)
- **Proaktív, kezdeményez**

Számos jó példa van - érdemes lenne gyűjteni ezeket!!

(rendszeres konzultáció, közös eset/ probléma menedzselés)