

DEBRECENI EGYETEM
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KAR
CSALÁDORVOSI ÉS FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI TANSZÉK

PROF. DR. ILYÉS ISTVÁN
DR. BÍRÓ ÉVA

GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG- EGÉSZSÉGÜGY

Oktatási anyag az Egészségügyi gondozás
és prevenció alapszak – népegészségügyi ellenőr szakirány
hallgatói számára



DEBRECENI EGYETEM
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KAR
CSALÁDORVOSI ÉS FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGYI TANSZÉK

PROF. DR. ILYÉS ISTVÁN
DR. BÍRÓ ÉVA

GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG- EGÉSZSÉGÜGY

Oktatási anyag az Egészségügyi gondozás
és prevenció alapszak – népegészségügyi ellenőr szakirány
hallgatói számára



Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press

2019

Összeállította:
PROF. DR. ILYÉS ISTVÁN
DR. BÍRÓ ÉVA

Lektorálta:
DR. MÁRTON HAJNALKA

© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

ISBN 978-963-318-842-2

Kiadta a Debreceni Egyetemi Kiadó, az 1795-ben alapított
Magyar Könyvkiadók és Könyvterjesztők Egyesülésének a tagja
dupress.unideb.hu
Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi
Készült a Debreceni Egyetemi Kiadó nyomdaüzemében, 2019-ben

Tartalomjegyzék

1. A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGY: DISZCIPLÍNA ÉS GYAKORLAT. A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGY TÁRGYKÖREI	4
2. A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS SZERVEZETE ÉS TEVÉKENYSÉGE	16
3. DEMOGRÁFIAI MUTATÓK. CSECSEMŐK, GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK MORTALITÁSÁNAK ÉS MORBIDITÁSÁNAK JELLEMZŐI.....	35
4. AZ EGÉSZSÉGES CSECSEMŐ, GYERMEK ÉS SERDÜLŐ FEJLŐDÉSE. A MEGÍTÉLÉS LEHETŐSÉGEI.....	45
5. PRIMER PREVENCIÓ ÚJSZÜLÖTT-, CSECSEMŐ-, GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORBAN.....	58
6. ÉLETKORHOZ KÖTÖTT VIZSGÁLATOK, SZŰRŐVIZSGÁLATOK ÚJSZÜLÖTT-, CSECSEMŐ-, GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORBAN.....	71
7. GONDOZÁS A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS GYAKORLATÁBAN.....	81
8. SPECIÁLIS SZÜKSÉGLETŰ GYERMEKEK ELLÁTÁSA	93
9. CSECSEMŐTÁPLÁLÁS, GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK TÁPLÁLKOZÁSA. ALTERNATÍV TÁPLÁLKOZÁS, TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK	106
10. FIZIKAI AKTIVITÁS, SPORTOLÁS. TESTNEVELÉS, GYÓGYTESTNEVELÉS ..	120
11. GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORI ELHÍZÁS	129
12. RIZIKÓ MAGATARTÁSFORMÁK A GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORBAN	143
13. A SERDÜLÉS ÉS ZAVARAI. A SERDÜLŐK SEXUALITÁSA. SERDÜLŐKORI PSZICHÉS ZAVAROK.....	165
14. GYERMEKEK HÁTRÁNYOS HELYZETE, VESZÉLYEZTETÉSE, ELHANYAGOLÁSA ÉS BÁNTALMAZÁSA	184

1. A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGY: DISZCIPLÍNA ÉS GYAKORLAT.

A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGY TÁRGYKÖREI

Ennek a nyitó fejezetnek hármasként van: a gyermek- és ifjúság-egészségügynek, mint a népegészségügy egyik fontos szubdiszciplínájának bemutatása, a tevékenységi területeinek áttekintése és azoknak a témaköröknek az ismertetése, melyekkel a gyermek- és ifjúság-egészségügy tantárgya foglalkozik.

Egészségfelfogások, népegészségügy, gyermek- és ifjúság-egészségügy

A népegészségügy és a gyermek- és ifjúság-egészségügy definíciójának és kapcsolatuk lényegének megfogalmazása előtt feltétlenül szükséges kitérni az egészségfelfogásokra és az egészséget meghatározó tényezőkre.

Az *egészség meghatározására* napjainkban is elfogadott a *WHO definíciója*, ami szerint „egészségen tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllétet értünk, nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányát”. A definíció összhangban van a hétköznapi egészségfelfogással, hiszen egyrészt negatív definícióként a betegség hiányát hangsúlyozza, másrészt pozitív definícióként az egészséget a jólléti állapottal azonosítja.

Az ún. *társadalmi-gazdasági egészségfelfogás* megkülönbözteti az egészség egyéni dimenzióit, és ezeken túl még az egészség társadalmi és környezeti meghatározottságát is hangsúlyozza. Az egyéni dimenziók közé tartoznak az öröklött tényezőkkel összefüggő, a fizikai, a mentális, az érzelmi, a lelki és a szociális egészség-dimenziók. Az egészséget meghatározó és befolyásoló biológiai tényezők mellett azonban az életmódból eredő, a környezeti és a társadalmi helyzettel, rétegződéssel összefüggő tényezőket és ezek következményeit is fontosnak ítéli.

Az egészséget meghatározó tényezők komplexitását a Dahlgren és Whitehead modell alapján az 1.1. táblázat szemlélteti.

1.1. táblázat Az egészséget meghatározó tényezők a Dahlgren és Whitehead modell szerint

- Életkor, nem, konstitucionális tényezők
 - Genetikai háttér
 - Gesztációs idő és születési súly
- Az egyén életmódjának tényezői
 - Táplálás/ táplálkozás
 - Fizikai aktivitás
 - Rizikó-magatartásformák
- Családi, szociális és közösségi háló
 - A korai ellátás és gondozás
 - Szülői stílus
 - Elhanyagolás és bántalmazás
 - A családi struktúra és működés
 - A gyermeknevelés és munkaterhelés
 - Anyai életkor, társadalmi státusz, jövedelem
- Fizikai környezet
 - Lakhatás
 - Szomszédság
 - Légszennyezettség
 - Fertőző ágensek veszélye
- Szélesebb szociális környezet
 - Szegénység és depriváció
 - Társadalmi befogadás, szociális tőke
 - Társadalmi kirekesztés, stigmatizáció
 - Iskolai környezet

Gyermekjogok

- Hozzáférés szolgáltatásokhoz

Egészségügy

Oktatás

Szociális szolgáltatások

Szabadidős tevékenységek

Közlekedési lehetőségek

A *népegészségügy* lényege a nyolcvanas évek végén Angliában kibontakozó új közegészségügyi (népegészségügyi) felfogás, a new public health szemlélete alapján határozható meg. A népegészségügyről szóló ún. Acheson Report 1988-ban jelent meg. A beszámoló szerint a népegészségügy társadalmi összefogással, interszektoriális erőfeszítéssel kimunkált tudomány és gyakorlat, aminek célja a betegségek megelőzése, az egészség megőrzése és az élettartam meghosszabbítása. A new public health felfogása a következő időszakban megerősítést nyert és a népegészségügy elfogadott diszciplínává vált. 1996-ban a WHO-nak a közegészségügy kihívásairól szóló állásfoglalása is hitet tett a new public health és ezzel együtt az egészségfejlesztés komplex felfogása mellett. A dokumentum szerint a népegészségügy új hangsúlyokat jelenít meg a közegészségügyi gondolkodásban és a gyakorlatában új stratégiákat alkalmaz. Foglalkozik az egészség biológiai, környezeti, szociális és politikai feltételrendszerével, leszögezi a kormányok és a társadalom felelősségét. Hangsúlyozza az egészség-megőrzési alapelvek érvényre juttatásának fontosságát, az egészségi állapot megközelítésében a betegség-centrikus felfogás helyett az egészség megteremtését-fenntartását szolgáló szemléletet helyesli.

A *gyermek- és ifjúság-egészségügy* a népegészségügy szemléletének, törekvéseinek, gyakorlati stratégiáinak adaptálását, érvényre juttatását illetve gyakorlati megvalósítását végzi a megszületéstől egészen a felnőttkor kezdetéig tartó életszakaszban. Ebben az életszakaszban az egyén a fejlődés különböző

aspektusainak területein hatalmas változáson megy át. A fejlődése töretlenségének biztosításához és az egészségének megtartásához a gyermek-és ifjúság-egészségügynek, a változó prioritások miatt, szerteágazó feladatai vannak.

Ezeket a feladatokat a következőkben az egészségfejlesztés Tannahill modelljének három fő tevékenységi köre szerint tekintjük át.

A gyermek-és ifjúság-egészségügy tevékenységének területei és az egészség-fejlesztés három tevékenységi köre

A gyermek-és ifjúság-egészségügy tevékenységének területei az 1.2. táblázat szerint foglalhatók össze.

1.2. táblázat A gyermek-és ifjúság-egészségügy tevékenységének területei

- Az újszülött, a csecsemő, a gyermek és a serdülő fejlődésének követése
- Törekvés az egészség megőrzésére és fejlesztésére
- A betegségek kialakulásának megelőzése
- Az egészséges fejlődést veszélyeztető tényezők időben történő feltárása
- A kóros állapotok korai stádiumban történő felismerése
- A felismert betegségek ellátása, gyógyítása
- A krónikus betegek folyamatos gondozása és a rászorultak rehabilitációja
- Egészségnevelés és tanácsadás folytatása
- Egészségvédelem csecsemő-, gyermek- és serdülőkorban

Az egészségfejlesztés ún. Tannahill modellje az egészségfejlesztés három fő tevékenységi körét különbözteti meg: a megelőzést, az egészségnevelést és az egészségvédelmet. Mindhárom tevékenységi kör végzésében az egyéni, a családi, a közösségi és a társadalmi szinteket különbözteti meg. A modell lényegét a 1.3. táblázat mutatja be.

1.3. táblázat Az egészségfejlesztés komplex modellje

- A feladatkörök három szférája (Tannahill)
 - Megelőzés
 - Egészségnevelés
 - Egészségvédelem
- Az egészségmegőrző tevékenység szintjei
 - Egyéni, családi, közösségi, társadalmi

A gyermek- és ifjúság-egészségügy tevékenységi területei az egészségfejlesztés komplex modellje alapján strukturálhatók.

A gyermek- és ifjúság-egészségügy prevenciós tevékenysége

A gyermek- és ifjúság-egészségügy prevenciós tevékenységének fő területei a primer prevenció, a szűrővizsgálaton alapuló rizikófaktor identifikáció és a betegségek korai stádiumban történő felismerése, a tanácsadás végzése valamint az idült betegségben szenvedők gondozása (1.4. táblázat).

1.4. táblázat A prevenciós tevékenység fő területei

- Primer prevenciós tevékenység
- Rizikófaktor identifikáció, szűrővizsgálatok
- Gondozási feladatok
 - gondozási csoportok és fokozatok
 - gondozási irányelvek alkalmazása
- Tanácsadási feladatok (1. egészségnevelés)

Az alapellátás *primer prevenciós programjainak* jelentős része az anya-, csecsemő- és gyermekvédelem területén valósulnak meg, a védőnői szolgálat, a háziorvosi, a házi gyermekorvosi és az iskolaorvosi ellátás együttműködése révén. Többek között a családi életre nevelés, a várandós anyák ellátása, a csecsemőtáplálás, a rachitis profilaxis, a védőoltási program tartozik ide.

A programok további hányada az életmóddal összefüggő betegségek megelőzését szolgálja; ilyenek a kiegyensúlyozott táplálkozás megvalósítását, a fizikai aktivitás fokozását, a dohányzás csökkentését szolgáló programok.

A veszélyeztető tényezők identifikálása és a betegségek korai stádiumban történő felismerése a gyermek- és ifjúság-egészségügyben is a rizikó szemléletű prevenció fontos eleme. A veszélyeztető tényezők felismerése és a betegségek korai stádiumban történő kimutatása szűrővizsgálatok végzését igényli. A szűrővizsgálatok a szekunder prevenció legfontosabb eszközét jelentik. Az újszülött-, csecsemő- és gyermekkorban végzett szűrővizsgálatok egyrészt a szomatomotoros, mentális, pszichés és szociális fejlődés megítélését biztosítják, másrészt a veszélyeztető állapotok és betegségek korai felismerését teszik lehetővé. A gyermekkor folyamán az egyes életperiódusokban a preventív tevékenység prioritásai eltérőek, emiatt alakult ki az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok jogszabályban előírt rendszere. Emellett egyéb szűrővizsgálatok elvégzésére is sor kerül, mint a drog-dependencia, a depresszió, a krízisállapotok felismerése, a szexuális úton átvihető betegségek szűrése.

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátásban is a prevenció kiemelten fontos területét képezi az idült betegségben szenvedő páciensek *gondozása*. A gondozás a rizikó tényezők és a betegségek felismerését biztosító szűrővizsgálatokra épül, majd a magatartás befolyásolása és/vagy az állapotnak megfelelő adekvát kezelés biztosítása révén szekunder és terciér prevenciót valósít meg. A gondozás szükségessége a gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátásban az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok gyakorlatából következik: az ezek során felfedezett krónikus betegségek gondozásba vétele az ellátás fontos feladata. A gondozandó páciensek körének meghatározása a védőnői szolgálat, a gyermek-alapellátás és az iskolaorvosi ellátás kiemelt feladata. Emellett három betegségcsoport gondozásával külön szakmai ajánlás is foglalkozik. Ezek az

elhízás és hipertónia, a gyermekkori szív- és érrendszeri betegségek és a mozgásszervi betegségek.

Fontos kiemelni, hogy a gyermek- és ifjúság-egészségügy a preventív tevékenységét meghatározóan a prevenció rizikó stratégiájának alkalmazásával végzi, támogatja azonban a prevenció populációs stratégiájának törekvéseit is.

Integrált prevenció rendszer a gyermek- és ifjúság-egészségügyben

Az egészségügyi alapellátás szerteágazó prevenció feladatainak végzéséhez az ún. integrált prevenció rendszer (IPR) biztosíthat keretet.

Az IPR lényegét az 1.5. táblázat mutatja be. Kiinduló pontja, hogy az alapellátás prevenció szükségletekből fakadó feladatai magukba foglalják a megvalósítandó primer prevenció programok teendőit, a jogszabály által előírt és a célzott szűrővizsgálatokat, továbbá az elvégzendő egészségnevelési és tanácsadási feladatokat és – az egészségfejlesztés komplex modellje szerint – még az egészségvédelem feladatait is (1. lejjebb). Mindezen feladatok nemek, korcsoportok és más további szempontok szerint történő meghatározása és rendszerbe foglalása szabja meg az alapellátás primer és szekunder prevenció, egészségnevelési és egészségvédelmi tevékenységének gyakorlatát, ami az egyes páciensek esetében megállapított szükségletekből adódó feladatok szisztematikus teljesítését együtt jelenti. A rendszerhez integrálhatók az alapellátás gondozási és rehabilitációs feladatai is, gondozási/rehabilitációs csoportok szerint. Ezen ellátási szükségletek akkor merülnek fel, ha a panaszmentes páciensek szűrővizsgálatai vagy a panaszok alapján indított diagnosztikus vizsgálatok rizikótényezőket fednek fel, rizikóállapotok vagy már manifeszt betegségek fennállását igazolják. Az alapellátás gondozási és rehabilitációs feladatait szakmai irányelvek gondozási/rehabilitációs fejezetei írják elő.

Az IPR tehát keretbe foglalja az alapellátás primer prevenció feladatait, a szűrő- és ellenőrző vizsgálatok rendszerét, az egészségnevelési és tanácsadási

teendőket, az egészséget károsító hatások elleni védelmet, és megalapozza emellett az alapellátás gondozási és rehabilitációs teendőit is. Integratív jellegét jelenti továbbá, hogy a páciensek preventív szükségleteiből adódó feladatok végzését az ellátás folyamatába integrálja.

1.5. táblázat Az integrált prevenció rendszer elemei

SZÜKSÉGLETEK	FELADATOK/TELJESÍTÉS
Primer prevenció feladatok	A feladatok meghatározása nemek, korcsoportok és további szakmai szempontok szerint
Szűrővizsgálatok	
Egészségnevelési, tanácsadási feladatok	
Egészségvédelmi feladatok	
Gondozási feladatok gondozási csoportokban, fokozatok szerint	Gondozási szakmai irányelvek javaslatai szerint

Az integrált prevenció rendszer hozzájárul a gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás egészség-megőrzési feladatainak teljesítéséhez. Keretbe foglalja az egészségnevelési, tanácsadási és prevenció feladatokat, s ugyanakkor az egyént érintő egészségkárosító hatások feltárásával az egészségvédelmet és a gondozást is megalapozza.

A gyermek-és ifjúság-egészségügy egészségnevelési tevékenysége

Az egészségnevelés célja, hogy elősegítse az egészséggel, betegséggel kapcsolatos ismeretek elsajátítását, az egészséges életmód értékeinek megismertetését és azok elfogadását (1.6. táblázat). A primer egészségnevelés az egészséggel és a betegségek megelőzésével kapcsolatos ismeretek elsajátíttatására törekszik, melyek alkalmazásával a betegségek megelőzhetők. A szekunder egészségnevelés célja azon ismeretek átadása, amelyek alkalmazása biztosíthatja, hogy a rizikófaktorral vagy korai stádiumban

kimutatott betegséggel rendelkezők esetében súlyos betegség kialakulása ne következzen be. A terciér egészségnevelés pedig azt szolgálja, hogy a megbetegedettek életminősége elfogadható, a szövődmények és a súlyos következmények kialakulása elkerülhető legyen.

1.6. táblázat Egészségnevelés

- A primer, a szekunder és a terciér prevenció eszköze
- Az egészségnevelés szintjei:
 - Primer, szekunder és terciér egészségnevelés
- Az egészségnevelés követelményei:
 - Célzott, személyes, folyamatos, megerősítő
- Az egészségnevelés szinterei:
 - Egyéni, közösségi, populációs
- Az egészségnevelés területei
 - Személyi higiéné
 - Egészséges táplálkozás
 - Fizikai aktivitás, sportolás
 - Balesetek megelőzése
 - Dohányzás
 - Alkohol-, drogfogyasztás

A páciens számára adott szituációban biztosított egészségnevelés a tanácsadás. A gyermek- és ifjúság-egészségügyben az egészségnevelés és a tanácsadás voltaképpen a csecsemő, gyermek és serdülő egészséggel-betegséggel kapcsolatos minden problémájára kiterjed, mindazonáltal a tevékenységnek jól körülhatárolható területei vannak. Ide tartoznak a személyi higiéné, az egészséges táplálkozás, a mozgáskultúra, a szexuális magatartás kérdései, a balesetek, a káros szenvedélyek megelőzése, stb. A tevékenység színhelyei az alapellátás, az óvoda, az iskola orvosi rendelője és a tanácsadó. Az alapellátási,

az iskolaorvosi team tagjai és a védőnő kompetencia szintjüknek megfelelően veszik ki a részüket ebből a munkából.

A prevenció további eleme az egészség megtartását és a rizikófaktorok megszüntetését célzó *tanácsadás*. A tanácsadáson alapuló intervenció a másodlagos és a harmadlagos megelőzés fontos eszköze. A tanácsadás és az egészségfejlesztés külön területeként tárgyalt egészségnevelés egymástól nehezen szétválaszthatók, a tanácsadással kapcsolatos követelményeket illetően ezért az egészségnevelésnél elmondottakra utalunk.

A gyermek-és ifjúság-egészségügy egészségvédelmi tevékenysége

Az egészségvédelem célja az egészségkárosító hatások kivédése. Magában foglalja mindazon törekvéseket, melyek a komplex módon értelmezett egészség megtartását hivatottak szolgálni. Az egészségvédelemnek különböző területei vannak. Hatóköre szerint egyéni, családi, közösségi egészségvédelmet különböztethetünk meg, utóbbinak fontos területe a gyermek- és az oktatási intézmények keretei között végzett egészségvédelem. A szomatikus egészség megtartása mellett fontos célja a lelki egészség védelme is (1.7. táblázat). A gyermek- és ifjúság-egészségügy egészségvédelmi tevékenysége mindezen területekre kiterjed (1.8. táblázat). Megvalósításuk az alapellátási, az iskolaorvosi team tagjainak és a védőnőnek a feladatát képezi.

1.7. táblázat Egészségvédelem

- Az egészségkárosító hatások kivédése a komplex egészség megőrzése érdekében
- Az egészségvédelem területei:
 - egyéni, családi, közösségi,
 - szomatikus, lelki egészségvédelem

1.8. táblázat Egészségvédelem a gyermek- és ifjúság-egészségügyben

- Csecsemők, kisdetek egészségvédelme
- Egészségvédelem az óvodában
- Egészségvédelem oktatási intézményben
- Egészségvédelem a családban
- Közösségi egészségvédelem
- Szomatikus, pszichés, mentális dimenzió
- Életkori sajátosságok figyelembe vétele

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás tevékenységének fenti áttekintése bizonyítja, hogy munkája szerteágazó s azt elkötelezett preventív szemlélet alapján végzi.

Az egészségmegőrzés és az egészségfejlesztés kapcsolata

Az egészségmegőrzés (health maintenance) és az egészségfejlesztés (health promotion) két különálló fogalmat takar. Előbbi az egészség betegség-oldalról történő megközelítést tükrözi, elsősorban az egészségügyi ellátáshoz köthető szolgáltatásokat foglal magában, amelyek az egészségi állapot megtartását és a betegségek kialakulásának megelőzését célozzák és így fókuszában is szűkebb az egészségfejlesztésnél. Utóbbi pedig az a folyamat, amely képessé teszi az embereket az egészséget determináló tényezők kontrollálására és így az egészségük javítására.

A gyermek- és ifjúság egészségügy tantárgy témakörei

Végezetül felsoroljuk a Gyermek- és ifjúság-egészségügy tantárgy témaköreit (1.9. táblázat).

1.9. táblázat A gyermek- és ifjúság egészségügy tantárgy témakörei

- A gyermek- és ifjúság-egészségügy: diszciplína és gyakorlat
- A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás szervezete és tevékenysége
- Demográfiai mutatók; mortalitás és morbiditás csecsemő-, gyermek- és serdülőkorban
- Az egészséges csecsemő, gyermek és serdülő fejlődése; a megítélés lehetőségei
- Primer prevenció újszülött-, csecsemő-, gyermek- és serdülőkorban
- Életkorhoz kötött vizsgálatok, szűrővizsgálatok újszülött-, csecsemő-, gyermek- és serdülőkorban
- Gondozás a gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás gyakorlatában
- Speciális szükségletű gyermekek ellátása
- Csecsemőtáplálás, gyermekek és serdülők táplálkozása; alternatív táplálkozás, táplálkozási zavarok
- Fizikai aktivitás, sportolás; testnevelés és gyógytestnevelés
- Gyermek- és serdülőkori elhízás
- Rizikó magatartásformák gyermek- és serdülőkorban
- A serdülés és zavarai, a serdülők szexualitása, serdülőkori pszichés zavarok
- Gyermekek hátrányos helyzete, veszélyeztetése, elhanyagolása és bántalmazása

2. A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS SZERVEZETE ÉS TEVÉKENYSÉGE

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás az egészségügyi ellátórendszerben

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás az egészségügyi ellátórendszer integráns részét képezi. A 0–18 éves korúak egészségügyi alap- és szakellátását biztosítja. Ez az életkori csoport nem tekinthető egységes korcsoportnak, hiszen az újszülöttektől kezdve a felnőttkor kezdetéig magában foglalja a gyermekkor egyes életszakaszaiba tartozókat. Az ellátási szükségletek az egyes életszakaszokban nagyon különböznek, s ebből adódóan a gyermek- és ifjúság-egészségügy ellátási feladatait csak változatos struktúrájú intézményrendszer képes biztosítani. A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás jellemzőit az 2.1. táblázatban foglaltuk össze.

2.1. táblázat A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás jellemzői

- A 0–18 éves korosztály ellátását biztosítja
- Feladatait szoros kapcsolatban látja el a várandós- és szülészeti ellátással, a gyermek- és oktatási intézményekkel, a gyermekvédelemmel és a szociális ellátó rendszerrel
- Az egészségügy egyik fontos alrendszere

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás széleskörű feladataiból adódóan szorosan együttműködik az egészségügyi ellátórendszer részét képező várandós és szülészeti ellátással. Ugyanakkor szoros kapcsolatot kell tartania a gyermek- és oktatási intézményekkel is, minthogy ezek az intézmények lényeges befolyással vannak a gyermekek fejlődésére és egészségi állapotára. A gyermekek fejlődését veszélyeztető tényezők kivédése érdekében

együttműködik a gyermekvédelemmel és a szociális ellátó rendszerrel is. Mindezek miatt a gyermek- és ifjúság-egészségügy az egészségügyi ellátórendszer egyik fontos alrendszerét képezi.

A gyermek- és ifjúság-egészségügy ellátórendszerének struktúráját az 2.2. táblázat mutatja be.

2.2. táblázat A gyermek- és ifjúság-egészségügy struktúrája

- Gyermek- és ifjúság-egészségügyi alapellátás
- Szakrendelések és szakgondozók
- Kórházi ellátást biztosító intézmények

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás feladatai

Az egészségügyi ellátórendszer fontos alrendszerét képező gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás feladatainak számbavételekor itt az általános feladatokat foglaljuk össze, melyeket a 2.3. táblázat összegez.

2.3. táblázat A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás feladatai

- Az egészséges újszülött, a csecsemő, a gyermek és a serdülő fejlődésének nyomon követése
- A veszélyeztető tényezők feltárása és kiiktatása
- Az egészség megőrzése és fejlesztése
- A betegségek kialakulásának megelőzése
- Egészségnevelés és tanácsadás
- A betegségek felismerése és kezelése
- A krónikus betegek gondozása, rehabilitáció

Az újszülött, a csecsemő, a gyermek és a serdülő fejlődésének nyomon követése biztosítja az esetleges kóros állapotok korai stádiumban történő felismerését. Ez

és az egészséges fejlődést veszélyeztető tényezők időben történő feltárása lehetőséget ad arra, hogy a kiiktatásukat szolgáló intézkedések haladéktalanul megtehetőek legyenek. Az életmód alakítása során az egészség megőrzésére és fejlesztésére szükséges törekedni. A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás fontos feladata a betegségek kialakulásának megelőzése, ami a primer prevenció megvalósítását jelenti, továbbá az egészségnevelés és tanácsadás folytatása. A betegségek felismerése és ellátása a gyermek- és ifjúság-egészségügy alapellátást, szakellátást és kórházi ellátást nyújtó szintjeinek egyaránt kiemelt feladata, s emellett fontos feladat a krónikus betegek folyamatos gondozása, valamint a rászorultak rehabilitációja is. A felsorolt feladatkörök az egyes ellátó szolgálatok mindennapi tevékenységében eltérő arányban vannak jelen.

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi alapellátás

Az első szintet a gyermek- és ifjúság-egészségügyi alapellátás képezi. Az ide tartozó és a későbbiekben tárgyalandó ellátó szolgálatok minden érintett számára elérhetőek, és számukra az egészségügyi szolgáltatások meghatározott körét biztosítják. Működésük során elvégzik azon esetek azonosítását, akik problémáinak megoldása az ellátás további szintjeinek igénybevételét indokolja. Az ellátás második szintjét a szakrendelők, a szakgondozók és a speciális ellátó szolgálatok képezik.

A harmadik szintet pedig a fekvőbeteg ellátást nyújtó kórházak rendszere jelenti, ami hierarchikus felépítésű.

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátáshoz tartozó szolgálatokat a 2.4. táblázat tünteti fel.

2.4. táblázat A gyermek- és ifjúság-egészségügyi alapellátáshoz tartozó szolgálatok

- Házi gyermekorvosi és háziiorvosi szolgálat
- Védőnői szolgálat

- Iskolaorvosi szolgálat
- Bölcsődék és óvodák egészségügyi ellátása

Házi gyermekorvosi és háziorvosi szolgálat

A rendszer meghatározóan fontos részét képezi a házi gyermekorvosi és a háziorvosi ellátás, ami a 0–18 éves korosztály egészségügyi alapellátását biztosítja. A szolgálat a szabad orvosválasztás elve alapján működik. A nagy hagyományokkal rendelkező védőnői szolgálat területi elv alapján látja el feladatait, meghatározó szerepet játszik az anya-, csecsemő- és gyermekvédelemben. Az iskola-egészségügyi szolgálat az oktatási intézményekben az alapellátás keretében végez elsősorban preventív tevékenységet. A bölcsődék és az óvodák egészségügyi ellátása is részét és egyben speciális területét képezi a gyermek-alapellátásnak.

A 0–18 éves korosztályba tartozók mintegy kétharmadának egészségügyi alapellátását hazánkban házi gyermekorvosok végzik, akik gyermekgyógyászati szakképesítéssel rendelkeznek. Azokon a településeken, ahol házi gyermekorvosi praxisok nem szervezhetők, a korosztály alapellátását házi orvosok látják el az ún. vegyes praxisokban. Az általuk ellátottak a korosztályba tartozók mintegy egyharmadát teszik ki. A házi orvosok gyermek-alapellátási kompetenciáját az biztosítja, hogy a gyermek-alapellátás szakmai kérdései a háziorvosi szakképesítés követelményeinek részét képezik. Ahol házi gyermekorvosi és ún. felnőtt-praxisok is működnek, a 14–18 évesek ellátását házi gyermekorvosok vagy házi orvosok egyaránt végezhetik (2.5. táblázat).

2.5. táblázat Gyermek-alapellátás házi gyermekorvosi és háziorvosi praxisokban

- Házi gyermekorvosi praxisok
a gyermekpopuláció 2/3-át látják el
szakemberek: gyermekgyógyász és asszisztens
- Házi orvos praxisok

a gyermekpopuláció 1/3-át látják el
szakemberek: házi orvos és körzeti ápoló

- Ellátási kompetencia: a preventív feladatokban azonos, a gyógyító feladatokban a gyermekorvosoké szélesebb
- A házi orvos gyógyító munkájának segítése: konzultációs rendszer, együttműködés a védőnői szolgálattal

A házi gyermekorvosok és a házi orvosok ellátási kompetenciája a preventív feladatok ellátásában azonos. A házi gyermekorvosi és házi orvos teamek ezt a feladatkörüket ugyanis azonos jogszabályok előírásai alapján végzik, s így a tevékenység tartalma a praxisok típusa szerint nem különbözhet (pl. a kötelező védőoltások adása természetesen mindkét praxistípusban azonos). A szakképzettségük különbségéből adódóan azonban a házi gyermekorvosok és a házi orvosok által nyújtott gyógyító ellátásban lehet különbség. A házi gyermekorvosok gyógyító ellátási kompetenciája általában szélesebb. Ez abban nyilvánulhat meg pl., hogy a szakrendelések segítségének kérése vagy a kórházi beutalás az ún. vegyes praxisokban gyakoribb lehet. A házi orvosok szakmai munkáját segíti az ún. mozgó szakorvosi szolgálat is.

A házi gyermekorvos és a házi orvos gyermek-alapellátási feladatai

A gyermek-alapellátás keretében a házi gyermekorvosok és a házi orvosok széleskörű *prevenációs tevékenységet* végeznek. A prevenációs tevékenység felöleli a prevenáció mindhárom szintjét. Tevékenységi köreit a 2.6. táblázat mutatja be.

2. 6. táblázat A házi orvos és a házi gyermekorvos prevenációs tevékenysége

- Primer prevenációs programok megvalósítása
- Védőoltások elvégzése

- Szűrővizsgálatok rizikótényezők kimutatására és a betegségek korai felismerésére
- Egészségnevelés, tanácsadás, egészségmegőrzés
- Gondozás, rehabilitáció

A *primer prevenció* körébe tartoznak a csecsemő-, a gyermek- és a serdülőkorban megvalósításra kerülő primer prevenciós programok, valamint a védőoltások. A primer prevenciós programokat később részletezzük, itt csupán néhányat említünk példaképp: az újszülöttek K-vitamin profilaxisa a vérzéses betegség megelőzésére, a csecsemők D-vitamin ellátása az angol-kór kialakulásának meggátlására, gyermekkorban a dohányzásra való rászokást megelőző program, a serdülők körében végzett egészségnevelési tevékenység, a kábítószer fogyasztás megelőzésére. A védőoltások pedig a fertőző betegségek kialakulásának megelőzését szolgálják.

A gyermek-alapellátás a *szekunder prevenciós* tevékenysége körében szűrővizsgálatokat végez egyes betegségek rizikó tényezőinek feltárására, illetve más betegségek korai stádiumban történő felismerésére. A rizikó tényezők identifikációja és a betegségek korai felismerése időben történő beavatkozást tesz lehetővé, aminek révén a betegségek veszélyes formáinak kialakulása megelőzhető.

A krónikus betegségek adekvát gondozása, ami a következmények és a szövődmények megelőzését szolgálja, a *harmadlagos megelőzés* megvalósítását jelenti, s ugyanez mondható az elvesztett képességek javítását jelentő rehabilitációról is.

Az *egészségnevelés és a tanácsadás* egyaránt szolgálhatja a prevenció mindhárom szintjét.

A gyermek-alapellátás meghatározóan fontos feladata a *gyógyító tevékenység* végzése, területeit a 2.7. táblázat mutatja be.

2.7. táblázat A házi orvos és a házi gyermekorvos feladatai a gyógyító tevékenység területén.

- Sürgősségi állapotok felismerése és ellátása
- A betegségek felismerése a rendelkezésre álló diagnosztikai lehetőségek alkalmazásával és a szakellátás segítségének igénybe vételével
- A betegek kezelése a saját kompetenciája keretében vagy a szakellátással együttműködve
- A betegek kórházba utalása diagnosztikai vagy kezelési eljárások igénybevétele céljából

Ennek egyik területét a *sürgősségi esetek* felismerése és ellátása jelenti. Sürgősségi eseteknek tekinthetők azok az állapotok, melyek azonnali szakszerű ellátása szükséges ahhoz, hogy a beteg további egészségkárosodása ne következzen be. A sürgősségi esetek egy részében a gyermek-alapellátás befejezett ellátást képes nyújtani, az esetek jelentős hányadában viszont elsődleges ellátás biztosítására kerül sor, amit a beteg sürgősséggel történő kórházi beutalása követ.

A gyógyító tevékenység alapfeladata a *betegségek felismerése* a rendelkezésre álló diagnosztikus módszerek alkalmazásával. Az alapellátásban az előzmények részletes feltárása és a fizikális vizsgálat elvégzése mellett lehetőség van kiegészítő vizsgálatok kérésére, s igénybe vehető a szakellátás diagnosztikus segítsége is. A diagnózis felállítása képezi alapját a szükséges *kezelési módok meghatározásának*. Az esetek jelentős hányadában ez az alapellátás saját kompetenciájában megtörténhet, szükség lehet azonban az ellátó rendszer további szintjét jelentő szakellátás segítségének igénybevételére is. A kórházi beutalások indoka további diagnosztikus módszerek vagy kezelési lehetőségek alkalmazásának biztosítása egyaránt lehet. A krónikus betegek esetében szükséges gyógyító eljárások alkalmazására a hosszú távú gondozás keretében kerül sor.

A védőnői szolgálat

A védőnői rendszer az anya-, újszülött-, csecsemő-, gyermek- és ifjúságvédelem preventív feladatainak ellátására szervezett szolgálat. Szervezése, szemben a házi gyermekorvosi és háziiorvosi szolgálattal, területi elven történik. A védőnők önálló szakmai kompetenciakör alapján dolgozó, felsőfokú képzettséggel rendelkező szakemberek. Tevékenységük során együttműködnek a gyermek-alapellátással és az iskola-egészségügyi szolgálattal. A védőnői szolgálat jellemzőit az 2.8. táblázat összegzi.

2.8. táblázat A védőnői szolgálat jellemzői

- Az anya-, újszülött-, csecsemő-, gyermek és ifjúság-egészségügy preventív feladatainak végzésére szervezett szolgálat
- Területi elven szervezett ellátást végez
- A védőnők önálló szakmai kompetencia-körrel rendelkeznek
- Tevékenységükben együttműködnek a gyermek-alapellátással és az iskola-egészségügyi szolgálattal
- A védőnők területen és iskolákban működnek

A területen működő védőnők a gyermek-alapellátást végző házi gyermekorvosi és háziiorvosi teameknek, a tevékenységük eltérő szervezeti keretei miatt, nem tagjai, a tevékenységük azonban az alapellátási teamek munkájához szorosan kapcsolódik. Az iskolákban dolgozó védőnők viszont az iskolaorvosok munkatársai és egyben az iskola-egészségügyi szolgálat szakdolgozói. Azokon a településeken, ahol a tanulói létszám iskolai védőnő alkalmazását nem teszi lehetővé, az iskolai tanulók körében végzendő feladatok ellátása is a területi védőnő feladatkörébe tartozik.

A védőnői szolgálat feladatai

A védőnői szolgálat a **területi ellátásban** a gyermek-alapellátás munkáját segíti. Ezeket a feladatokat a védőnők saját szakmai kompetenciájuk keretében látják el, együttműködve a házi gyermekorvosokkal vagy a gyermek-alapellátást végző háziorvosokkal. Tevékenységüket otthoni látogatások vagy a munkahelyüket jelentő tanácsadóban szervezett tanácsadások keretében látják el. A tanácsadóban sorra kerülő tanácsadásokon részt vesz a házi gyermekorvos vagy a háziorvos is, s itt kerülnek sorra a mozgó szakorvosi szolgálattal történő konzultációk is. A feladatokat a 2.9. táblázat összegzi.

2.9. táblázat A védőnői szolgálat feladatai a területi ellátásban

- Primer prevenciós programok a leendő anyák és a várandósok körében
- Részvétel a várandósok gondozásában az előírt szakmai feladatmegosztás szerint
- Az újszülött, a csecsemő, a gyermek, a serdülő fejlődésének követése
- Primer prevenció végzése, védőoltások szervezése
- Egészségnevelés, tanácsadás
- Szűrővizsgálatok végzése

Tevékenységük fontos területe a leendő anyák gyermekvállalásra való felkészítése, és a várandós anyák gondozásában való részvétel. A várandós-gondozásban a védőnő kulcsszerepet játszik: a saját kompetenciájába tartozó feladatok elvégzése mellett összehangolja a háziorvos és a szülész-nőgyógyász szakorvos (szülész-nő) tevékenységét. A területi ellátásban dolgozó védőnő tevékenységének másik területe az újszülött, a csecsemő, a gyermek és a serdülő fejlődésének követése, körükben primer prevenciós feladatok ellátása, szűrővizsgálatok végzése, továbbá egészségnevelési és tanácsadási tevékenység folytatása.

A bölcsődék és az óvodák egészségügyi ellátása

A bölcsődék többségében az egészségügyi képzettséggel rendelkező szakdolgozók munkáját részállású gyermekgyógyász szakorvosok segítik. Ahol erre nincs lehetőség, a bölcsődék egészségügyi felügyeletét a területileg illetékes házi gyermekorvos vagy háziorvos látja el.

Az óvodákban a gyermekek nevelését szakképzett óvodapedagógusok végzik, akik járatosak az óvodás korosztály egészségnevelésével kapcsolatos kérdésekben is. Munkájukat, ahol ez lehetséges, részállású gyermekgyógyász szakorvosok segítik. Ahol erre nincs lehetőség, az óvodák egészségügyi felügyeletét a területileg illetékes házi gyermekorvos vagy háziorvos látja el (2.10. táblázat).

2.10. táblázat A bölcsődék és az óvodák egészségügyi ellátása

- Bölcsődék:
 - egészségügyi képzettségű szakdolgozók,
 - részállású gyermekorvos,
 - területi házi gyermekorvos vagy háziorvos
- Óvodák
 - szakképzett óvodapedagógusok,
 - részállású gyermekorvos,
 - területi házi gyermekorvos vagy háziorvos

A bölcsődék és az óvodák egészségügyi ellátásának feladatai

A bölcsődék és az óvodák egészségügyi ellátásának feladatait a 2.11. táblázat mutatja be.

2.11. táblázat Feladatok a bölcsődék és az óvodák egészségügyi ellátásában

- Bölcsődék:
 - A csecsemők és kisdetek fejlődésének követése
 - A korszerű táplálás követelményeinek betartása

Preventív tevékenység a bölcsődei közösségben

Betegség esetén szükséges teendők elvégzése

- Óvodák:

Az óvodások fejlődésének nyomon követése

Az egészséges életmód biztosítására törekvés

Egészségnevelés, primer prevenciók tevékenység

Kóros állapotok felismerése

Közreműködés az iskolaérettség megállapításában

A bölcsődék szakdolgozói a feladataik ellátásához szükséges egészségügyi képzettséggel rendelkeznek, azonban a bölcsődék felügyeletét az illetékes alapellátási team vagy részállású bölcsődeorvos látja el. Feladatuk a csecsemők és kisdetek fejlődésének követése, a korszerű táplálás követelményeinek betartása és a bölcsődei közösségben preventív tevékenység végzése. Lényeges a beteg gyermekek felismerése, továbbá a betegség, különösen a fertőző betegség, esetén szükséges teendők elvégzése.

Az óvodák egészségügyi ellátásában is az óvodás gyermekek fejlődésének követése és a veszélyeztető tényezők felismerése a legfontosabb feladat. Figyelemmel kell lenni arra, hogy az egészséges életmód megvalósítására való törekvések épüljenek be az óvoda nevelési programjába. Emiatt az óvodai egészségnevelés folytatása nagy jelentőségű, megalapozhatja a gyermekek egészségmagatartását a későbbi életperiódusban. További feladatokat jelentenek a korosztálynak megfelelő primer prevenciók ténykedések. A kóros állapotok időben történő felismerése pedig az időben történő kezelésbe és gondozásba vétel lehetőségét biztosítja. Kiemelt jelentőségű az iskolaérettség megítélésében történő segítségnyújtás. Az iskolaérettség vizsgálata annak megállapítását jelenti, hogy az iskoláskort elért gyermek szomatikus, mentális, pszichés és szociális fejlettsége és egészségi állapota alapján alkalmas-e arra, hogy megfeleljen az iskola által állított követelményeknek.

Az iskola-egészségügyi ellátás

Az iskoláskorúak megelőző jellegű egészségügyi ellátását végző iskola-egészségügyi szolgálat szervezéséről jogszabály rendelkezik. A nevelési-oktatási intézményekben az ellátást a fenntartó szervezi meg intézményenként vagy több intézmény ellátásának közös biztosításával, iskolaorvos és védőnő teljes vagy részmunkaidőben történő foglalkoztatásával. Az iskola-egészségügyi ellátás szervezeti jellemzőit a 2.12. táblázat tartalmazza.

2.12. táblázat Iskola-egészségügyi ellátás szervezeti jellemzői

- Az iskoláskorúak megelőző jellegű, az alapellátás keretében szervezett ellátása
- Főállású, szakképesítéssel rendelkező iskolaorvos és főiskolai végzettségű védőnő végzi
- Részállású házi gyermekorvos, háziorvos illetve a körzeti védőnő is végezheti a tevékenységet
- Az iskolaorvos és a védőnő feladatmegosztását, az iskola vezetésével való együttműködésüket jogszabály rögzíti

Az iskolaorvos feladatainak ellátásához iskola-egészségtan és ifjúságvédelem szakorvosi képzés megszerzése ajánlott, de alkalmazható háziorvos, belgyógyász vagy gyermekgyógyász szakképesítésű orvos is. Az iskola-egészségügyi ellátás keretében védőnői feladatokat felsőfokú végzettséggel rendelkező védőnő láthat el. Az iskola-egészségügyi tevékenységet kisebb településeken részállású házi gyermekorvos és háziorvos és a területi védőnő is elláthatja. Az iskolaorvos és a védőnő feladatmegosztását, továbbá az iskola vezetésével való együttműködésüket jogszabály rögzíti. Az iskola-egészségügyi feladatok ellátására létrehozott iskolaorvosi rendelő alapfelszerelését jogszabály írja elő.

Az iskola-egészségügyi ellátás feladatai

A tanulók egészségi állapotának követése egyrészt az életkorhoz kötött (egyes évfolyamokat érintő) időszakos vizsgálatok végzését jelenti, másrészt a betegséggel vagy fogyatékossággal rendelkező tanulók gondozásának követését foglalja magában, s ide tartozik az eltérő szükségletű gyermekek segítségét végző szakértői bizottságokkal történő együttműködés is. Az alkalmassági vizsgálatok közé tartozik a testnevelési csoportba osztás, továbbá a pályaválasztás segítése, a pályaválasztási vizsgálatok elvégzése. A közegészségügyi és járványügyi jellegű feladatok sokrétűek: védőoltások elvégzése, fertőző betegségek ellenőrzése, az iskolai étkeztetés felügyelete, az iskola higiénés állapotának rendszeres ellenőrzése. Az iskola-egészségügyi szolgálat egészségnevelési és tanácsadási tevékenységének a tanulók életmódját meghatározó minden fontos kérdéskörre ki kell terjednie, s a tapasztalatok szerint ezen a területen csak az iskolavezetéssel közösen összeállított, az adott helyzet elemzésére épülő munkaterv alapján folytatott tevékenység lehet eredményes. A 2.13. táblázat összegzi a szolgálat legfontosabb feladatait.

2.13. táblázat Az iskola-egészségügyi ellátás orvosi feladatai

- A tanulók egészségi állapotának követése, szűrővizsgálatok végzése
- A tanulók időszakos vizsgálata irányelv szerint
(általános iskolában: 1.,5.,7. o.; középiskolában: 1., 3. o. és oltások előtt)
- Beteg és fogyatékkal élő tanulók ellenőrzése, gondozása
- Együttműködés szakértői bizottságokkal
- Alkalmassági vizsgálatok: pályaalkalmasság, testnevelési beosztás
- Közegészségügyi és járványügyi feladatok: védőoltások, az étkeztetés és az intézményi környezet ellenőrzése
- Részvétel az iskola egészségnevelő tevékenységében
- Elsősegélynyújtás végzése
- Nyilvántartások, jelentések készítése

Az iskola-egészségügyi rendelőknek rendelkezniük kell olyan alapfelszereléssel, ami lehetővé teszi a balesetek, rosszhullétek iskolában történő ellátását.

Az iskolaorvosok munkáját az iskolai védőnők segítik, alkalmazásukat jogszabály írja elő bizonyos tanulói létszám fölött. Feladataikat a 2.14. táblázat összegzi. A táblázatból kitűnik, hogy az iskolai védőnők számos primer és szekunder prevenciós feladatot a saját szakmai kompetenciájuk keretében láthatnak el, az egyéb tevékenységek területén pedig az iskolaorvos munkáját segítik.

2.14. táblázat Az iskola-egészségügyi ellátás védőnői feladatai

- Alapszűrések végzése:
szomatikus, motoros, pszichés, mentális, szociális és nemi fejlődés; érzékszervek működése; mozgásszervi eltérések; golyvaszűrés, vérnyomásmérés
- A tanulók személyi higiéniájának ellenőrzése
- Védőoltások szervezése, előkészítése
- Elsősegélynyújtás végzése
- A krónikus betegek segítése
- Részvétel az egészségnevelési program megvalósításában
- Közegészség- és járványügyi feladatok végzése
- A tanulók pályaválasztásának segítése
- Az elvégzett feladatok dokumentálása

Szakrendelések és szakgondozók a gyermek-és ifjúság-egészségügyben

A szakrendelések és szakgondozók szervezeti jellemzőit a 2.15. táblázat mutatja.

2.15. táblázat Szakrendelők és szakgondozók a gyermek-és ifjúság-egészségügyben

- Önálló rendelőintézetek gyermekgyógyászati szakrendelése
- Területi kórházak gyermekosztályainak járó-beteg rendelése
- Megyei kórházak és egyetemi gyermekklinikák speciális gyermekgyógyászati szakrendelése, szakgondozói
- Igénybevétel a progresszív betegellátás elvének érvényesítésével

A gyermekgyógyászati szakrendelések működhetnek az önálló rendelőintézetek keretében is, azokon a településeken, ahol kórház nem működik és a járóbeteg szakellátást fekvőbeteg ellátási háttérrel nem rendelkező rendelőintézet végzi. A területi és a városi kórházak gyermekosztályainak keretében általában általános gyermekgyógyászati szakrendelések működnek. Ezek a szakrendelések az adott területen működő gyermek háziorvosok és háziorvosok gyermek-alapellátási tevékenységét segítik. A megyei kórházak és az egyetemi gyermekklinikák keretében speciális gyermek-szakrendelések és szakgondozók működnek, melyek az egyes gyermekgyógyászati szubspecialitások területén megyei vagy regionális feladatokat látnak el. A járóbeteg szakellátás ezen egységeinek igénybevétele a progresszív betegellátás elvének érvényesítésével történik. Ez azt jelenti, hogy az ellátás egyes szintjeinek igénybevételét a beteg problémája, ellátásának szükséglete határozza meg.

A szakrendelők és szakgondozók feladatai a gyermek-és ifjúság-egészségügyi ellátásban

A gyermek és ifjúság-egészségügyi ellátásban fontos szerepet töltenek be a szakrendelők és a szakgondozók. Feladataikat a 2.16. táblázat foglalja össze.

2.16. táblázat Szakrendelők és szakgondozók feladatai a gyermek- és ifjúság-egészségügyben

- Diagnosztikus és terápiás segítségnyújtás a gyermek-alapellátásnak
- A kórházi kivizsgálást és/vagy ellátást igénylő betegek felismerése
- Speciális ellátást igénylő betegek gondozásának megvalósítása az alapellátással együttműködve (kardiológiai, diabeteses, endokrinológiai, genetikai, gasztroenterológiai, nefrológiai, neurológiai, pulmonológiai, urológiai, stb. betegek)
- Konzultatív segítségnyújtás az alapellátásnak, szakellátásnak, fekvőbeteg osztályoknak

A *szakrendelők* alapvető feladata szakmai segítségnyújtás a gyermek-alapellátás számára. A segítségnyújtás diagnosztikus és terápiás kérdésekre egyaránt kiterjed. Az alapellátás a beutaláskor tájékoztatja a szakrendelést az előzményekről, a már elvégzett vizsgálatokról és az indított kezelésekről. A szakellátás pedig tájékoztatást ad a végzett vizsgálatokról, a felállított kórisméről és az alkalmazásra javasolt kezelésről. A szakrendelések további feladata a vizsgálatra beküldött csecsemők és gyermekek közül azok kiválasztása, akik esetében további kórházi kivizsgálásra és kezelésre van szükség. Ilyen esetekben a kórházi beutalásról maga a szakrendelés gondoskodik.

A *szakgondozók* a speciális ellátást igénylő betegek gondozásában nyújtanak segítséget a gyermek-alapellátásnak. Ilyen esetekben a gondozás irányítása a szakgondozó feladata, az ellenőrzések közötti időszakokban viszont a gondozást az alapellátás végzi. Az együttműködés akkor harmonikus, ha a részkompetenciákat közös szakmai irányelvek határozzák meg. Hazánkban a szakgondozók működése számos gyermekgyógyászati szubspecialitásra terjed ki; a szakgondozók megyei vagy regionális szintű szervezés keretében működnek. A szakrendelések és a szakgondozók konzultatív segítséget

nyújtanak az alapellátásnak, a szakellátás más egységeinek és a kórházi osztályoknak is.

Kórházi ellátás a gyermek-és ifjúság-egészségügy keretében

A kórházi ellátás szervezeti jellemzőit az 2.17. táblázat foglalja össze.

2.17. táblázat Kórházi ellátás a gyermek- és ifjúság-egészségügyben

- Területi kórházak csecsemő- és gyermekgyógyászati osztályai, valamint szülészeti osztályainak újszülött részlege
- Megyei kórházak újszülött-, csecsemő- és gyermekgyógyászati osztályai
- Egyetemi kórházak speciális gyermekosztályai
- Perinatális intenzív centrumok
- Igénybevétel a progresszív betegellátás elvének érvényesítésével

A területi és városi kórházak rendelkeznek csecsemő- és gyermekgyógyászati osztályokkal, melyek az adott területen a korosztályhoz tartozó fekvőbetegek ellátását biztosítják. Ezekben a kórházakban szülészeti osztály és ennek keretében újszülött részleg is működik. A megyei kórházak újszülött-, csecsemő- és gyermekosztályokat működtetnek. Az egyetemi gyermekklinikákon speciális osztályok vagy fekvőbeteg ellátó részlegek is működnek.

A kórházi ellátás egyes szintjeinek igénybevétele is a progresszív betegellátás elvének érvényesítésével történik.

A kórházi ellátás feladatai a gyermek- és ifjúság-egészségügyi állításban

A csecsemő- és gyermekellátás intézményi rendszerében a kórházi ellátás meghatározóan fontos szerepet játszik. Feladatait a 2.18. táblázatban foglaljuk össze.

2.18. táblázat A kórházi ellátás feladatai a gyermek- és ifjúság-egészségügyben

- A sürgősségi ellátást igénylő betegek felvétele
- A kórházi kivizsgálást és/vagy kezelést igénylő betegek ellátása
- Az intenzív kezelést igénylő betegek ellátása
- A speciális diagnosztikai vagy terápiás eljárások alkalmazását igénylő betegek ellátása speciális osztályokon
- Igénybevétel a progresszív betegellátás elvének érvényesítésével

A feladatok közül elsőnek a sürgősségi esetek fogadását és kórházi ellátását említjük. A területi és városi kórházak is rendelkeznek olyan részleggel, melyeken a sürgősségi esetek ellátását biztosítani tudják. Alapvető feladat a kórházi kivizsgálást és/vagy kezelést igénylő újszülöttek, csecsemők és gyermekek ellátásának biztosítása. A kórházi ellátás magasabb költségei miatt a kórházi felvételre csak olyan esetekben kerül sor, melyekben az alapellátás és a szakrendelés a szükséges kivizsgálást és kezelést már biztosítani nem tudja. A kórházi ellátás további feladata az intenzív kezelést igénylő betegek ellátása. A kisebb, csak az alapszaktmák osztályait működtető kórházak intenzív osztállyal általában nem rendelkeznek, ilyenkor az intenzív ellátást igénylő csecsemőket és gyermekeket nagyobb kórházakba irányítják. A ritkán előforduló speciális betegségek ellátása speciális osztályokon történik, melyek általában megyei kórházak gyermekgyógyászati osztályai vagy egyetemi gyermekklinikák keretében működnek. Ezek az osztályok speciális diagnosztikai módszerek és/vagy terápiás eljárások alkalmazására képesek.

Említést igényel még, hogy a különböző szintű kórházi osztályok a progresszív betegellátás elve alapján működnek. Ennek alapja az, hogy a betegek ellátása olyan osztályon történik, ahol az adott betegséget leginkább lehetséges diagnosztizálni és eredményesen kezelni.

A fentiek alapján megállapítható, hogy hazánkban a 0–18 éves korosztály egészségügyi ellátására szervezett ellátórendszer a változatos ellátási szükségletek kielégítésére integrált szervezeti struktúrában biztosítja a gyermek- és ifjúság-egészségügyi alapellátást, szakellátást és kórházi ellátást.

DUPress

3. DEMOGRÁFIAI MUTATÓK. CSECSEMŐK, GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK MORTALITÁSÁNAK ÉS MORBIDITÁSÁNAK JELLEMZŐI

Demográfiai mutatók

A demográfiai mutatók a népesség állapotának jellemzőiről tájékoztatnak, s közvetve az adott ország egészségügyi ellátásának állapotát is jelzik.

Az *élveszületési arányszám* az adott időperiódusban (rendszerint egy évben) az 1000 lakosra jutó élveszületések számát jelzi. Magyarországon az arányszám az utóbbi években fokozatosan csökken, 1997-ben 10‰ alá esett, 2018-ban 9,2‰ volt (3.1. táblázat). A teljes termékenységi arányszám (ami azt mutatja, hogy az adott év kor szerinti születési gyakorisága mellett egy nő az élete folyamán hány gyermeknek adna életet) 1,49 volt 2018-ban.

A *halálozási arányszám* az egy év alatt 1000 lakosra jutó halálesetek számát jelzi, az utóbbi években 13‰ körüli értéknek felelt meg, 2018-ban 13,4‰ volt.

A népszaporulatot vagy a népesség fogyását a *természetes szaporodás* arányszáma mutatja, amely az élveszületési és a halálozási arányszám különbségéből adódik. Ennek értéke 2018-ban -4,2‰ volt, vagyis hazánkban a lakosság fogyása figyelhető meg. A születési és halálozási arányszám és a természetes szaporodás alakulása mellett lényeges arányszám még a kissúlyú élve születettek illetve a <37. hétre születettek aránya is, továbbá az, hogy az idős lakosság aránya növekvő a negatív szaporodási ráta és az élettartam növekedés együttes hatásának következtében.

3.1. táblázat A népesség alakulását jellemző mutatók értékei a legfrissebb elérhető adatok alapján

- Születési arányszám 9,2‰*
- Halálozási arányszám 13,4‰*
- Természetes szaporodás -4,2‰*

- Kissúlyú élve születettek aránya 8,3%^{**}
- <37. hétre születettek aránya 8,1%^{**}
- Az idős lakosság aránya növekvő

* 2018-as adatok ** 2017-es adatok

A tendencia megállítása és, amennyiben lehetséges, megfordítása a születési arányszám növelését és a mortalitás csökkentését követeli meg.

A mortalitás az újszülött-, csecsemő-, gyermek- és serdülőkorban

A mortalitást jelentős mértékben meghatározza a népesség korösszetétele, az egészségügyi ellátás színvonala, az ország gazdasági fejlettségi szintje és a társadalmi berendezkedés. A gyermekkoron belül az egyes korcsoportokban a mortalitás mértéke jelentősen különbözik, s a leggyakoribb mortalitási összetevők megoszlásában is lényeges különbségek vannak.

Perinatális halálozáson a 24. gesztációs hétnél idősebb, méhen belül elhalt magzatok továbbá az élve született és a 0.-6. életnapon elhalt újszülöttek arányát értjük, 1000 újszülöttre számítva. A perinatális mortalitás tehát két összetevőből áll: a késői magzati halálozásból és a korai újszülöttkori (neonatólis) halálozásból.

A 7.–27. napon bekövetkezett halálozást a *késői újszülöttkori (neonatalis) halálozás* arányszámával jellemezhetjük, a *késői (posztneonatólis) csecsemő-halálozást* pedig a 28. naptól az egy éves korukig elhaltak aránya mutatja. A korai és késői újszülöttkori halálozás összege adja a neonatólis halálozást, míg a neonatólis és a posztneonatólis halálozás együttesen a csecsemőhalálozást. A mortalitás hazai gyakorisági adatait a 3.2 táblázat mutatja be.

3.2. táblázat A perinatális és a csecsemőhalálozás hazánkban a legfrissebb elérhető adatok alapján

- Perinatális halálozás: 6,2‰^{**}
- Késő magzati halálozás (24. gesztációs hét után): 4,7‰^{**}
- 0–6 napos halálozás: 1,4‰^{**}
- Csecsemőhalálozás: 3,4‰^{*}
- Korai csecsemőhalálozás (neonatális): 2,3‰^{**}
- Késői csecsemőhalálozás (posztneonatális): 1,4‰^{**}
- 1–4 évesek halálozása: 0,2‰^{**}

*2018-as adatok **2017-es adatok

A perinatális és a késői újszülöttkori mortalitás elemzése nagy gyakorlati jelentőséggel bír. A perinatális mortalitás első tényezője a késői magzati mortalitás arányának alakulása. A csökkentés szempontjából fontos a várandós tanácsadás keretében az anya életmódjának befolyásolása, a magzat fejlődését zavaró tényezők kiszűrése, a fejlődési rendellenességek korai felismerése. A kóros folyamatok jelentős része nem vezet a magzat halálához, de befolyással van az újszülött megszületés utáni állapotára. A korai újszülöttkori halálozás okainak vizsgálata emiatt is fontos információkat nyújthat, összességében pedig az újszülött-ellátás színvonalának jelzője lehet. Az újszülöttek ellátásának javulásával azonban a korai újszülöttkori problémák is áthúzódhatnak az újszülöttkor későbbi időszakára, s ezért a késői újszülöttkori halálozás elemzése is lényeges. A 3.3. táblázat a perinatális és a késői újszülöttkori halálozás főbb okait mutatja be.

3.3. táblázat A perinatális és a késői újszülöttkori halálozás főbb okai

- Koraszülöttség és következményei
- Veleszületett fejlődési rendellenességek

- Légzészavarok
- Szülési sérülések
- Infekciók

Az okok között első helyen a koraszülöttség és következményei szerepelnek. Ezt gyakorisági sorrendben a veleszületett fejlődési rendellenességek követik. Ezután a légzészavarok következnek, melyek kialakulásával a koraszülöttek esetében gyakrabban számolhatunk. A sort a szülési sérülések és az infekciók zárják.

A felsorolás alapján megállapítható, hogy a *koraszülések* gyakorisága lényeges hatással van a perinatális és a késői újszülöttkori halálozás alakulására. A kissúlyú élve születettek (<2500g) aránya 8,3%, a 37. hétnél korábban születettek aránya pedig 8,1% volt 2017-ben. A normális súllyal születettek csecsemőhalálozási arányát a kissúlyúak csecsemőhalálózása lényegesen meghaladja.

A koraszülések gyakoriságában részben egészségügyi, részben szociális, kulturális és társadalmi problémák játszanak szerepet. Az anya betegségei, életmódja, munkakörülményei, társadalmi és családi helyzete, iskolázottsága, egészségi ismeretei egyaránt befolyásoló tényezők. Az előzetesen lezajlott terhesség-megszakításokat is gyakrabban követi koraszülés. A művi terhesség-megszakítások száma ugyan az utóbbi időszakban valamelyest csökkent, azonban nagyon kedvezőtlen, hogy még 2018-ban is közel 30 művi megszakítás jutott minden 100 élve születésre. A kiskorúak terhessége is gyakran végződik koraszüléssel.

A késői csecsemőhalálozás okait foglalja össze a 3.4. táblázat.

3.4. táblázat A késői csecsemőhalálozás okai

- A perinatális szakban keletkezett állapotok
- Veleszületett rendellenességek

- Infekciók
- Idegrendszeri ártalmak
- Külső okok, erőszakos halálesetek
- A légző rendszer betegségei
- Bölcsőhalál (Sudden infant deaths – SIDS)

Látható az összeállításból, hogy a csecsemőhalálozást nagymértékben a perinatális életkorral összefüggő patológiás állapotok és a fejlődési rendellenességek okozta halálesetek határozzák meg. Fontos tényezők még az infekciók, az idegrendszeri ártalmak és a légző rendszer betegségei is. Már ebben az életkorban is jelen vannak a külső okokra, az erőszakra visszavezethető halálesetek is (csecsemőgyilkosságok, bántalmazás következményei). Megemlítendő még a bölcsőhalál (sudden infant deaths – SIDS) előfordulása is.

A következőkben először a *gyermekhalandóság* alakulását demonstráljuk a 3.5. táblázaton, majd pedig az 1–4 évesek, az 5–9 évesek és a 10-14 évesek csoportjában mutatjuk be a halálozáshoz vezető okokat a 3.6., a 3.7. és a 3.8. táblázaton.

3.5. táblázat A gyermekhalandóság alakulása 2017-ben

	Lányok	Fiúk
• 1 évesek	0,3‰	0,3‰
• 2 évesek	0,0‰	0,3‰
• 3–4 évesek	0,3‰	0,1‰
• 5–9 évesek	0,1‰	0,1‰
• 10–14 évesek	0,1‰	0,2‰
• 15–19 évesek	0,2‰	0,4‰

A mortalitási listát a külső okok vezetik az 1–4 és a 10–14 évesek csoportjában, az 5–9 évesek csoportjában pedig a második helyen szerepelnek. A balesetek, bántalmazások, erőszakos cselekmények megelőzése emiatt kiemelt gyermekvédelmi feladat.

A veleszületett rendellenességek az 1–4 évesek csoportjában még a második helyen szerepelnek, a későbbiekben azonban a harmadik és a negyedik helyre kerülnek. Ezzel szemben a daganatos megbetegedések okozta halálestek az 5–9 évesek csoportjában az első helyen vannak, s a 10–14 évesek csoportjában pedig a másodikon. Fontos megemlíteni, hogy a daganatos gyermekbetegedések túlélési aránya ma már, a jól szervezett gyermekonkológiai ellátásnak köszönhetően, 70% körüli. Az idegrendszeri és a légző rendszer megbetegedései okozta halálozás minden korcsoportban megelőzi a fertőző betegségek okozta halálozást.

3.6. táblázat Az 1–4 évesek halálozásához vezető okok

- Külső okok (balesetek, testi sértések)
- Veleszületett rendellenességek
- Daganatos megbetegedések
- Idegrendszeri betegségek
- A légző rendszer betegségei
- Fertőző betegségek
- A keringési rendszer betegségei
- Egyéb halálokok

3.7. táblázat Az 5–9 évesek halálozásához vezető okok

- Daganatos megbetegedések
- Külső okok, balesetek
- Veleszületett rendellenességek
- Idegrendszeri betegségek

- A légző rendszer betegségei
- Mentális és viselkedés zavarok
- A keringési rendszer betegségei
- Fertőző betegségek
- Egyéb halálokok

3.8. táblázat A 10–14 évesek halálozásához vezető okok

- Külső okok (balesetek, testi sértések)
- Daganatos megbetegedések
- Idegrendszeri betegségek
- Veleszületett rendellenességek
- A légző rendszer betegségei
- Mentális és viselkedés zavarok
- A keringési rendszer betegségei
- Fertőző betegségek
- Egyéb halálokok

Külön kell szólni a 15–19 évesek halálozásához vezető okokról. Ebben a korcsoportban a halálesetek mintegy 50%-a külső okok miatt következik be, ezen belül az öngyilkosságok a halálesetek közel 20%-át okozzák, a daganatok szintén a halálesetek 20%-áért tehetők felelőssé. A serdülőkori öngyilkosságok kérdésére a későbbiekben visszatérünk.

Morbiditás a csecsemő-, gyermek és serdülőkorban

Az elmúlt évtizedek során a csecsemő-, gyermek- és serdülőkori morbiditás struktúrája lényeges mértékben megváltozott. A 3.9. táblázat a 0–18 évesek morbiditásának főbb jellemzőit összegzi.

3.9. táblázat A 0–18 évesek morbiditásának változása

- A morbiditás struktúrája átalakult:
 - A higiénés viszonyok javulása
 - Az életszínvonal emelkedése
 - A védőoltások kiterjesztése
- A morbidításban előtérbe kerültek:
 - Az egészségtelen életmód következményei
 - A környezeti károsító tényezők hatásai
 - A fogyatékkal élő és sérült gyermekek problémái

A morbiditási struktúra változása a higiénés viszonyok javulása, az életszínvonal emelkedése és nem kis mértékben a védőoltások kiterjesztése hatására következett be. Ugyanakkor a morbidításban előtérbe kerültek az egészségtelen életmód következményei, a környezeti károsító tényezők hatásai és mindemellett a fogyatékkal élő és sérült gyermekek egészségi problémái.

A fenti változások következtében a csecsemők és gyermekek morbiditási struktúrája a 3.10. táblázaton feltüntetett jellemzőket mutatja.

3.10. táblázat A csecsemő és gyermekkori morbiditás jellemzői

- Sürgősségi ellátást igénylő akut kórképek:
 - Akut légúti betegségek
 - Allergiás betegségek
 - Akut enterális betegségek
- Fogyatékkal élő és sérült gyermekek ellátása
- Krónikus betegségekben szenvedők ellátása
- Az ún. civilizációs betegségek ellátása

Az ellátási szükséglet jelentős hányadát a sürgősségi ellátást igénylő kórképek teszik ki. Ezek között első helyen említhetők az akut légúti betegségek, továbbá

a fokozódó gyakorisággal észlelt allergiás kórképek, az akut enterális betegségek csak a harmadik helyet foglalják el.

A fogyatékkal élő és a sérült gyermekek arányának növekedése új típusú ellátási szükségletek növekvő megjelenését vonja maga után (korai fejlesztés, komplex utógondozás), s ezeket a szükségleteket az ellátó rendszer nem mindenütt képes kielégíteni.

Hasonlóképpen növekedett a krónikus gyermekbetegek gondozását végző szakgondozók iránti szükséglet és az ún. civilizációs betegségek ellátási és gondozási szüksége is (a kérdéskörrel részletesen később foglalkozunk.)

A serdülők morbiditásának sajátosságait a 3.11. táblázat foglalja össze.

3.11. táblázat A serdülők morbiditásának jellemzői

- Sürgősségi ellátást igénylő akut kórképek
- Krónikus betegségekben szenvedők ellátása
- Az ún. civilizációs betegségek ellátása
- A serdülők egészségügyi szükségleteinek kielégítése:

Balesetek és következményeik

Dohányzás, alkohol és drogfogyasztás

Korai szexuális élet, serdülők terhessége

Depresszió, öngyilkossági kísérletek

Viselkedészavarok és következményeik

A sürgősségi ellátást igénylő akut kórképek, továbbá a krónikus betegségekben és az ún. civilizációs kórképekben szenvedők ellátása ebben a korcsoportban is számottevő ellátási igényt jelent. Emellett azonban a serdülők sajátos egészségügyi ellátási szükségleteit is figyelembe kell venni. Ezek a szükségletek főként a következő területeken jelentkeznek: balesetek és következményeik, dohányzás és következményeik, alkohol és drogfogyasztás, korai szexuális élet, a serdülők terhessége, depresszió, öngyilkossági kísérletek, viselkedési zavarok és következményeik. E témaköröket is később tárgyaljuk részletesen.

Megállapítható, hogy a gyermekkor egyes életperiódusaira vonatkozó mortalitási és morbiditási adatok ismerete és elemzése az egészségügyi ellátás iránti szükségletek feltárásához és az ellátás minőségének vizsgálatához jelentős segítséget nyújthat.

A morbiditási adatok változásának vizsgálata segítséget nyújthat a gyermek-egészségügy jövőbeli kihívásainak becsléséhez is. A 3.12 táblázat azokat a problémákat sorolja fel, melyekkel a 21. században az ellátó rendszereknek szembe kell nézniük.

3.12. táblázat A 21. század várhatóan nagy jelentőségű gyermek-egészségügyi problémái

- A gyermek- és serdülőkori elhízás
- Az érzelmi, a magatartási és a mentális egészség problémái
- A serdülők terhessége és a szexuális érintkezéssel terjedő infekciók
- A balesetek és sérülések
- Gyermek elhanyagolása, gyermekbántalmazás
- A rendelkezésre álló védőoltások nem kielégítő igénybevétele
- A fogyatékkal élők és a krónikus betegségekben szenvedők számának növekedése
- A dohányzás, az alkohol- és a drogfogyasztás további terjedése
- Öngyilkosság és önsértés
- Egyenlőtlenségek a szociális helyzetben és az egészségügy elérésében, gyermekszegénység

Ezekkel a kérdésekkel a későbbi fejezetek foglalkoznak.

4. AZ EGÉSZSÉGES CSECSEMŐ, GYERMEK ÉS SERDÜLŐ FEJLŐDÉSE. A MEGÍTÉLÉS LEHETŐSÉGEI

A gyermekkor életszakaszai

A széles értelemben vett gyermekkor a megszületéstől a felnőttkor kezdetéig tart. Ez a nagyjából két évtizedes periódus több életszakaszra bontható. Ismeretük azért fontos, mert az egyes életszakaszok eltérő fejlettségi állapotot jelentenek. Az 4.1. táblázatban a gyermekkor életszakaszait tüntettük fel.

4.1. táblázat A gyermekkor életszakaszai

- Újszülöttkor:
 - az első élethét (szűkebb értelemben)
 - az első hónap (tágabb értelemben)
- Csecsemőkor: 4. héttől 1 éves korig
- Kisdedkor: 1–3 éves kor
- Óvodáskor: 3–6 éves kor
- Iskoláskor: 6–14 éves kor
- A pubertás kora: 12–16 éves kor
- Adoleszcens kor: 16–20 év

Az *újszülöttkor* esetében szűkebb és tágabb értelemben vett újszülöttkorról beszélhetünk. A szűkebb értelemben vett újszülöttkor az első élethetet jelenti, a tágabb értelemben vett újszülöttkor pedig az első élethónap végéig, pontosabban a negyedik élethét végéig tart. A szűkebb és a tágabb értelemben vett újszülöttkor megkülönböztetése azért indokolt, mert az első élethéten az egyes szervrendszerek működésére még az extrauterin élethez történő adaptáció a jellemző. Az ezt követő hetekben pedig már egyéb tényezők lehetnek befolyással az újszülött egészségi állapotára. A *csecsemőkor* az első életév végéig tart. A csecsemőkor elkülönítését a további életszakaszoktól az teszi

indokolttá, hogy az első életév végére a statikai, mentális, az érzékszervi, a pszichés és a beszédfejlődésben olyan előrehaladás következik be, melynek eredményeképpen a csecsemő a fejlődése magasabb lépcsőfokához jut el. A *kisdedkor* életszakaszában a kisgyermek fokozatosan eljut oda, hogy éretté válik az óvodai közösségbe történő belépésre. Az *óvodáskor* három óvodában töltött éve pedig felkészíti és egyben képessé teszi arra, hogy iskolai tanulmányait elkezdje. Az *iskoláskor* életszakaszának az elkülönítése az oktatási rendszerhez való igazodást jelzi, ez az életszakasz az általános iskolai éveket foglalja magában. A *pubertás* életszakaszával egy bizonyos átfedés figyelhető meg, hiszen a serdülés már az általános iskola befejezése előtt kezdetét veszi. A serdülés lezajlását, majd a növekedés befejezését követően van még egy életszakasz, ami a felnőttkor kezdetéig tart. Ezt leginkább *adoleszcens kornak* nevezik, de a növekedés befejezésétől a felnőttkor kezdetéig tartó szakaszt napjainkban az átmenet, tranzíció szakaszaként is említik. A pubertás életszakasza maga sem egységes. A WHO beosztását a 4.2. táblázat mutatja be.

4.2. táblázat A pubertás korának WHO beosztása

- Korai serdülőkor: fiúk: 10,5–14 év
 lányok: 10–13 év
- Középső serdülőkor: fiúk: 12,5–15 év
 lányok: 12–14 év
- Késői serdülőkor: fiúk: 14–16 év
 lányok: 14–17 év
- Ifjúkor: 16–17 éves kortól 21 éves korig
- Menarche: 10,4–15,1 év, átlag 12,6 év

Látható, hogy a korai, a középső és a késői serdülőkor elkülönítése nem éles, átfedések mindkét nemet illetően vannak.

A gesztációs kor, a születési hossz és a születési súly összefüggései

Az újszülöttek *gestációs kor* szerinti beosztását a 4.3. táblázat mutatja be.

4.3. táblázat Gesztációs kor, születési súly, születési hossz

- Újszülöttek gesztációs koruk szerint lehetnek:
37–42 hét: érett, időre vagy terminusra született
<37 hét: idő előtt vagy terminus előtt született
42 hét: terminus után született újszülöttek
- Az egészséges érett újszülött jellemző paraméterei
születési súly: 3000–3200g
születési hossz: 48–52cm
fejkörfogat: 34–35cm
mellkörfogat: 32–33cm

Az újszülöttek a *gestációs koruk* szerint lehetnek érett, időre vagy terminusra született újszülöttek (37–42 gesztációs hét), idő előtt vagy terminus előtt született újszülöttek (<37 gesztációs hét), vagy terminus után született, túlhordott újszülöttek (>42 gesztációs hét). A 4.3. táblázat az érett újszülöttek átlagos testméreteit is feltünteti. Az érett újszülött születési súlya 3000–3200g, születési hossza 48–52cm, fejkörfogata 34–35cm, mellkörfogata 32–33cm.

Az újszülöttek *születési súlyuk* alapján történő csoportosítása a 4.4. táblázatban látható. Az újszülöttek a születési súlyuk alapján normális súlyú, kis súlyú, igen kis súlyú, extrém kis súlyú és nagy súlyú újszülöttek lehetnek. Az újszülött, akinek a születési súlya és/vagy hossza a gesztációs korához viszonyítva a 10-es percentilis értéket nem éri el, gesztációs korához viszonyítva kicsi újszülött (SGA). Az újszülött, akinek a születési súlya és/vagy hossza a 90-es percentilis fölé esik, a gesztációs korához viszonyítva nagy újszülött (LGA). A gesztációs korának megfelelő (AGA) újszülöttnak azt tartjuk, akinek a születési súlya és/vagy hossza a gesztációs korhoz viszonyított 10-es és 90-es percentilis közé

esik. E beosztás jelentősége abban áll, hogy az SGA és az LGA újszülöttek esetében más-más patológiai tényezők előfordulására illetve hatására számíthatunk.

4.4. táblázat Gesztációs kor, születési súly, születési hossz

- Az újszülöttek születési súly szerint lehetnek
 - <2500g kis súlyú újszülöttek (LBW)
 - <1500g igen kis súlyú újszülöttek (VLBW)
 - <1000g extrém kis súlyú újszülöttek (ELBW)
 - >4000g nagy súlyú újszülöttek (LGA)
- Újszülöttek: gesztációs kor, születési súly/hossz
 - <10p SGA (small for gestational age)
 - 10–90p AGA (appropriate for gestational age)
 - >90p LGA (large for gestational age)
- A kis születési súlyú újszülött lehet valódi koraszülött: <37 hét gesztációs kor
SGA: súly/hossz < 10p gesztációs kor szerint

Lényeges továbbá, hogy a kis születési súllyal született újszülöttek, amint azt az 4.4. táblázat mutatja, a gesztációs koruk alapján lehetnek valódi koraszülöttek (<37 hét), vagy SGA újszülöttek.

A koraszülésre, amint azt már láttuk, számos anyai, magzati és külső tényező vezethet. Az SGA újszülöttek születése is számos ok következménye lehet. Az okokat az 4.5. táblázat mutatja be.

4.5. táblázat Az SGA okai

- Magzati okok:
 - Kromoszóma eltérések
 - Genetikai betegségek
 - Fejlődési rendellenességek

- Placentáris okok:
 - Strukturális eltérések
 - Keringési zavarok
- Anyai okok:
 - Betegségek
 - Életmód (táplálkozás, élvezeti szerek)
- Demográfiai:
 - Etnikum, életkor
 - Súly, testhossz
 - Paritás

A magzati okok közé a kromoszóma eltérések, genetikai betegségek, fejlődési rendellenességek, valamint a placenta strukturális rendellenességei és keringési zavarai tartoznak. Az anyai okok csoportját az anya betegségei, egészségtelen életmódja (dohányzása, alkohol vagy drogfogyasztása, nem kielégítő táplálkozása) képezik. Demográfiai tényezők (etnikum, anyai kor, súly, testmagasság, paritás) is szerepet játszhatnak.

A fejlődés fő területei

A fejlődés fő területei a szomatikus fejlődés, aminek aspektusai a növekedés és a súlyfejlődés, továbbá a mozgásfejlődés, ami a nagy mozgások és a finom mozgások fejlődését jelenti, ezeken túl az érzékszervi funkciók fejlődése, a beszédfejlődés, végül az érzelmi, értelmi, szociális és magatartás-fejlődés.

A súlygyarapodás, a hossznövekedés, a megítélésük módszerei

A csecsemő- és a gyermekkor során bekövetkező súlygyarapodás és hossznövekedés sarokszámainak ismerete fontos segítséget nyújt a fejlődés e két aspektusának megítélésében. A 4.6. táblázat foglalja össze a csecsemőkorra vonatkozó legfontosabb adatokat.

4.6. táblázat Súlygyarapodás és hossznövekedés

- Súlygyarapodás az első életévben
Iniciális súlyesés: < testsúly 10%-a
Első félév: 600g/hónap (az 1. hónapban kevesebb)
Második félév: 500g/hónap
Testsúly: 6 hónap: 2 x születési súly, 1 év: 3 x születési súly
- Hossznövekedés az első életévben
Átlagos születési hossz: 50cm
Növekedés az első évben: 2cm/hónap
Testhossz: 6 hónap: 65cm, 1 év: 75cm

Közvetlenül a megszületés után bizonyos mértékű súlyesés következik be, melyet dinamikus és egyenletes súlygyarapodás követ: a 2–6. élethónapokban 600g/hónap. Így fél éves korára a csecsemő megkétszerezi a születési súlyát. A második félévben a súlygyarapodás átlagosan 500g/hónap. Egy éves korára a csecsemő megháromszorozza a születési súlyát. Az első életévben a hossznövekedésre a 2cm/hónap átlagos növekedési ütem a jellemző; s az átlagos 50cm születési hossz esetén így az első félév végére a csecsemő testhossza 65cm körüli lesz, az egyéves korra pedig 75cm körülire növekszik.

A következőkben a növekedés és a testsúlygyarapodás megítélésére alkalmas *módszereket* foglaljuk össze.

Először a *növekedés megítélésének módszereit* mutatja be a 4.7. táblázat.

A nemnek és az életkornak megfelelő *hosszpercentilisek* alkalmazása egyszerű módszert jelent. Növekedési retardáció akkor állapítható meg, ha az adott gyermek testmagassága nem éri el a 3-as percentilis értékét. Ha viszont a gyermek testmagassága a 97-es hosszpercentilis értékét meghaladja, gigantizmus áll fenn.

4.7. táblázat A növekedés megítélésének módszerei

- Az életkornak megfelelő hosszpercentilisek
 - <3 percentil: növekedési retardáció
 - 3-97 percentil: normális növekedés
 - >97 percentil: gigantizmus
- Az átlagtól SD-ben kifejezett eltérés módszere
- Növekedési ráta: az évi növekedés mértéke
- A percentilisek használata előnyös
- A serdülés időszakában growth spurt (növekedés megugrása) észlelhető
- A csontkor vizsgálatának lehetősége és jelentősége

Használható a nemre és életkorra jellemző *átlagos testmagasságtól SD (standard deviáció, szórás) értékben kifejezett eltérés* módszere is. Ha a gyermek testmagassága nagyobb mint 2 SD értékkel marad el, növekedési retardáció állapítható meg, ha pedig a gyermek testmagassága több mint 2 SD értékkel meghaladja az átlagértéket, gigantizmus áll fenn. Fontos paraméter a növekedési ráta is. Az évi növekedés értékeire vonatkozó percentilis feldolgozás lehetővé teszi annak megállapítását, hogy a növekedési ütem kielégítő-e (a 3 és a 97 percentilis értékek között igen). A csontkor-vizsgálat a kéz csontmagvai megjelenésének elemzése alapján kimutatja, hogy a csontérés elmarad-e a kronológiai kortól.

A testsúly megítélésére alkalmas módszereket a 4.8. táblázat mutatja be.

A testsúly megítélésére – a növekedés megítéléséhez hasonlóan – használható a testsúly összehasonlítása a nemnek és az életkornak megfelelő *percentilis értékekkel*, továbbá a testsúlynak a nemnek és az életkornak megfelelő átlagértéktől való *eltérése SD értékekben kifejezve* (az ún. Z-score) is.

A testsúly kórosnak tekinthető, ha értéke a nemnek és az életkornak megfelelő 97-es percentilis értékét meghaladja, vagy ha a nemnek és életkornak megfelelő átlagértéktől 2 több mint 2 SD értékkel nagyobb.

4.8. táblázat A testsúly megítélésének módszerei

- Az életkornak megfelelő testsúly-percentilisek
<3 percentil: nem kielégítő testsúly
3-97 percentil: normális testsúly
>97 percentil: kórosan nagy testsúly
- Az életkornak megfelelő BMI-percentilisek
<3 percentil: nem kielégítő testsúly-fejlődés
3-97 percentil: normális testsúly-fejlődés
>97 percentil: kóros ütemű testsúly-fejlődés
- A testsúly SD-ben kifejezett eltérése az átlagos eltéréstől

A testsúly nem kielégítő, ha az értéke a nemnek és az életkornak megfelelő 3-as percentilis értéktől elmarad, vagy ha a nemnek és életkornak megfelelő átlagértéktől több mint 2 SD értékkel kisebb.

A túlsúlyosság és az elhízás megítélésére a testmagasság és a testsúly alakulását egyaránt figyelembe kell venni. Ez a testtömeg-index alkalmazásával lehetséges. Felnőttkorban a túlsúlyosság és az elhízás megítélésére a testtömeg-index (BMI) kiszámítását ($BMI = \text{testsúly [kg]} / \text{testmagasság}^2 [\text{m}^2]$) széleskörűen alkalmazzák. Azt vizsgálják, hogy az egyén BMI értéke mely BMI kategóriába (soványság, normális tápláltság, túlsúlyosság, az elhízás fokozatai) sorolható.

Gyermekekben viszont azt vizsgáljuk, hogy az adott gyermek BMI értéke mely a nemnek és életkornak megfelelő *BMI percentilis tartományba* esik. Alkalmazható a BMI Z-score is. Ezeknek a módszereknek az alkalmazására az elhízással foglalkozó fejezetben térünk ki.

A nagymozgások fejlődése

A hossznövekedés és a testsúlygyarapodás vizsgálata mellett a csecsemő és a gyermek fejlődésének következő fontos területe a mozgásfejlődés vagyis a statikai funkciók alakulása. A nagymozgások és a finom mozgások fejlődése

különíthető el. A nagymozgások fejlődésének állomását az első életév során mutatja be a 4.9. táblázat, három hónaponkénti beosztásban.

4.9. táblázat A statikai funkciók fejlődésének állomásai az első életévben

- 3 hónapos kor: a csecsemő a fejét emeli
- 6 hónapos kor: fél oldalra, hasra fordul, felül
- 9 hónapos kor: ülve marad, gurul, kúszni kezd
- 12 hónapos kor: felkapaszkodik, áll, járni kezd

A mozgásfejlődés mérföldköveinek ismerete segíti a fejlődés megítélését, az egyedi esetekben azonban kisebb eltérések előfordulhatnak, s ezek nem feltétlenül jeleznek kóros fejlődést. Fontos ilyenkor a fejlődés dinamikájának követése. Előfordul, hogy nagyobb betegségek következtében a növekedési ütem átmenetileg csökken, amit azután behozó növekedés követ.

A finom mozgások és a látás fejlődése

A fejlődés további fő területe a finom mozgások fejlődése, ami a látás fejlődésével szoros kapcsolatban van. A finom mozgások és a látás fejlődésének fontosabb mérföldköveit mutatja be a 4.10. táblázat. A fixálás, a követés, a vizuális figyelem jelei a 6. élethétig már észrevehetőek, 3-4 hónapos korig a csecsemő kezeinek figyelését már észlelni lehet. A 6 hónapos életkorig bekövetkezik a markoló reflex eltűnése, s a csecsemők ekkorra a tárgyakat aktívan, két kézzel fogják meg. A hüvelyk és a mutató ujj használata 10 hónapos korig már megfigyelhető. A tárgyakkal való manipulálás fokozatosan alakul ki ezután, 14 hónapos kort követően a baba már „épít, rajzol és öltözik”. E készségek fejlődésében is lehetnek egyéni különbségek, a fenti mérföldkövek figyelésével az elmaradás gyanúja felvethető.

4.10. táblázat A finom mozgások és a látás fejlődése

- Fixálás, követés, vizuális figyelem: 6 hét
- A kezek figyelése: 3–4 hó
- Markoló reflex eltűnése, 6 hónap
tárgyak aktív megfogása
- Hüvelyk és mutató ujj használata 10 hónap
- Tárgyakkal való manipulálás, 14 hónapos kortól
építés, rajzolás, öltözés, stb.

A beszéd, nyelv és a hallás fejlődése

Összefügg a beszéd, nyelv és a hallás fejlődése is, a hallás képessége a beszédtanulás feltétele. Ezért korán meg kell győződni arról, hogy a csecsemő a hangingerekre reagál-e. (A hallásvizsgálat lehetőségeire a szűrővizsgálatok ismertetésekor térünk ki.) A beszédfejlődés alakulását azonban alapvetően a mentális képességek fejlődése határozza meg.

A fejlődés mérföldköveit e téren a 4.11. táblázat összegzi.

4.11. táblázat A beszéd, nyelv és hallás fejlődése

- Az anya hangjára reagál 6 hetes kor
- Magánhangzók képzése 4 hónap után
- Egyszerű szótagok 7–8 hónap
- Egyszerű szavak 12–13 hónap
- Utasítás megértése 18 hónap
- Pár szó kombinálása 20–24 hónap
- Egyszerű beszéd 2–3 év

A beszédfejlődés ütemében nagy egyéni különbségek lehetnek. A kislányok és a kisfiúk beszédfejlődése is eltér egymástól: a kislányok előbb kezdenek szavakat mondani, s általában hamarabb képesek az egyszerű beszéddel történő

kommunikációra is. A beszédfejlődés mérföldköveinek ismerete az egyéni és a nemek közötti különbségek ellenére nagyon fontos. Ha egy kislány egyéves, egy kisfiú másfél éves korára nem kezd el szavakat mondani, ha 2–2,5 éves korukban nem kapcsolják össze a szavakat, célszerűen kell a szülőknek a gyermek beszédfejlődésével foglalkozni, ha 3 évesen még mindig nem beszélnek, feltétlenül szakember segítségét kell kérni.

Az érzékszervi és pszichoszociális fejlődés

Az érzékszervi és a pszichoszociális fejlődés állomásait a harmadik év végéig a 4.12. táblázatban foglaltuk össze. Az első trimeszorra (negyedév) vonatkozóan a változásokat havonkénti bontásban mutatjuk, majd az első év második, harmadik és negyedik trimeszójának állomásai, végül a második és a harmadik életév történései kerültek feltüntetésre. Mindez jelzi az első hónapok és az első életév fontosságát. A bemutatott állomásoknál felsorolt tevékenységek a gyakorlat számára az érzékszervi és pszichoszociális fejlődés alapvető megítélését teszik lehetővé.

4.12. táblázat Az érzékszervi, pszichoszociális fejlődés állomásai

- Első hónap: 20 órát alszik, tagjait céltalanul mozgatja, hő-, íz-, fájdalomérzés, Moro reflex, inkordinált szemmozgás
- Második hónap: fényre, hangra figyel, mimika észlelhető, mosolyog
- Harmadik hónap: tárgyakat követ, fejét fényre, hangra fordítja, gügyög, kezét nézi
- Második trimeszor: a szülőket felismeri, örül, nevet, a tárgyakat megragadja
- Harmadik trimeszor: kifejezi vágyait, kezd veszélyeket felismerni, önállóan iszik
- Negyedik trimeszor: bizonyos szóértése van, felszólításra reagál, tapsol, pá-pát int, szavakat utánoz, ismeri környezetét, játékait

- Második év: szóértés bővül, beszélni kezd, a képes könyvek érdeklik, érzelmi reakciók bővülnek, dicséretet, rosszállást megért
- Harmadik év: szókincs nő, sokat kérdez, játszása változatos, nappal, többnyire éjjel is szobatiszta.

A szakemberek számára annak megítélésére, hogy a fejlődés mely területein milyen mértékű elmaradás áll fenn, komplex vizsgáló módszerek állnak rendelkezésre, melyek alapos elemzések lehetőségét biztosítják. Hangsúlyozni szükséges itt is, hogy a fejlődés ezen területein való előrehaladás a mentális, kognitív fejlődés ütemével szorosan összefügg. A *mentális teljesítmény* az intelligencia kvóciens (IQ) alkalmazásával ma már a gyermekkor egyes életszakaszaiban is megítélhető (ld. a későbbiekben). A *magatartás fejlődésének mérföldköveit* külön is bemutatja a 4.13. táblázat. Ezek a magatartásfejlődés állomásainak a jellemző megjelenését jelentik, hangsúlyozni szükséges azonban, hogy az időbeli eltérésekben és a fejlődési minták eltéréseiben egyéni különbségek lehetnek. Ha azonban a gyanújuk felmerül, szakemberek megítélése szükséges.

4.13. táblázat Mérföldkövek a magatartás fejlődésében

- Reaktív mosoly hiánya: 8 hét
- Szemkontaktus hiánya: 3 hónap
- Tárgyakért nem nyúl: 5 hónap
- Önállóan nem ül: 9 hónap
- Nem jár segítség nélkül: 18 hónap
- Nem mond szavakat: 18 hónap
- Nem mond mondatokat: 30 hónap

A *motoros, a mentális és a pszichoszociális fejlődés együttes megítélésének* szempontjait a 4.14 táblázat foglalja össze. Megemlítjük még a Griffiths Mental Development Scales-t, ami a 0–8 éves gyermekek fejlődési vizsgálatára

alkalmas eljárás. A 0–2 évesek és a 2–8 évesek vizsgálatára külön-külön modullal rendelkezik, s a fejlődés hat területét vizsgálja: nagy mozgások, finom mozgások, pszichoszociális fejlődés, tejesítés/képességek, hallás és beszéd, gondolkodó képesség.

4.14. táblázat A motoros, mentális és pszichoszociális fejlődés megítélése

- A gyermek aktivitását, viselkedését és a teljesítményét megfigyeljük és regisztráljuk, majd populációs skálákkal vetjük egybe
- A skálák kidolgozásának szempontjai: biológiai ritmus, érzékszervi magatartás, nyelvi fejlődés, szociális fejlődés, nagymozgás, finom mozgás
- Hazai példák: Bükki, Gallai, Paksy: A pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerése és ellátása, Csecsemőotthonok Módszertani Intézete: Lóczy-táblázat

4.15 táblázat A Griffiths Mental Development Scales

- Gyermekkori fejlődés megítélésére szolgáló módszer
- 0–8 éves gyermekek számára
- Két modulból áll: 0–2 évesek és >2–8 évesek számára
- Hat fejlődési területet vizsgál:

Nagy mozgások fejlődése	Teljesítmény
Finom mozgások fejlődése	Hallás és beszéd
Személyes/szociális fejlődés	Praktikus gondolkodás
- Az egyes fejlődési területek pontozása és fejlődési kvóciens számítása

Az érzékszervi fejlődés megítélésének lehetőségeit a szűrővizsgálatokkal foglalkozó fejezet, a nemi fejlődés stádiumainak megítélését pedig a serdüléssel foglalkozó fejezet ismerteti.

5. PRIMER PREVENCIÓ ÚJSZÜLÖTT-, CSECSEMŐ-, GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORBAN

A preventív tevékenység területei a gyermek- és ifjúság-egészségügyben

A gyermek- és ifjúság-egészségügy alapvető sajátossága, hogy tevékenységében a preventív szemlélet érvényesítésére törekszik. A preventív tevékenység területei a gyermek- és ifjúság-egészségügyben a betegségek megelőzését szolgáló primer prevenció, a veszélyeztető tényezők kimutatását és a betegségek korai stádiumban történő felismerését biztosító szekunder prevenció, a krónikus betegségek gondozását és a rehabilitációt végző terciar prevenció, továbbá mindezen tevékenységi köröket segítő egészségnevelés és tanácsadás (5.1. táblázat).

5.1. táblázat A prevenció területei a gyermek- és ifjúság-egészségügyben

- Primer prevenció
 Betegségek megelőzése
- Szekunder prevenció
 Szűrővizsgálatok végzése
- Terciar prevenció
 Idült betegségek gondozása
 Habilitáció, rehabilitáció
- Egészségnevelés és tanácsadás

A prekoncepcionális gondozás és a várandósgondozás

Az egészséges gyermek születésének segítését szolgálja a fogamzást megelőző (prekoncepcionális) gondozás, a genetikai tanácsadás, valamint a várandós anya gondozása, a magzat születés előtti gondozása.

A prekoncepcionális gondozás része a genetikai és a várandóssági alkalmassági vizsgálat végzése. A családot tervező pár betegségeinek számbavétele alapján, szükség esetén sor kerülhet a genetikai tanácsadáson való részvétel

kezdemenyezésére, a leendő anya betegségeinek kezelésére, s fontos feladat a várandósságra történő felkészülés körültekintő biztosítása. A védőnő szerepe egyaránt meghatározó a családtervezés segítésében és a várandósságra való felkészítésben. Az alapellátó orvos kompetenciája a leendő anya betegségeinek kezelése, s az örökletes betegségek értékelése.

A *várandósgondozás* a várandós anya egészségének és a magzat fejlődésének folyamatos ellenőrzését jelenti. Célja a várandós nő egészségének megőrzése, a magzat egészséges fejlődésének elősegítése, a veszélyeztetettség és a szövődmények megelőzése, időben történő felismerése, valamint a szülésre, szoptatásra és a csecsemőgondozásra való felkészítés. A várandósgondozás szakmai tartalmát, a tevékenység végzésében részvevő szakemberek feladatait jogszabályok határozzák meg. A várandósgondozás a védőnő, az alapellátó orvos és a szülész-nőgyógyász (szülésznő) szakmai együttműködésével valósul meg.

A várandósság ideje alatt számos vizsgálat elvégzésére kerül sor. A várandósság első harmadában általános laboratóriumi vizsgálatok és szűrővizsgálatok történnek, a második és harmadik harmadban pedig laboratóriumi vizsgálatok és a magzat fejlődésével és jóllétével kapcsolatos vizsgálatok (5.2. és 5.3. táblázat).

5.2. táblázat A várandósság első harmadában végzendő vizsgálatok

- Vérvizsgálat
- Vizeletvizsgálat
- HBsAg-szűrés
- Szifilisz-szűrés
- Vércsoportvizsgálat és vvt-ellenanyag-szűrés
- Ultrahang-szűrővizsgálat
- Genetikai tanácsadás (anyai életkor > 37 év)
- Fogorvosi vizsgálat

5.3. táblázat A várandósság második és harmadik harmadában végzendő vizsgálatok

- Ultrahang-szűrővizsgálat 18–20. hét
- Terheléses vércukor-vizsgálat 24–28. hét
- Vérkép és vvt-ellenanyag szint 24–28. hét
- Vizelet-vizsgálat 24–28. hét
- Ultrahang-szűrővizsgálat 30-32. hét
- Vérkép és vvt-ellenanyag szint 36–37. hét
- Vizelet-vizsgálat 38. hét
- Kardiotokográf-szűrővizsgálat 39–40. hét

A várandósgondozásban a *védőnő* feladatköre sokrétű. Beletartozik a várandós és családja követése, szülésre történő felkészítése, a vizsgálatok szervezése, a gondozásban résztvevő szakemberek tevékenységének összehangolása. Az 5.4. táblázat a várandós követésével kapcsolatos feladatokat tartalmazza.

5.4. táblázat A védőnő feladatai a várandósgondozásban

- Havonta tanácsadás a várandós otthonában, a gondozóban (életmód, táplálkozás, káros szenvedélyek, öltözködés)
- Szociális, családi és munkahelyi körülmények figyelemmel kísérése
- Egészségi és pszichés állapot figyelemmel kísérése
- Szülésre való felkészítés (férj, élettárs bevonásával)
- Szoptatásra való előkészítés
- Felkészítés az újszülött fogadására

A védőnő a gondozás során önállóan a következő vizsgálatok végzésére jogosult: a testsúly, a testmagasság és a has-körfogat mérése, a várandósság külső vizsgálata, vérnyomásmérés, pulzusszámlálás, a magzati szív működés vizsgálata, vizeletvizsgálat, vércukorvizsgálat.

Rizikómentes várandósság esetén – aminek fennállását a szülész-nőgyógyász állapítja meg – mód van arra, hogy a várandós ellenőrzésének feladatát erre felkészültséggel rendelkező szülésznő átvegye. (A felelős személy ilyenkor az őt megbízó szülész-nőgyógyász.) Ilyen esetekben a szülésznő önálló kompetencia-köre a várandós és a magzat vizsgálatában szabályozott, s szélesebb, mint a védőnőé. A védőnő, háziorvos és szülész-orvos (szülésznő) együttműködésének szempontjait az 5.5. táblázat mutatja be.

5.5. táblázat A védőnő, háziorvos és szülész-orvos (szülésznő) együttműködése

- Védőnő: az előírt, saját kompetencia-körébe tartozó vizsgálatok elvégzése, a gondozási tevékenység összehangolása
- Háziorvos: a várandós egészségi állapotának felmérése és folyamatos ellenőrzése
- Szülész-nőgyógyász (szülésznő): a várandósság megállapítása, a várandós és a magzat állapotának követése, az előírt vizsgálatok elvégzése
(Szülészorvos vagy szülésznő: a várandósság rizikója határozza meg)

A várandósgondozás feladatainak elvégzésére a védőnő munkahelyét jelentő tanácsadóban, illetve a szülész nőgyógyászati rendelésen kerül sor. A várandóstanácsadáson az alapellátó orvos is részt vesz. Feladata a várandós kórelőzményének felvétele, betegségeinek tisztázása, szűrővizsgálatok elrendelése, keresőképtelenség elbírálása, együttműködés a védőnővel és a szülész-nőgyógyásszal. A szülész nőgyógyász (szülésznő) feladata a várandósság egyértelmű megállapítása, a magzat állapotának folyamatos ellenőrzése, követése, s a szakmai irányelvben rögzített vizsgálatok elvégzése vagy elvégeztetése.

Primer prevenciós feladatok a gyermek-alapellátásban

A gyermek-alapellátás primer prevenciós feladatai a megszületést követően szerteágazók. A legfontosabb feladatokat az 5.6. táblázat összegzi.

5.6. táblázat A gyermek-alapellátás primer prevenciós feladatai

- Az újszülött és csecsemő ellátása
- Egészséges táplálás és táplálkozás
- Védőoltások
- K-vitamin–profilaxis
- Rachitis–profilaxis
- Caries–profilaxis
- Jód–profilaxis
- Allergia profilaxis
- Vashiányos állapot megelőzése
- Kisgyermekek gondozása és egészségvédelme
- Gyermekek egészségvédelme oktatási intézményben
- Környezeti higiéné
- Szomatomentális higiéné
- Külső halálokok csökkentése: baleset, égés, mérgezés, öngyilkosság
- Fertőző betegségek prevenciója és gyógyszeres profilaxisa

Az újszülött és a csecsemő szakszerű ellátása az egészségvédelmüket, egészséges fejlődésüket szolgálja. A védőnő feladata e téren meghatározó. A korszerű csecsemőtáplálás és az egészséges táplálkozás kérdéseivel külön foglalkozunk. A következőkben egyes primer prevenciós tevékenységeket kissé részletesebben is bemutatjuk.

Védőoltások

A védőoltások a primer prevenciós tevékenység nagyon fontos területét jelentik. Bevezetésük meghatározó szerepet játszott a gyermekkori fertőző betegségek morbiditásának, mortalitásának csökkentésében. Magyarországon a védőoltások rendszere korszerű, az oltási fegyelem jó.

Az alkalmazott védőoltásokat röviden az alábbiakban mutatjuk be.

BCG (Bacillus Calmette-Guerrin): 200 éves múltra tekint vissza, nem eredményez életre szóló védettséget, de ahol a morbiditási adatok veszélyeztetést jelentenek, indokolt a további alkalmazása. Egészséges újszülöttek az újszülött-osztályon kapják meg, koraszülöttek a 2500g elérésekor.

Diphtheria, pertussis, tetanus (DPT): Az ubiquiter *Corynebacterium diphtheriae* ma is járványok forrása lehet. Az oltóanyag pertussis komponense acellularis; a diphtheria és a tetanus komponens toxoid, az utóbbi oltási reakciót válthat ki.

Haemophilus influenzae b (Hib): A tokos gennykeltő baktérium elleni védelemben konjugált vakcina áll rendelkezésre.

Poliomyelitis anterior acuta (IPV): Az élő, gyengített poliovírusok helyett inaktivált parenterálisan adható vakcina alkalmazására kerül sor.

Morbilli, mumpsz, rubeola (MMR): A morbilli szövődményei, a mumps meningitis gyakorisága és a rubeola okozta magzati ártalom lehetősége miatt indokolt az alkalmazása.

Hepatitis B: Az anya szüléskor megfertőzheti újszülöttjét, a HBsAg hordozó anyák újszülöttjei oltandók. Emiatt a várandósok szűrése fontos. Indokolt a felső tagozatos tanulók oltása is.

Hepatitis A: Nem kötelező oltás, inaktivált HAV vakcina alkalmazása posztexpozíciós profilaxis céljára indokolt.

Influenza: Az átlagosnál nagyobb kockázatúak oltására különféle vakcinák (gyengített, inaktivált, split vagy alegység) állnak rendelkezésre.

Streptococcus pneumoniae: A pneumonia, meningitis, otitis megelőzésére poliszaharid és konjugált vakcinák alkalmazhatók.

Neisseria meningitidis: A járványos agyhártya-gyulladás kórokozója; a C-típus járványos, a B-típus sporadikus; konjugált, polysacharida vakcinák állnak rendelkezésre.

Rotavírus: Súlyos gastroenteritist okoz, orális vakcina használható.

Kullancsencephalitis vírus: Az encephalitis megelőzése FSME vírus-antigént tartalmazó oltással lehetséges, oltási sorozat alkalmazása szükséges.

Varicella zoster vírus: Attenuált vírusvakcina áll rendelkezésre

Humán papillomavírus: A méhnyakrák kialakulásában a HPV vírusfertőzés oki szerepe bizonyított, a megelőzés védőoltással lehetséges.

A *védőoltások rendszerét* évente kiadott módszertani levél határozza meg. A védőoltásokat a módszertani levél az alkalmazásuk jellege szerint csoportosítja (5.7. táblázat).

5.7. táblázat Védőoltások csoportosítása a hazai módszertani levél szerint

- Életkorhoz kötött kötelező védőoltások
- Megbetegedés veszélye esetén kötelezők
- Megbetegedés veszélye esetén adhatók
- Munkakörhöz kapcsolódóak
- Ajánlható védőoltások
- Külföldi utakkal kapcsolatosak

Az *életkorhoz kötött kötelező védőoltásokat* az egészségbiztosítás térítésmentesen bocsátja rendelkezésre. Az *ajánlott védőoltások* egy részét is részben vagy egészében finanszírozza a biztosító, vagy a szülőknek kell az oltóanyagok árát kifizetni.

A kötelező védőoltások rendszerét a 5.8. táblázat mutatja be.

5.8. táblázat Életkorhoz kötött kötelező védőoltások

- 0–4 hét: BCG
- 2 hónap: DTPa-IPV-Hib+PCV
- 3 hónap: DTPa-IPV-Hib
- 4 hónap: DTPa-IPV-Hib+PCV
- 12 hónap PCV
- 15 hónap: MMR
- 18 hónap: DTPa-IPV-Hib
- 3 év: DTPa-IPV
- 6 év: DTPa-IPV
- 11 év: MMR revakcináció
- 11 év DTPa emlékeztető oltás
- 12 év: Hepatitis B

Az ajánlott védőoltások listáját az 5.9. táblázat tartalmazza.

5.9. táblázat Ajánlott védőoltások gyermekeknek

- Kullancs encephalitis
- Influenza
- Varicella
- Rota-vírus
- Meningococcus
- HPV (lányok, 12 éves kor)

Az újszülöttek vérzésses betegségének K-vitamin profilaxisa

Az újszülöttek vérzésses megbetegedésének alapja a véralvadási faktorok aktivitásának csökkenése a K-vitamin hiánya következtében. A vérzésses betegség kivédése K-vitamin adásával lehetséges.

Azoknak a terheseknek, akik K-vitamin antagonistá kezeléssben részesülnek, K-vitamin készítményt (Konakion) szükséges adni a terminus előtt két héttel.

Az érett egészséges újszülött az első étkezéskor 2 mg Konakiont kap per os, majd egy hét múlva újra ugyanennyit. A koraszülöttek és a beteg újszülöttek születés után, de legkésőbb az első hat órán belül, injekcióban kapnak 1mg Konakiont.

Az anyatejjel tápláltak, akiknek bifidus flórájuk van, továbbá a felszívódási zavarban szenvedő betegek havonta 2 mg Konakion per os adásában részesülnek. Vegyes táplálás esetén, ha a tápszer és főzelék a napi táplálék mennyiség felét meghaladja, K-vitamin adása nem szükséges.

Rachitis profilaxis

A D-vitamin hiánya a növekvő szervezetben a rachitis kialakulásához vezet, mert a csont mátrixának zavartalan mineralizációjához optimális D-vitamin hatás biztosítása szükséges. Rachitisben a csontszövet a nem kellő mértékű mineralizáció miatt puha, a szilárdsága nem kielégítő. Emiatt a koponya, a mellkas, a gerinc, a medence és a végtagok csontjain deformitások alakulnak ki, a fogzás késik, növekedési elmaradás következik be.

D-vitamin hiány kialakulásához vezethet az anya elégtelen D-vitamin ellátása, csecsemőkorban az elégtelen bevitel, a csökkent felszívódás, a csökkent képződés és a D-vitamin anyagcseréjét befolyásoló betegségek.

A rachitis kialakulása rendszeres D-vitamin adásával megelőzhető. Magyarországon a csecsemők átlagos D-vitamin igénye naponta 400 NE D₃-vitamin, ami napi 1 csepp Vigantol adásával biztosítható. A profilaxist két hetes korban kezdjük, s folyamatosan egy éves korig alkalmazzuk. Gyermekkorban a késő őszi-téli és kora tavaszi időszakban is javasolt a D-vitamin profilaxis folytatása. A koraszülöttek D-vitamin szükséglete, a nem kielégítő D-vitamin raktárak és a nagy ütemű gyarapodásuk miatt nagyobb, mint az érett újszülötteké, napi 800 NE. A felszívódási zavar esetén is nagyobb adagok alkalmazására van szükség.

A már kialakult rachitis D-vitamin készítményekkel kezelhető.

Caries profilaxis

Hazánkban a fogszuvasodás népbetegség. A caries kialakulását számos tényező befolyásolja: az anya egészséges táplálkozása a várandósság alatt, a csecsemő táplálásának gyakorlata, a rendszeres fogmosás, és amennyiben szükséges, a fluor-pótlás. Bizonyítottnak tekinthető, hogy a fogak kialakulásának időszakában a nem kellő mértékű fluor-ellátottság a carieses folyamat kialakulását elősegítheti, fluorpótlással pedig a folyamat súlyossága csökkenthető vagy meg is előzhető.

A szükséges fluorbevitel nagyságát azonban az ivóvíz fluor tartalma határozza meg. A különböző településeken az ivóvíz fluortartalmát a népegészségügyi szervezet határozza meg és állást foglal a fluor-profilaxis szükségességéről. A fluor szükséglet a Dentocar tablettával alkalmazásával biztosítható. A profilaxist a bölcsődék és az óvodák szervezik meg, a szükséges fluor dózist az ivóvíz fluortartalma és az életkor alapján állapítják meg. Ügyelni szükséges arra, hogy a napi fluor-bevitel a 0,03 mg/kg dózist nem haladhatja meg.

Négy éves kor felett lokális védelem érhető el Elmex gél vagy oldat heti egyszeri alkalmazásával.

Jód-profilaxis

A jód fontos nyomelem, a pajzsmirigy hormonok: a thyroxin és a trijódthyronin szintéziséhez feltétlenül szükséges.

A jódhiány világszerte fontos, több mint másfél milliárd embert érintő közegészségügyi probléma. Kifejezett jódhiány az endémiás kretinizmus kialakulásához vezet, ami súlyos központi idegrendszeri károsodással és a pajzsmirigy csökkent működésével járó súlyos kórkép. Kialakulásának alapja az, hogy a magzati idegrendszer fejlődéséhez normális pajzsmirigyhormon ellátottságra van szükség, s súlyos jódhiány esetén az anyai pajzsmirigyhormon termelés elégtelensége miatt a magzat nem jut elegendő pajzsmirigyhormonhoz a placentán át.

A mérsékelt jódhány károsító hatása is kimutatható. Iskolás korban a jódhány strómához vezet. Ez adaptációs betegségnek tekinthető: a pajzsmirigy elégtelen jódbevitel esetén a jópanyagcsere felgyorsításával és a mirigy tömegének megnagyobbodásával próbálja biztosítani a pajzsmirigyhormon termelését.

A jódhány tünetei megelőzhetők. A normális jódbevitel jódozott konyhasó rendszeres alkalmazásával jódhányos területeken biztosítható. A különböző életkorokban a napi jódszükségletet demonstrálja az 5.10. táblázat. A várandósok magas jódszükséglete miatt a várandósság idején ajánlott polivitamin készítmény jódot is tartalmaz.

5.10. táblázat A jódszükséglet különböző életkorokban a WHO szerint

- 1 éves korig 50ug
- 2–6 éves korban 90ug
- 7–12 éves korban 120ug
- 12 éves kor fölött 150ug

Vashiányos állapot megelőzése

Az anyatej a 4–6. hónapig fedezi a csecsemő szükségletét. Fél éves kort követően szükség van emiatt az anyatejes táplálás gyümölcsökkel és főzelékek adásával történő kiegészítésére, vagy vassal dúsított tápszerek alkalmazására. Vashiányos állapot kialakulása esetén a gyermekkor minden szakaszában a vaspótlás biztosítása szükséges. Ennek megtervezésekor és az optimális vas szint biztosításakor a csecsemők és gyermekek élettani vasszükségletét kell figyelembe venni.

5.11. táblázat Csecsemők és gyermekek élettani vasszükséglete

- Csecsemő: 1,0 mg/kg/nap
Kis súlyú: 2,0 mg/kg/nap
Igen kis súlyú: 3,0 mg/kg/nap

- Kisgyermek: 10,0 mg/nap
- >10 éves: fiú 12,0 mg/nap
lány 15,0 mg/nap

Balesetek megelőzése

A fejlett országokban a balesetek a vezető halálokok közé tartoznak gyermekkorban. Az elsődleges megelőzésnek három fontos területét különítik el: a gyermek számára biztonságos otthon kialakítása, a gyermek környezetében lévő tárgyak biztonságossá tétele, a szülők nevelése, felvilágosítása a baleseti veszélyforrásokról.

Fertőző betegségek gyógyszeres megelőzése

Egyes fertőző betegségek kialakulása gyógyszerek adásával megelőzhető lehet. A fontosabb lehetőségeket összegzi az 5.12. táblázat

5.12. táblázat Fertőző betegségek gyógyszeres megelőzése

- TBC kontaktok: INH (isoniazid)
- Scarlatina: Penicillin
- Meningococcus meningitis: Tubocin vagy Cephalosporin
vagy Ciprobay
- Streptococcus B: anyának/újszülöttnak Ampicillin
- Febris rheumatica: Penicillin
- Vitiumos gyermek, beavatkozás előtt:
 - Fogászat, felső légút: Amoxicillin vagy Ampicillin
vagy Clindamycin
 - Urogenitális, gastrointestinális: Ampicillin és Gentamycin vagy
Vancomycin és Gentamycin

Összefoglalóan megállapítható, hogy a primer prevenció megvalósítása a gyermek- és ifjúság- egészségügy szerteágazó feladatkörét jelenti, melynek színvonalas ellátása lehetővé teszi a zavartalan fejlődést, a testi, szellemi és lelki egészség fenntartását és megelőzi a betegségek kialakulását.

DUPress

6. ÉLETKORHOZ KÖTÖTT VIZSGÁLATOK, SZŰRŐVIZSGÁLATOK ÚJSZÜLÖTT-, CSECSEMŐ-, GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORBAN

Szekunder prevenció – szűrővizsgálatok

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás keretében végzett preventív tevékenység fontos területe a szekunder prevenció. A szekunder prevenció a betegségek rizikó tényezőinek azonosítását, továbbá a betegségek korai felismerését jelenti olyan stádiumban, amikor még irreverzibilis változások nem alakultak ki. A szekunder prevenció célja a szomatikus, motoros, mentális pszichés és szociális fejlődésben bekövetkezett eltérések időben történő feltárása, a veszélyeztető állapotok és betegségek korai felismerése, a betegek adekvát kezelésben részesítése érdekében. A szekunder prevenció eszköze a szűrővizsgálatok és állapotfelmérések végzése.

A szűrés maga rejtett – nem diagnosztizált – betegség, elváltozás valószínűsített azonosítása gyorsan kivitelezhető tesztek, vizsgálatok segítségével. Elkülöníti azokat a látszólagos egészséges személyeket, aki valójában betegek, a valószínűleg nem beteg személyektől. A szűrőteszt nem diagnosztikus eljárás, pozitív vagy bizonytalan eredmény esetén további diagnosztikus vizsgálatot követel. A szűrővizsgálatok alkalmazásának követelményeit a betegség és a módszer jellemzői szerint fogalmazhatjuk meg. A szempontokat a 6. 1. táblázat összegzi.

A betegség jellemzői szempontjából a szűrővizsgálattal szemben támasztott követelmények a következők: a betegségek számottevő gyakorisága és súlyossága; a korai felfedezés módszerének rendelkezésre állása; a szűrést követő diagnosztikus vizsgálatnak a rendelkezésre állása; a hatásos kezelés lehetősége; bizonyíték arra, hogy a tünetmentes időszakban elkezdett kezelés eredménye jobb, mint a tünetekkel járó stádiumban kezdett kezelése. A szűrővizsgálati tesztekkel szemben pedig a következő követelmények állíthatók: a szűrővizsgálat legyen olcsó; végzése a vizsgált személy számára

legyen elfogadható; a teszt legyen megbízható: a specificitása, a szenzitivitása, továbbá a pozitív és a negatív prediktív értéke feleljen meg a szakmai előírásoknak.

6.1. táblázat A szűrővizsgálatok alkalmazásának követelményei

- A betegség súlyos legyen (az egyén és a közösség szempontjából)
- Korai stádiumban felismerhető legyen
- Megfelelő szűrő módszer álljon rendelkezésre
- A diagnosztikus vizsgálat biztosított legyen
- Álljon rendelkezésre hatékony kezelés
- A korai kezelés eredménye legyen hatásosabb a későbbiénél
- A szűrőteszt legyen olcsó, végzése elfogadható
- A teszt legyen megbízható: a specificitás, a szenzitivitás és a prediktív értékek legyenek megfelelőek

Az állapotfelmérő vizsgálatok a fizikális, a pszichés, a mentális és a szociális egészség megítélésére, a növekedés és a fejlődés különböző aspektusainak vizsgálatára alkalmasak. Együttesüket az angolszász irodalom surveillance megjelöléssel a szűrésektől elkülöníti. A hazai szakmai szóhasználat a szűrőtesztek alkalmazását és az állapotfelmérő vizsgálatok végzését együttesen szűrővizsgálatok végzéseként említi.

Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok

A gyermekkor különböző életszakaszainak eltérő sajátosságaiból adódóan az egyes periódusokban a szekunder prevenció tevékenység prioritásai is eltérőek; emiatt alakult ki az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok rendszere. A gyermek- és ifjúság-egészségügy keretében végzett szűrővizsgálatok területeit a 6.2. táblázat mutatja be. Ezek a következők: a fejlődési rendellenességek szűrése, a testi, a mentális, a pszichés és a szociális, valamint a nemi fejlődés vizsgálata, az érzékszervek működésének és a beszédfejlődésnek a vizsgálata, a

mozgásszervek vizsgálata, vérnyomásmérés, az életmódbeli rizikótényezők feltárása, a herék vizsgálata és a golyvaszűrés.

6.2. táblázat A gyermek- és ifjúság-egészségügy keretében végzett szűrővizsgálatok területei

- Fejlődési rendellenességek szűrése
- Veszélyes anyagcsere-betegségek szűrése
- A testi fejlettség vizsgálata
- A mentális és pszichomotoros fejlettség vizsgálata
- Érzékszervek működése és beszédfejlődés vizsgálata
- Vérnyomásmérés (3 éves kortól)
- Életmódbeli rizikótényezők feltárása
- A mozgásszervek vizsgálata
- A herék vizsgálata, golyvaszűrés

Az életkorhoz kötött egyes szűrővizsgálatok végzésének idejét jogszabály határozza meg. A következőkben a 6.3., a 6.4., a 6.5., a 6.6. és a 6.7. táblázatokon mutatjuk be az egyes életkorokban végzett szűrővizsgálatokat. A szűrővizsgálatok szervezésében és végzésében a védőnői szolgálat, a gyermek-alapellátási teamek és az iskola-egészségügyi szolgálat vesz részt. Ebbe a rendszerbe integrálódtak az óvodaérettség, az iskolaérettség és a pályaválasztási vizsgálatok.

A veszélyes anyagcsere-betegségek szűrésére az újszülött osztályokon történik meg a vérminta levétele. A szűrőpapírra levett vérmintákat két szűrő centrumban (Budapest, Szeged) dolgozzák fel, s a pozitív eredményről a szülőket (és a védőnőt) értesítik, a szűrést követő, diagnózist biztosító kivizsgálás anyagcsere- és endokrin szakrendeléseken történik. A tömegspektrográfia alkalmazása az anyagcsere-betegségek szűrésének körét örövendetesen kiszélesítette. A táblázatban felsorolt többi szűrővizsgálatot

természetesen elvégzik az újszülött osztályokon és az alapellátási team megismétli az újszülött otthonában.

6.3. táblázat Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok I. 0–4 napos kor:

- Teljes fizikális vizsgálat, fejlődési rendellenességek felismerése
- Testsúly, hossz, fej/mell-körfogat
- Ideggyógyászati vizsgálat
- Csípőficam-szűrés
- Érzékszervi működések vizsgálata (hallás, látás)
- Veleszületett anyagcsere-betegségek: galactosaemia, hypothyreosis, biotinidase hiány; phenylketonuria, amino-aciduriák, egyéb anyagcsere-betegségek szűrése

6.4. táblázat Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok II. 1, 3 és 6 hónapos korban:

- Teljes fizikális vizsgálat, fejlődési rendellenességek szűrése
- Testhossz, testsúly, fejkörfogat; tápláltság, növekedés megítélése
- Mozgásszervek vizsgálata, csípőficam szűrés, 4 hónapos korig
- Idegrendszer vizsgálata
- Rejtett heréjűség vizsgálata
- Pszichomotoros és mentális fejlődés vizsgálata
- Érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás)

A 6.4. táblázaton felsorolt vizsgálatok közül kiemeljük, hogy a csípőficam-szűrés gyanús eredménye és a rejtett heréjűség észlelése esetén ortopédiai illetve gyermeksebészeti vizsgálat szükséges. Ezekben az életkorokban az idegrendszer és az érzékszervek vizsgálata már megbízhatóbban végezhető el, mint az újszülöttkorban.

6.5. táblázat Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok III. 1 éves életkorban és 6 éves korig évente:

- Teljes fizikális vizsgálat
- Idegrendszer vizsgálata
- Rejtett heréjűség, herék vizsgálata
- Coeliakia szűrés pozitív családi anamnézis esetén
- Testsúly, testmagasság, mell- és fejkörfogat mérés
- Pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés, magatartászavarok
- Érzékszervi működés, beszédfejlődés vizsgálata
- Mozgásszervek vizsgálata (végtagok, gerinc)
- Vérnyomás-mérés 3 éves kortól évente

Az 1–6. éves kor periódusában sorra kerülő szűrővizsgálatok között új szűrővizsgálatként jelenik meg a lisztérzékenység szűrése pozitív családi előzmény esetén, valamint 3 éves kortól az évente végzendő vérnyomásmérés, továbbá ebben a periódusban már a magatartászavarokra is figyelni szükséges.

A 6–16 éves kori és a 16–18 éves kori szűrővizsgálatok elkülönítése azért szerepel a 6.6. táblázatban, mert 16 éves korban ún. záró vizsgálatot ír elő a jogszabály. Ebben az életkorban a családi előzmény elemzése öröklődő betegségekre és szív-érrendszeri betegségekre vonatkozóan már szűrővizsgálati szempontként szerepel, új vizsgálat a golyvaszűrés, és a tanulási nehézségek, a káros szenvedélyek feltárása is fontos feladat.

6.6. táblázat Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok IV. 6–16 éves kor, 16-18 éves kor, két évente:

- Teljes fizikális vizsgálat
- Családi előzmény öröklődő betegségek irányában
- Családi előzmény (tápláltsági állapot, szív-érrendszeri betegségek, lipid-eltérések, diabetes mellitus)

- Golyvaszűrés 11 éves kortól
- Testsúly, testmagasság, mellkőrfogat, testi fejlettség, tápláltság, nemi fejlődés stádiuma
- Hangulati-, magatartászavarok, tanulási nehézségek
- Káros szenvedélyek feltárása
- Érzékszervek működésének vizsgálata (látásélesség, színlátás, hallás)
- Mozgásszervek vizsgálata (lábstatika, gerinc)
- Vérnyomásmérés évente

Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok új elemét jelentette a 16 éves korban végzendő záróvizsgálat bevezetése. A célja az, hogy ebben az életkorban, összhangban az 16. életévig tartó iskolakötelezettséggel, az egészségügy átfogó képet kapjon a 16 éves lányok és fiúk egészségi állapotáról (6.7. táblázat).

Újabb elem még a védőnői fejlődésvizsgálat, mely a 0–7 éves gyermekek fejlődésének 13 alkalomból álló kérdőíves vizsgálatát jelenti. A felmérés a fejlődési eltérések időben történő felismerését és kezelésbe vételét biztosítja. Az ún. szülői rizikó kérdőív pedig a fejlődést befolyásoló családi hatásokat vizsgálja.

6.7. táblázat Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok V. 16 éves kor – záróvizsgálat

- Teljes fizikális vizsgálat
- Családi anamnesis – öröklődő betegségek
- Kardiovaszkuláris állapot, vérnyomásmérés
- Testsúly, testmagasság, mellkőrfogat, testi fejlettség, tápláltság, nemi fejlődés
- Motoros, mentális, pszichés, szociális fejlődés
- Magatartásproblémák feltárása
- Érzékszervek működése (látásélesség, színlátás, hallás), beszédfejlődés
- Mozgásszervek vizsgálata (lábstatika, gerinc)

Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok végzéséről rendelkező jogszabályok megjelölik a *vizsgálatokat végző szakemberek feladatait*. A védőnői szolgálat a csecsemőkor folyamán, valamint az 1–16 és 16–18 év közötti korcsoportok esetében saját kompetenciában végez szűrővizsgálatokat, a kiszűrt esetek vizsgálatában pedig együttműködik a gyermek-alapellátást végző orvossal. A gyermek-alapellátás orvosának az általa ellátott gyermek esetében 1, 3, és 6 hónapos korban, 1–6 éves kor között évente, 6–18 éves kor között két évente kell szűrővizsgálatban részesítenie. Az iskola-egészségügyi ellátásban működő iskola-védőnők önálló szűrővizsgálati kompetenciáját is jogszabály rögzíti. A tevékenységi körbe tartozó szakemberek munkájának összehangolása fontos feladat.

Egyes életkorhoz kötött szűrővizsgálatok végzésének módszerei

További fontos kérdés, hogy az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok végzése adekvát vizsgáló módszerek alkalmazásával történjék. A következőkben a szomatikus fejlődés, az idegrendszeri működés, a motoros és a pszichomotoros fejlettség, továbbá a látás és a hallásfejlődés vizsgálatával foglalkozunk röviden. A 6.8. táblázat összefoglalóan tartalmazza, hogy a megszületéstől a gyermekkor végéig milyen rendszerességgel szükséges a *szomatikus fejlődés vizsgálata*. Feltüntetjük az alkalmazandó módszereket is: az életkornak megfelelő testmagasság és testsúly percentilis görbék használatát és az életkornak megfelelő átlagtól való eltérések SD értékben történő kifejezését.

6.8. táblázat A szomatikus fejlődés vizsgálata

- Testmagasság, testsúly, fejkörfogat mérése
0-1 éves kor: újszülött, 1., 3., 6., 12 hónap
1-18 éves kor: évente, 16. év záróvizsgálat
(fejkörfogat mérés szükség szerint)
- Módszerek
Életkori testmagasság és testsúly percentilis görbék

BMI percentilis görbék

Az átlagtól való eltérés SD értékben – Z-score

Az idegrendszer vizsgálata az újszülöttkortól a gyermekkor végéig részét képezi az életkorhoz kötött szűrővizsgálatoknak (6.9. táblázat).

6.9. táblázat Az idegrendszer vizsgálata

- Újszülött és csecsemőkor: mozgás, izomtónus; agyidegek, reflex-tevékenység
Újszülött, 1., 3., 6., 12. hónap
- Gyermekkor: agyidegek; izomtónus, izomerő; reflexek; koordináció; érzésvizsgálat
1, 3, 5 éves kor

A 6.10. táblázat a *motoros és a pszichomentális fejlettség* megítélésének időpontjait összegzi.

6.10. táblázat Motoros és pszichomentális fejlettség megítélése

- Mozgásfejlődés: nagymozgások, finom mozgások
1., 3., 6. hó, 1., 2., 3., 5. év, 1., 5., 7., 9., 11. osztály,
16 éves kor: záróvizsgálat
megítélés a fejlődési mérföldkövek ismeretében
- Mentális, pszichoszociális fejlettség
1., 3., 6. hó, 1., 2., 3., 5. év, 1., 5., 7., 9., 11. osztály,
16 éves kor: záróvizsgálat (fejlődési skálák használatával)

Ezen funkciók megítélésének lehetőségeit illetően a mérföldkövek ismeretét és a fejlődési skálák alkalmazásának fontosságát emeljük ki. Utalunk emellett a fejlődés különböző aspektusaival foglalkozó korábbi fejezetre is.

A 6.11. táblázat a látásfejlődés és a kancsalság vizsgálatának időpontjait mutatja be és az alkalmazható módszereket is összegzi.

A *látásfejlődés megítélése* az érzékszervi vizsgálat egyik fontos feladata. Megítélése a csecsemő- és a kisdedkorban nem könnyű feladat, a későbbiekben a gyermek kooperációjának a fejlődésével egyre pontosabban lehetséges. A szintévesztés vizsgálatát is fontos elvégezni. Hangsúlyozni szükséges továbbá, hogy 3 éves korig minden egészséges gyermek esetében ajánlott komplett szemészeti vizsgálat elvégzése, ami lehetővé teszi a gyakori szemészeti eltérések kiszűrését és a kancsalság időben történő felismerését.

6.11. táblázat A látásfejlődés és a kancsalság vizsgálata

- Látásfejlődés és kancsalság tájékoztató vizsgálata
újszülöttkor, 1., 3., 6. hó, 1., 2., 3., 5. év, 1., 5., 7., 9., 11. osztály;
Fény, színes tárgy, mozgás, cornea reflex, takarásos teszt,
konvergencia vizsgálat, visus vizsgálat
- Szintévesztés vizsgálata: 6, legkésőbb 11 éves korban, Ischiara tábla
- Komplettszemészeti vizsgálat
rizikó csecsemők esetében ½-1 év; panasz vagy gyanú esetén;
minden egészséges gyermek esetében 3 éves korig

Az érzékszervi működések vizsgálatának másik fontos területe a *hallás illetve a hallássérülés megítélése*. A halláscsökkenés vezetéssel jellemezhető, szenzoros illetve idegi eredetű lehet, attól függően, hogy a külső és a középső fül képleteinek károsodása vagy a belső fül vagy pedig a hallóközpont működészavara okozza. A halláscsökkenés lehet átmeneti vagy tartósan fennálló, kialakulhat a beszédfejlődést megelőzően (prelingvális forma) vagy azt követően (postlingvális forma). A hallássérülés gyanújeleinek ismerete és megfelelő értékelése alapvető a halláscsökkenés lehetőségének felvetésében. Nagyon lényeges továbbá, hogy a hallás funkciójának és a beszédfejlődésnek a megítélése együttes értékelést igényel. Az objektív audiometria a hangingerekre

bekövetkező, akusztikusan kiváltott idegrendszeri potenciálokat regisztrálja. A szubjektív hallásvizsgálat pedig a hangingerekre bekövetkező magatartásváltozás értékelésén alapul, ilyen módszer az ún. játék-audiometria. A hallássérülés időben történő felismerése és korrigálása nagy fontosságú a beszédfejlődés szempontjából, a jó hallás ugyanis a beszédfejlődés és az értelmi fejlődés alapja.

A gyanújelek észlelését követően a hallássérülést a hallásvizsgálat módszereivel szükséges igazolni (6.12. táblázat).

6.12. táblázat A hallássérülés vizsgálata

- Halláscsökkenés: idegi, vezetési; átmeneti, tartós; prelingvális, postlingvális
- Gyanújelek: zajra nem reagál, hangra nem nyugszik meg, hangadása ritkul, nem érti meg a beszédet, túl hangosan és hibásan beszél
- A hallás- és beszédfejlődés együtt értékelendő
- Hallásvizsgálat: objektív: hangingerekre bekövetkező idegrendszeri változás mérése (brain electric response audiometry – BERA)
szubjektív: hangingerre a magatartásváltozás megfigyelése (játék-audiometria)
- A vizsgálat időpontjai: újszülött, 1., 3., 6. hó, 1., 2., 3., 5. év, 1., 5., 7., 9., 11. osztály

A fejlődés többi aspektusának vizsgálati lehetőségeit illetően még egyszer utalunk a fejlődés különböző aspektusaival foglalkozó korábbi fejezetre.

Megállapítható, hogy az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok bemutatott rendszere és szabályozása a gyermekkor egyes életperiódusaiban – a primer prevenció programokkal együtt – a preventív munkának átlátható, követhető és ellenőrizhető keret biztosít, és megfelel a fejlett országok prevenció gyakorlatának is.

7. GONDOZÁS A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁG-EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS GYAKORLATÁBAN

A gondozás módszere és alkalmazása a gyermek- és ifjúság-egészségügyben

A gondozás a harmadlagos megelőzés megvalósítását jelenti a gyermek- és ifjúság-egészségügy gyakorlatában is. A gondozási tevékenység munkamódszer, ami egyesíti az ellátás preventív és kuratív aspektusait. Célja a betegség felderítését követően a betegségek kezelése, a beteg ember folyamatos ellátása, rendszeres ellenőrzése, ezáltal a betegség szövődményeinek megelőzése és az előrehaladásának lassítása.

A fentiekből következik, hogy a gondozás alkalmazására a krónikus betegségek ellátása során kerül sor. A 7.1. táblázat arra ad választ, hogy milyen betegségek esetében alkalmazzuk a gondozás módszerét.

7.1. táblázat Milyen betegségek esetében alkalmazható a gondozás módszere?

- Hosszan tartó krónikus betegségek
- Folyamatos ellenőrzést és beavatkozásokat igényelnek
- Ellenőrzés és beavatkozás nélkül progrediálnak
- Adekvát gondozással a progresszió üteme lassítható és az életminőség megőrizhető
- Példák: elhízás, hipertónia, diabetes mellitus, asthma bronchiale, szívbetegség, vesebetegség

A gondozandó betegségek felfedezését követő mozzanat a gondozandók nyilvántartásba vétele. A következő lépés a gondozásba vettek aktív ellenőrzésének megszervezése, majd pedig az aktív ellenőrzés biztosítása, azaz a gondozás megvalósítása. Fontos mozzanat a gondozás eredményességének leérése is, ami alapul szolgál a gondozási gyakorlat módosításához.

A gondozás főbb mozzanatait a 7.2. táblázat foglalja össze.

7.2. táblázat A gondozás főbb mozzanatai

- Betegségek felfedezése
- A gondozandók nyilvántartásba vétele
- Aktív ellenőrzés megszervezése
- Aktív ellenőrzés biztosítása, elvégzése
- Eredményesség lemerése

A gondozandó páciensek körének meghatározása a védőnői szolgálat, a gyermek-alapellátás és az iskolaorvosi ellátás kiemelt feladata. A krónikus betegek felfedezésére sor kerülhet bizonyos panaszok és tünetek miatt kezdeményezett kivizsgálás eredményeképpen. Gyakori, hogy az ellátók a mindennapi szakmai munkájuk során, az ún. opportunista szűrés módszerének alkalmazásával ismerik fel a gondozandó betegséget, amikor más okból történt orvoshoz fordulás alkalmát használják fel szükséges szűrővizsgálat elvégzésére. A gondozottak további köre pedig szervezett szűrővizsgálatok végzése révén kerül felismerésre (7.3. táblázat).

7.3. táblázat A gondozandó betegségek/betegek felfedezése

- Panaszok, tünetek miatt végzett kivizsgálás során
- Opportunista szűrés végzése révén
- Életkorhoz kötött szűrővizsgálatok során
- Szervezett, célzott szűrővizsgálatok során

A gondozás következő lépése a gondozandók nyilvántartásba vétele (7.4. táblázat).

7.4. táblázat A gondozandók nyilvántartásba vétele

- Papír alapú dokumentáció
- Elektronikus nyilvántartás
- Gondozási csoportokba rendezés a gondozandó betegségek és azok súlyossági fokozatai szerint
- A célszerű gondozási dokumentáció lehetővé teszi a beteg követését, feltünteti a szükséges teendőket és rögzíti a gondozás eredményeit

A nyilvántartásba vétel papír alapú dokumentáció vagy elektronikus nyilvántartás alkalmazásával egyaránt történhet. A nyilvántartásba vétel fontos szakmai feladata a gondozandók gondozási csoportokba sorolása a gondozandó betegségek és azok súlyossági fokozatai szerint. A gondozási csoportok kialakítása képezi alapját annak, hogy a gondozás meghatározott szakmai szempontok érvényesítésével történjék. A gondozandókról vezetett dokumentációval kapcsolatos követelmény, hogy tegye lehetővé a gondozott követését, tüntesse fel a gondozási teendőket, rögzítse a gondozás eredményeit.

A gondozás következő két mozzanatát, az aktív ellenőrzés megszervezését és megvalósítását, összevontan mutatja be a 7.5. táblázat. Kiinduló pont, hogy a gondozás szakmai tartalmát gondozási szakmai irányelvek határozzák meg. Ezek előírásainak figyelembe vételével és a páciens állapotának részletes elemzése alapján kerül sor egyénre szabott, részletes gondozási terv készítésére. Ez tartalmazza az ellenőrzések gyakoriságát, a következő kontroll időpontját, az egyes gondozási alkalmakkor végzendő vizsgálatok kijelölését. Fontos az eredmények együttes értékelése a szülővel és a pácienssel, a teendők

megbeszélése, szükség esetén a gondozási terv módosítása. Az ellenőrzések alkalmat adnak célzott egészségnevelési tevékenységre, tanácsadásra. Egy-egy gondozási periódus végén (pl. évente) szükséges a közös értékelés, a prognózis elemzése.

7.5. táblázat Az aktív ellenőrzés megszervezése és megvalósítása

- Az ellenőrzés a gondozási szakmai irányelvre épül
- Egyénre szabott gondozási terv készítése szükséges
- A kontroll időpontjainak, rendszerességének meghatározása
- Az egyes alkalmakkor végzendő vizsgálatok kijelölése
- Az eredmények közös értékelése
- A teendők megbeszélése, szükség esetén módosítás
- Egészségnevelés, tanácsadás a gondozás során
- Egy periódus végén (pl. évente) közös értékelés és a prognózis elemzése

A gondozás szükségessége a gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátásban az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok gyakorlatából következik: az ezek során felfedezett krónikus betegségek gondozásba vétele az ellátás fontos feladata. Emellett három betegségcsoport gondozásával külön szakmai ajánlás is foglalkozik. Ezek az elhízás és hiprtónia, a gyermekkori szív- és érrendszeri betegségek és a mozgásszervi betegségek.

A következőkben a gyermekkori elhízás gondozásának bemutatásával szemléltetjük a gondozás módszerének alkalmazását.

A gondozás gyakorlata gyermekkori elhízásban

A 7.6. táblázat a gyermekkori elhízás gondozásának szükségességét indokoló szempontokat foglalja össze. A gyermekkori elhízás gyakorisága világszerte növekvő tendenciát mutat. Ez a megállapítás a hazai helyzetre is igaz.

A gyermekkori elhízás legfontosabb következménye az, hogy a kövér gyermekek jelentős hányada kövér felnőtté válik, az elhízás pedig a felnőttkorban bizonyított rizikótényező. Már a gyermekkori elhízásban is gyakran mutathatók ki a szénhidrát-anyagcsere zavarai: az emelkedett éhgyomri vércukor, a csökkent glukóz tolerancia és a 2-es típusú diabetes mellitus is. Észlelhetők lehetnek a zsíryanycsere eltérései is, és gyakran alakul ki a vérnyomás emelkedése is. Mindezekből adódóan a gyermekkori elhízás a felnőttkori kardiovaszkuláris betegségek és a 2-es típusú diabetes mellitus rizikótényezőjének tekinthető.

7.6. táblázat Az elhízott gyermekek kezelésének és gondozásának szükségessége

- A gyermekkori elhízás prevalenciája nő
- Az elhízott gyermekek többsége kövér felnőtté válik
- Gyermekkori elhízásban a hiprtónia, a szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltérései gyakran észlelhetők
- A gyermekkori elhízás a felnőttkori kardiovaszkuláris betegségek és a 2-es típusú diabetes mellitus rizikótényezője

A gyermekkori elhízás gondozási programjának fő lépéseit mutatja a 7.7. táblázat.

7.7. táblázat A gondozási program fő lépései

- Az elhízott gyermekek azonosítása
- Életmód változtatás bevezetése és megvalósítása
- Az intervenció hatásosságának lemérése

Az első fontos lépés az adott gyermek-populációban az elhízott gyermekek azonosítása. Ez alkalmat ad az elhízott gyermekek gondozási csoportjának kialakítására. A következő lépést az életmód-változtatás bevezetése és

megvalósítása jelenti a gondozás során. Majd pedig az intervenció hatásosságának lemerése következik, s ennek eredményei alapján kerülhet sor a gondozási gyakorlat módosítására.

A gyermekkori elhízás gondozása tehát komplex feladat, melynek elemeit a 7.8. táblázat mutatja be.

7.8. táblázat A gondozási program elemei

- Szűrővizsgálat végzése
- A táplálkozási és a testmozgási szokások felmérése
- A klinikai státusz rögzítése
- Edukációs program végzése
- Életmód változtatás bevezetése
- Pszichés támogatás biztosítása
- Rendszeres ellenőrzés megvalósítása
- Az eredmények összegzése, értékelés, a tanulságok levonása

Az első elem az elhízott gyermekek azonosítása, ami opportunisztikus vagy célzott szűrővizsgálat végzését igényli. Ezt követi a táplálkozási és testmozgási szokások felmérése, ami egyszerű kérdőívek segítségével történhet. A klinikai státusz rögzítése következik ezután, ami magában foglalja az elhízás súlyosságának megállapítását, az elhízás típusainak meghatározását és az elhízás következményeinek és társuló betegségeinek kimutatását. Ezt követően a szükséges életmód-változtatás megalapozására szükséges egy célzott edukációs program megvalósítása. Ezután kerülhet sorra az életmód-változtatás bevezetése, ami együtt jelenti az étrendi kezelés megvalósítását, a fizikai aktivitás fokozását és a szükséges pszichés támogatás biztosítását. Folyamatos gondozás szükséges ezután, ami a problémafeltáró, reagáló, támogató és

megerősítő rendszeres ellenőrzést jelent. Majd pedig az eredmények összegzése, az értékelés és a tanulságok levonása következik.

Az elhízott gyermekek azonosítása szűrővizsgálat végzését igényli (7.9. táblázat).

Ez egyrészt a gyermekellátás különböző szintjein az ún. *opportunistikus szűrési módszer* alkalmazásával történhet. Lényege, hogy bármilyen probléma miatt kerül sor a gyermek vizsgálatára, fel kell figyelni az elhízás fennállására. A másik módszer a gyermekkori elhízás *célzott szűrése*, ami a gyermek-alapellátás szintjén, leginkább iskolai szűrővizsgálat keretében valósulhat meg. Az elhízás fennállásának megállapítása az előzőekben már tárgyalt módszerekkel történik. A célzott szűrővizsgálat végzésének nagy előnye, hogy jó lehetőséget nyújt gondozási csoportok kialakítására, az elhízás komplex kezelését megalapozó csoportos edukációs program megvalósítására.

7.9. táblázat A szűrővizsgálat végzése

- Iskolai szűrővizsgálat végzése
- Az életkor, a testsúly és a testmagasság rögzítése
- Az elhízás fennállásának megállapítása
- Gondozási csoport kialakítása

A gondozási csoport kialakítása alkalmas a *táplálkozási és a testmozgási szokások felmérésére* a csoportban. A felmérés egyszerű kérdőívekkel történik, melyek szempontjait a 7.10. táblázat sorolja fel.

A táplálkozási szokások megítélésénél rákérdezzük az étkezési szokásokra, a nassolásra, az étrendben szereplő meghatározó táplálékokra, az édesítőszer alkalmazására, a folyadékfogyasztás módjára, s ezek alapján minősítjük a gyermek táplálkozását. A fizikai aktivitás megítélésénél a testmozgás típusát,

gyakoriságát, időtartamát és intenzitását vesszük figyelembe, és ezek alapján minősítjük azt.

7.10. táblázat A táplálkozás és a testmozgás felmérésének szempontjai

- Étkezési szokások, nassolás
- Meghatározó táplálékok
- Édesítőszer
- Folyadékfogyasztás
- A táplálkozás megítélése
- A testmozgás gyakorisága
- A testmozgás típusa
- A testmozgás időtartama
- A fizikai aktivitás minősítése

A 7.11. táblázat az előzményi adatok felvételének, a fizikális vizsgálat végzésének és a laboratóriumi vizsgálatok kérésének szempontjait foglalja össze. Az *előzményi adatok* közül lényeges a családban előfordult betegségek ismerete, a várandósság lefolyásának tisztázása, az anyatejes táplálás időtartamának és a csecsemőtáplálás módjának rögzítése, az elhízás kezdetének feljegyzése és az eddigi betegségek számbavétele. A *fizikális vizsgálat* az orvosi szakma szabályai szerint történik, figyelemmel kell lenni az elhízás lokalizációjára, esetleges striák és acanthosis nigricans jelenlétére, rögzíteni szükséges a serdülés stádiumát és a vérnyomásértéket. A fizikális vizsgálat keretében történik az elhízás típusának meghatározása is, valamint az elhízás következményeinek kimutatása. A gyermekkori elhízás eseteinek túlnyomó többsége az ún. egyszerű elhízás csoportjába tartozik, s a ritkább elhízás-típusok esetében a gyermek-alapellátás és az iskolaorvosi ellátás feladata a gyanú felvetése. Már a gyermekkori elhízásban kimutathatók a testsúlyfelesleg

következtében kialakuló anyagcsere-eltérések. Ezek feltárása *laboratóriumi vizsgálatokkal* lehetséges. A lipoprotein-anyagcsere paramétereinek vizsgálatát (össz-koleszterin, LDL-C, HDL-C, triglicerid) és a glukóz-háztartás laboratóriumi vizsgálatát igényli (éhomi és terheléses vércukor-vizsgálat). Fontos a *komorbiditás vizsgálata*, a kísérő betegségek (keringési, légző szervi, emésztő szervi és mozgásszervi eltérések) és az elhízással együtt járó pszichés zavarok kimutatása is.

7.11. táblázat Az előzmény felvétele, fizikális és laboratóriumi vizsgálat végzése

- Családban előfordult betegségek
- Terhesség, szülés adatai
- Anyatejes táplálás
- Az elhízás kezdete
- Eddigi betegségek
- Az elhízás lokalizációja
- Stria, acanthosis nigricans jelenléte
- Serdülés-fokozat
- Vérnyomás
- Vércsír-vizsgálatok
- Szénhidrát-anyagcsere vizsgálatok
- Kísérő betegségek vizsgálata

A gyermekkori elhízás kezelésének lényegét képező életmód-változtatást *edukációs programmal* szükséges megalapozni. Azok az ismeretek ugyanis, melyekkel az elhízottak az elhízásukról és annak kezelhetőségéről rendelkeznek, lényegesen befolyásolják motivációjukat és a sikerhez szükséges pozitív attitűd kialakítását. A kezelésre felkészítő edukációs program (7.12. táblázat) a következő témakörökre terjedjen ki: az elhízás és a

testi, lelki egészség kapcsolata; az elhízás lényege és kialakulásának okai; az egészséges kiegyensúlyozott táplálkozás követelményei; az étrend összeállításának kérdései; a kóros étkezési szokások és megváltoztatásuk lehetőségei; a fizikai aktivitás kedvező hatásai; a mozgásprogram összeállításának kérdései; az egészséges életmód követelményei.

Az edukációs program megvalósítása során a gyermek és a szülő(k) ismereteit együtt szükséges megalapozni illetve bővíteni. Figyelemmel kell lenni a gyermek életkorára, a gyermek és a szülő(k) felkészültségére. Fontos elérni, hogy a páciens és a szülő(k) egyetértsenek a szükséges teendőkben.

7.12. táblázat Edukációs program a komplex kezelés megalapozására

- Az elhízás lényege és kialakulásának okai
- Az elhízás káros következményei
- Az elhízás kezelésének lehetőségei
- Tápanyagok, kiegyensúlyozott táplálkozás, táplálkozási piramis
- Kiegyensúlyozott táplálkozás megvalósítása
- Az egészséges étrend összeállítása
- Az étkezési szokások megváltoztatása
- A fizikai aktivitás fokozásának szempontjai
- Az étrendi kezelés és a fizikai tréning rendszeres folytatásának pszichés feltételei

A gyermekkori elhízás gondozásának lényegét képezi az *életmód-változtatás bevezetése, a komplex kezelés megvalósítása*. Ennek összetevőit a 7.13. táblázat sorolja fel.

7.13. táblázat Az elhízás komplex kezelésének megvalósítása

- Étrendi kezelés
- Fizikai aktivitás fokozása

- Étrendi kezelés és fizikai tréning
- Pszichés támogatás

Az összetevőket itt nem részletezzük, tárgyalásukra a gyermekkori elhízással foglalkozó fejezetben térünk vissza.

A gyermekkori elhízás hosszú távú gondozásának módszere a problémafeltáró, reagáló, támogató és megerősítő *rendszeres ellenőrzés* megvalósítását jelenti, ami biztosítja az együttműködés fenntartását és a gondozás eredményeinek folyamatos értékelését is. A gondozás hatásosságának mérési szempontjait a 7.14. táblázat mutatja. Az egyéni eredmény lemérése és elemzése a gondozottak motivációjának fenntartása és növelése szempontjából fontos, a csoport eredményeinek időnkénti összegzése, áttekintése, ha mód van rá, statisztikai feldolgozása pedig alkalmat ad az általánosítható tanulságok levonására.

7.14. táblázat Az elhízás-gondozás hatásosságának lemérése

- Az egyéni eredmény lemérése
- A csoport eredményeinek összegzése, statisztikai feldolgozás
- A tanulságok levonása

A gyermekkori elhízás gondozásának áttekintéséből kitűnik, hogy annak *szakmai tartalmát* a szekunder és a terciér prevenció megvalósítása képezi. A szűrővizsgálatra épülő szekunder prevenció keretében az elhízás korai stádiumban történő megállapítása és a komplex befolyásolást jelentő intervenció időben történő bevezetése lehetővé teszi a súlyosabb fokú elhízás kialakulásának megelőzését és ezáltal a másodlagos anyagcsere következmények kifejlődésének meggátlását. A gyermekkori elhízás terciér prevencióját jelenti, ha az elhízás súlyos és szövődményes, másodlagos anyagcsere eltérésekkel is járó formáiban komplex gondozással a későbbi súlyos következményeket és ezáltal a felnőttkori

veszélyeztetettséget előzzük meg. Ez magában foglalja a szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltéréseinek, a hipertóniának és a társult betegségeknek az adekvát kezelését.

DUPress

8. SPECIÁLIS SZÜKSÉGLETŰ GYERMEKEK ELLÁTÁSA

Fogyatékoság és sajátos nevelési szükséglet

A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás fontos feladata a speciális szükségletű gyermekek ellátásának és gondozásának biztosítása. A gyakorlatban ez egyrészt a fogyatékkal élő gyermekek sajátos ellátási szükségleteinek kielégítését jelenti, másrészt pedig a sajátos nevelési szükségletű gyermekek számára biztosított segítségnyújtást foglalja magában. Ez a terület egyben a gyermekellátás és a közoktatás együttműködését is példázza.

A *fogyatékoság* kifejezést összefoglaló értelemben is használjuk a különböző etiológiai tényezők hatásaként kialakult károsodások, képességzavarok és hátrányok megjelölésére. A WHO értelmezése (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) a betegség (disorder), a károsodás (impairment), a képességzavar (disability) és a hátrány (handicap) kifejezések viszonyából indul ki. Felfogása szerint a megváltozott képességű, hátránnyal élő gyermekek esetében olyan orvosilag definiálható állapot, betegség fennállásáról van szó, melynek kialakulásában az elszenvedett károsodás képesség-zavart okoz, ami az érintett életében hátrányos következményekkel jár.

A 8.1. táblázat a fogyatékoság és a sajátos nevelési szükséglet fő csoportjait mutatja be.

8.1. táblázat Fogyatékoság és sajátos nevelési szükséglet

- Fizikai fogyatékoságok
- Intellektuális képességzavarok
- Magatartási zavarok
- Beilleszkedési zavarok
- Tanulási nehézségek

A fogyatékkal élő gyermekek két nagy csoportját a fizikai fogyatékoság valamint az intellektuális képességzavar különböző formái képezik. A sajátos nevelési szükséglettel pedig a tanulási nehézségek, a magatartászavarok és a beilleszkedési zavarok esetén számolhatunk.

A fogyatékoságot jelentő betegség kialakulása és következményei

A 8.2. táblázatban a fogyatékoságot jelentő betegség, az alapját képező károsodás, a következményét jelentő képességzavar és hátrány összefüggését három példával szemléltetjük.

8.2. táblázat A betegség, károsodás, képességzavar és hátrány összefüggése

Betegség: Spasticus diplegia (pl. súlyos koraszülöttség következtében)

- *Károsodás:* Központi idegrendszeri károsodás, az alsó végtagi izomtónus fokozódása
- *Képességzavar:* A motoros fejlődés (nagymozgások) késése, károsodása
- *Hátrány:* Önálló közlekedés, játék stb. zavara

Betegség: Idegi halláscsökkenés: (pl. agyhártyagyulladás következtében)

- *Károsodás:* A belsőfül/hallópálya/halló-cortex károsodása
- *Képességzavar:* Hallászavar, nyelvi és beszédfejlődés zavara
- *Hátrány:* Kommunikációs zavar, tanulási nehézség

Betegség: Epilepszia (pl. genetikus epilepszia-forma)

- *Károsodás:* A központi idegrendszer egyes területeinek lehetséges károsodása, fokozott idegrendszeri görcskészség
- *Képességzavar:* Sérülés elleni védekezés zavara eszméletvesztés esetén, tanulási nehézség, figyelemzavar betegség lehetősége
- *Hátrány:* Egyes tevékenységek végzésének tilalma, az iskolai teljesítmény csökkenése, behatárolt pályaválasztási lehetőség

A fogyatékossgot jelentő állapotok típusai

A 8.3. táblázat azokat a fogyatékossgai állapotokat foglalja össze, melyek esetében különleges ellátásra, gondozásra, nevelésre van szükség.

8.3. táblázat Különleges gondozást, nevelést igénylő állapotok

- Fizikai fogyatékossg/ mozgáskorlátozottság
- Mentális retardáció
- Súlyos tanulási nehézség
- Enyhe tanulási nehézség
- Súlyos látászavar
- Gyengén látás
- Súlyos halláskárosodás
- Enyhe halláskárosodás
- Beszéd fogyatékossg
- Figyelemzavar-hiperaktivitás szindróma
- Autizmus spektrumba tartozó eltérések

Az első helyen a *fizikai fogyatékossgot* (is) jelentő állapotok szerepelnek, melyek általában mozgáskorlátozottsággal járnak. Ide sorolhatók a cerebrális parézis különböző formái, a neuromuszkuláris betegségek, a gerinccsatorna záródási zavara (spina bifida), a végtaghiányok, ízületi betegségek, égésbetegség, onkológiai betegségek, balesetek stb. által okozott mozgáskorlátozottsággal járó állapotok.

Az *intellektuális képességzavar* (korábban mentális retardáció) is a gyakori fogyatékossgai formák közzé tartozik. Az intelligencia quociens (IQ) értéke alapján különböző súlyossági fokozatokat különíthetünk el. Enyhe fokú mentális retardáció áll fenn, ha az érintett gyermek IQ értéke 50 és 69 közé esik. A mérsékelt mentális retardáció esetén az IQ érték, 35 és 49 között van, a súlyos

fokú mentális retardáció esetén pedig az IQ érték 20 és 34 közé esik. Nagyon súlyos mentális retardáció esetén pedig az IQ értéke 20 alatt van.

A *tanulási nehézségnek* súlyos és enyhe formái ismertek, az enyhe formák gyakorisága 20%, a súlyos formáé 3%. Itt említendő az olvasási nehézség (dyslexia), a számolási nehézség (dyscalculia), az íráskészség különböző zavarai (dysgraphia) valamint a beszéd és a nyelv specifikus fejlődési zavarai. Együttes előfordulásuk esetén multiplex tanulási nehézségről van szó.

A *látáskárosodás* lehet súlyos látászavar vagy gyengén látás, a súlyos forma gyakorisága 0,3%; a *halláskárosodás* is lehet enyhe vagy súlyos fokú, a gyakoriság 2%, illetve 1%. Kiemelhetők a *beszédfejlődés* különböző zavarai is. Speciális nevelési szükséglet kielégítése szükséges a *figyelemzavar-hyperaktivitás* szindróma tüneteit mutató gyermekek esetében. Különleges komplex gondozásra és nevelésre van szükség az *autizmus-spektrumba* tartozó eltérések esetében is, ami a fejlődés ún. átható (pervazív) zavarát jelenti.

A képességzavar kialakulásának tényezői és ideje

A képességzavar kialakulásának háttérében álló fontosabb tényezőket tekinti át a 8.4. táblázat.

A *prenatális* okok között első helyen a genetikai okok állnak. A kromoszóma eltérések között az autoszómális és a nemi kromoszómák számbeli eltérései említhetők, a következő csoportba a ma már nagy számban ismert génhibák tartoznak és ide sorolhatók még a multifaktoriális genetikai tényezők is. A környezeti faktorok közé az alkohol, a drog, a dohányzás, és a táplálkozási problémák tartoznak, s itt említhetők a kedvezőtlen szociális helyzetből adódó problémák is. A prenatális okok utolsó csoportját az infekciók képezik: rubeola, cytomegalia, toxoplasma, stb. A *perinatális* okok közül a koraszülöttség és a következményei, valamint az oxigén-hiányos állapot emelhetők ki, de jelentős szerepet játszanak a perinatális infekciók is. A *postnatális* okok között az infekciók, a trauma és a súlyos postnatális betegségek említhetők. A felsorolás

természetesen csak vázlatos. A fogyatékoság pontos okát az esetek jelentős hányadában kiterjedt vizsgálatok végzésével sem sikerül feltárni.

8.4. táblázat Képességzavar hátterében álló tényezők

- Prenatális okok
 - Genetikus formák
 - Kromoszóma eltérések
 - Génhibák
 - Multifaktoriális tényezők
 - Környezeti faktorok
 - Mérgek (drog, alkohol, dohányzás)
 - Táplálási problémák
 - Szegénység
 - Infekciók, kiemelten
 - Rubeola
 - Toxoplazma
 - Cytomegalia
 - Perinatális okok
 - A koraszülöttség következményei
 - Szülési asphyxia
 - Perinatális infekciók
 - Postnatális okok
 - Postnatális infekciók
 - Trauma
 - Egyéb súlyos betegségek

A postnatálisan kialakuló képességzavarok a gyermekkor különböző szakaszaiban alakulnak ki. Ezt mutatja be a 8.5. táblázat.

8.5. táblázat A képességzavarok kialakulása a gyermekkor szakaszaiban

- Csecsemőkor
 - állapotok nem kielégítő motoros fejlődéssel
 - a látás és a hallás zavarai
 - együttes szomatikus és mentális elmaradás
- Iskoláskort megelőző időszak
 - beszédfejlődési zavarok
 - a finom mozgások zavarai
 - visszaesés egyes képességekben
- Iskoláskor kezdeti szakasza
 - mozgászavarok neurológiai vagy neuromusculáris okból
 - kognitív funkció zavarai
 - specifikus tanulási nehézségek:
 - dyslexia, dyspraxia, dyscalculia
 - hyperaktivitás és figyelemdeficit
- Bármely életkor:
 - központi idegrendszeri betegségek:
 - meningitisek, koponyatraumák
 - daganatos megbetegedések
 - krónikus betegségek szövődménye
 - balesetek következményei
 - önsértő életmód következménye

A táblázat a változatos megjelenést szemlélteti, külön kommentárt nem igényel.

A képességzavarok ellátásának kérdései

A képességzavarokkal *kapcsolatos szülői viszonyulás* egyes fázisait a 8.6. táblázaton mutatjuk be.

8.6. táblázat A képességzavarokkal kapcsolatos szülői viszonyulás fázisai

- A shock fázisa:
Emocionális zavar, megdöbbenés, hitetlenség
- A reakció fázisa:
Szomorúság, bánat, nyugtalanság, agresszió, önvád, védekezés
- Az adaptáció fázisa:
Elfogadás, a lehetőségek keresése
- Az orientálódás fázisa:
A jövő tervezése és a jelen szervezése

A képességzavarok tényének megállapítása a szülők számára súlyos információt jelent. A szembesülés folyamat, ami a feldolgozás állomásain keresztül vezet el az elfogadáshoz, majd annak kereséséhez, hogy az adott helyzetben a károsodott gyermek érdekében mit lehet tenni. Az egészségügyi és az oktatási rendszernek éppen ebben kell segítséget nyújtani a szülő számára, s az együttműködés célja, hogy történjék meg az egészségügyi és oktatási lehetőségek maximális kihasználása.

A képességzavarok esetén nyújtott segítség formái sokrétűek. Ezek közül az egészségügyi ellátórendszer, az oktatási rendszer és ennek szakszolgálatai, továbbá szociális ellátórendszer által nyújtott segítségnyújtás egyes formái emelhetők ki (8.7. táblázat).

8.7. táblázat Segítségnyújtás képességzavarok esetén

- Egészségügyi ellátás
Diagnózis, kezelés, ápolás, fizioterápia,
foglalkozás-terápia, beszédterápia, tanácsadás
- Oktatás
Korai fejlesztés, komplex pedagógiai vizsgálat,
speciális oktatási szükségletek kielégítése

- Szociális ellátás

Az oktatást követő időszak szükségleteinek felmérése,
tanácsadás támogatásokról, a szülők segítése

Az egészségügyi ellátás feladatai: fontos teendő a diagnózis mind pontosabb felállítása, ezt követi a fennálló állapot pontos rögzítése, majd ez alapján az ellátási szükségletek megállapítása, végül a lehetséges komplex kezelés összetevőinek és ütemezésének összeállítása és megvalósítása.

Az oktatási rendszer fontos feladatai: fontos a korai fejlesztés megvalósítása, komplex pedagógiai vizsgálat végzése a speciális oktatási szükségletek megállapítására, majd annak eldöntése, hogy ezek a szükségletek az adott esetben hogyan elégíthetők ki, végül a speciális oktatás nevelés megvalósítása.

A szociális ellátás feladatai a szociális szükségletek felmérése, tanácsadás a lehetséges támogatásokról, a szülők segítése.

Az egészségügyi rendszer a fogyatékkal élők ellátásával kapcsolatos, fentebb összegzett feladatainak megvalósítása a képességzavar jellegétől is függő szerteágazó tevékenységet jelent. A 8.8. táblázaton példaként mutatjuk be, hogy intellektuális képességzavar esetén milyen vizsgálatok végzése szükséges a diagnózis felállításához és a kezelés meghatározásához.

8.8. táblázat Egészségügyi ellátás keretében végzett vizsgálatok az intellektuális képességzavar esetén

- Előzmények
tanulási problémák a családi előzményben,
szociális körülmények, eddigi fejlődés, betegségek
- Klinikai kép
Növekedés, tápláltság, diszmorfias jelek (arc, bőr,
kezek), szívhibák, máj- és lép-megnagyobbodás

- Laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok
kromoszóma, pajzsmirigyműködés,
vizelet aminosav, mukopoliszacharidok,
szerológiai és enzimvizsgálatok,
képalkotó vizsgálatok, agyműködés, izomműködés vizsgálata
- Pszichológiai vizsgálat
- A mentális retardáció súlyosságának vizsgálata

A különleges oktatási és gondozási szükségletű gyermekek ellátásának megvalósítását segítik a *közoktatás pedagógiai szakszolgálatai*, melyek működését a közoktatási törvény szabályozza. Ezeket a 8.9. táblázat sorolja fel.

8.9. táblázat A közoktatás pedagógiai szakszolgálatai

- Gyógypedagógiai tanácsadó, korai fejlesztő és gondozási központ
- Tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság
- Nevelési tanácsadó
- Beszédjavító intézet
- Továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadó
- Konduktív pedagógiai intézet

Az intellektuális képességzavarral élő gyermek joga, hogy az állapotának megfelelően pedagógiai, gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai ellátásban részesüljön, mégpedig attól az időponttól kezdődően, amikor a képességzavar megállapítást nyert. Emiatt nagy fontosságú, hogy a képességzavar fennállásának és súlyosságának megállapítására minél korábbi időpontban kerülhessen sor. Ez az esetek jelentős hányadában a különböző szakemberek összehangolt együttműködését igényli.

A 8.10. táblázat a *korai fejlesztés* és gondozás szempontjait összegzi. A korai fejlesztés, melynek szükségességét szakértői bizottság állapítja meg, a képességzavar felismerése után kezdődik és az óvodai nevelés keretében folytatódik. A képességzavarral rendelkezők óvodai nevelése integrált vagy szegregált óvodai csoportban egyaránt megvalósítható, a zavar jellege e szempontból meghatározó tényező. A korai fejlesztés szükség esetén az otthoni ellátás mellett gondozó otthonban vagy konduktív pedagógiai ellátás keretében is történhet.

8.10. táblázat A korai fejlesztés és gondozás

- A korai fejlesztés a képességzavar felismerését követően kezdődik, majd az óvodai nevelés keretében folytatódik
- Korai fejlesztés otthoni ellátás keretében, gondozó otthonban vagy konduktív pedagógiai ellátás keretében történhet
- A képességzavarral rendelkezők óvodai nevelése integrált vagy szegregált óvodai csoportban valósulhat meg.
- A korai fejlesztés gyakorlata szükség szerint polidiszciplináris

A képességzavar fennállása esetén az érintett gyermek oktatásának, nevelésének kérdéseiben *szakértői és rehabilitációs bizottság* foglal állást. Az állásfoglalás mérlegeli a képességzavar típusát, súlyosságát, a befogadó intézmény feltételeit és fogadó készségét, a szülők kérését, együttműködési készségét és teherbíró képességét, az egészségügyi és rehabilitációs célú ellátás biztosíthatóságát.

A 8.11. táblázat a képességzavarral rendelkezők oktatásában, nevelésében *megvalósítandó elveket* foglalja össze. Ezek közül kiemeljük az elvárások egyéni, a zavar jellegétől és a fejlődés egyéni ütemétől függő meghatározását és az önállóságra nevelés fontosságát.

Az alkalmazott módszerek meghatározásakor a komplex diagnózist, a nem sérült funkciókat figyelembe kell venni, s az egyénnek és a képességzavarnak

megfelelő módszerek alkalmazásával differenciált fejlesztésre kell törekedni. Mindez azt jelenti, hogy a szükségletek meghatározásában, az intézmény választásában és a képzési forma meghatározásában egyéni döntést szükséges hozni.

8.11. táblázat A képességzavarral rendelkezők nevelésének, oktatásának elvei

- A környezet fogadja el az érintett másságát
- Az elvárásokat a képességzavar határozza meg
- Önállóságra nevelés a lehetőségeken belül
- Specifikus módszerek, speciális segédeszközök
- A fejlesztés komplex diagnózisra épüljön
(orvos, pszichológus, gyógypedagógus)
- Kompenzáció a nem sérült funkciók fejlesztésével
- Differenciált fejlesztés a képességzavar típusa szerint

Az oktatás és a fejlesztés gyakorlatában az egyes képességzavar típusainak megfelelően más-más terület kap kiemelt hangsúlyt. Ilyen *sajátos szükségletű csoportok* a következők: testi fogyatékos/mozgáskorlátozott gyermekek, a vak/alig látó, gyengén látó gyermekek, siket és nagyothalló gyermekek, beszéd fogyatékos gyermekek. A speciális oktatási, nevelési szükségletű gyermekek külön csoportját képezik a beilleszkedési zavarokkal és magatartási rendellenességekkel küzdő gyermekek.

A sajátos problémáik feltárásában, szakvélemény kialakításában, rehabilitációs célú foglalkoztatásuk meghatározásában a *nevelési tanácsadók* nyújtanak segítséget a szülőknek és a pedagógusoknak. A gyermek vizsgálatát a nevelési tanácsadóban a pedagógussal történt megbeszélést követően a szülő/gyám kérheti. A tanácsadó a probléma jellegétől függő módszerek alkalmazásával végez vizsgálatot, szakvéleményt készít, s a megoldásra javaslatot ad a szülőknek

és az iskolának. A nevelési tanácsadók által végzett tevékenység területeit a 8.12. táblázat mutatja be.

8.12. táblázat A nevelési tanácsadó tevékenysége

- Segítségnyújtás beilleszkedési zavarok, tanulási nehézségek esetén
- Segítségnyújtás magatartási rendellenességek fennállásakor: erőszak, verekedés, az iskola visszautasítása, ellenkező kihívó magatartás, életvezetési zavarok (conduct disorders)
- Az óvodáskori, az általános iskola alsó és felső tagozatában jelentkező problémákkal egyaránt foglalkozik
- Szolgáltatásait a szülő, a gyámhatóság, az intézmény veheti igénybe
- Feladatai: pszichológiai, pedagógiai diagnosztika és tanácsadás végzése, a problémák feltárása, szakvélemény készítése, javaslattétel rehabilitációs foglalkozásokra

A 8.13. táblázatban azokat az *egyéb pedagógiai szakszolgálatok* tevékenységét foglaljuk össze, melyek (a már tárgyaltakon túl) az eltérő szükségletű gyermekek oktatását, nevelését, gondozását segítik. A gyakorlatban az érintettek több szakszolgálat segítségére is szorulhatnak, ami a segítségnyújtás összehangolását igényli.

8.13. táblázat Egyéb pedagógiai szakszolgálatok tevékenysége

- A logopédiai ellátás feladatai:
 - beszédindítás, beszédhibák javítása,
 - kommunikáció fejlesztése,
 - diszlexia megelőzése, gyógyítása
- Továbbtanulási pályaválasztási tanácsadó
 - tanácsadás az egyéni adottság, a tanulási képesség, és a gyermek irányultságának felmérése alapján

- Konduktív pedagógiai intézmények
idegrendszeri sérülést szenvedett gyermekek
fejlesztése konduktív pedagógiai módszerekkel

Végezetül a 8.14. táblázaton felsoroljuk a speciális szükségletű gyermekek ellátásában közreműködő szakembereket

8.14. táblázat A speciális szükségletű gyermekek ellátásában közreműködő szakemberek

- Védőnő, orvos, gyermekorvos
- A gyermekrehabilitáció szakemberei:
orvos, gyógytornász, konduktor
- Pszichológus
- Pedagógus
- Gyógypedagógus
- Gyermekvédelmi szakember
- Szociális munkás

A fentiek arra utalnak, hogy – az újszülöttek életesélyének javulásával párhuzamosan – a korai fejlesztést és utógondozást igénylő, képességzavarral rendelkező gyermekek arányának növekedése, továbbá a speciális szükségletek időben történő megismerése a gyermek- és ifjúság-egészségügy számára speciális ellátási feladatok teljesítésének igényét, az oktatási rendszer számára pedig speciális oktatási és nevelési feladatok ellátásának kötelezettségét jelenti. Hangsúlyozni szükséges, hogy e tevékenység sikerét a különböző területeken dolgozók munkájának összehangolása és az együttműködésük határozzák meg.

9. CSECSEMŐTÁPLÁLÁS, GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK TÁPLÁLKOZÁSA. ALTERNATÍV TÁPLÁLKOZÁS, TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROK

Az első életév során az optimális táplálás biztosítása meghatározó fontosságú a csecsemő egészsége, megfelelő testi és szellemi fejlődése biztosításához. A gyermekkor későbbi szakaszaiban is a kiegyensúlyozott táplálkozás biztosítása az egészséges életmód egyik alapösszetevője. A következőkben a korszerű csecsemőtáplálás legfontosabb szempontjait és gyakorlati megvalósításának főbb kérdéseit tekintjük át, ezt követően a kiegyensúlyozott táplálkozás követelményeit és gyakorlatát foglaljuk össze, majd kitérünk röviden a fontosabb táplálkozási zavarokra és hibákra.

A korszerű csecsemőtáplálás

Az optimális csecsemőtáplálás alapkövetelménye az alábbiakban foglalható össze

(9.1. táblázat).

9.1. táblázat Az optimális csecsemőtáplálás követelményei

- A csecsemőnek a szomatikus, motoros, értelmi, érzelmi és szociális fejlődésének biztosításához
- az életkorának megfelelő, mennyiségileg és minőségileg optimális táplálásra van szüksége
- Az optimális táplálás a szükségletnek megfelelő energia-bevitel mellett a táplálék összetevők optimális arányának biztosítását jelenti.

A csecsemőtáplálás célja nem csupán a csecsemő súlyfejlődésének biztosítása, az optimális csecsemőtáplálás elősegíti a csecsemő szomatikus, motoros, értelmi és

érzelmi fejlődésének optimális alakulását. A csecsemő fejlődése során az újonnan képződő szövetek felépítéséhez szükséges aminosavaknak, zsíroknak, szénhidrátoknak, ásványi anyagoknak, nyomelemeknek megfelelő mennyiségben és arányban kell rendelkezésre állniuk. Ez csak a csecsemő életkorának megfelelő, mennyiségileg és minőségileg optimális táplálás mellett biztosítható. Az optimális táplálás azt jelenti, hogy a szükségletnek megfelelő energia-bevitel mellett a táplálék-összetevők optimális arányát is biztosítjuk. A csecsemőkor első időszakában ez a követelmény leginkább a szoptatással biztosítható, hiszen az első félévben a női tej minden tekintetben kielégíti a csecsemő szükségleteit. A szoptatás olyan átmeneti periódus, amikor a csecsemő a táplálékát még az anyai szervezettől kapja.

A csecsemőtáplálás speciális szempontjait a 9.2. táblázat mutatja be.

9.2. táblázat A csecsemőtáplálás speciális szempontjai

- Az emésztőrendszer működésének éretlensége
- Intenzív növekedés okozta fokozott energiaigény
- Relatív nagyobb testfelület, nagyobb hőleadás
- Gyorsabb alapanyagcsere
- Eltérő tolerancia az egyes táplálékok iránt
- Az anya-gyermek kapcsolat sajátosságai

Az újszülött emésztőrendszere a későbbi időszak jellemzőihez viszonyítva funkcionálisan még éretlennek tekinthető. A funkcionális érés teszi alkalmassá arra, hogy a csecsemőkor későbbi időszakában az anyatejtől eltérő táplálékokat is feldolgozzon. A csecsemő energiaigénye a csecsemőkori intenzív növekedési ütem miatt a későbbi időszak energiaigényéhez viszonyítva nagy. A csecsemő alapanyagcseréje magas, a testsúlyához viszonyítva a viszonylagosan nagyobb testfelülete nagyobb hőleadással jár. A csecsemő toleranciája a különböző

táplálékokkal szemben még eltérő. Fontos szempont továbbá, hogy az anyag-
gyermek kapcsolat kialakítását a szoptatás elősegíti.

A csecsemő energia- és folyadékigénye, a táplálék-összetevők aránya

A csecsemőtáplálás során az anyagcsere egyensúlyának fenntartásához és a
növekedéshez az energiaigény, a folyadékigény és a táplálék-összetevők iránti
igény biztosítása szükséges (9.3., 9.4. és 9.5 táblázat).

9.3. táblázat A táplálék-összetevők élettani szerepe

- Szénhidrátok: energiabiztosítás, idegrendszeri fejlődés, kötőszövet felépítése, normális bélflóra kialakulása
- Fehérjék: testépítő anyagok; enzimek, hormonok, immunglobulinok; transzportfunkciók, ozmotikus nyomás fenntartása.
- Zsírok: energiaforrás, egyes vitaminok felszívódása, sejtmembrán felépítése, étvágy szabályozás
- Vitaminok: sokoldalú biológiai funkciók
- Ásványi anyagok: csontrendszer, biológiai funkciók
- Rostanyagok: bélműködés, normális passzázs

9.4. táblázat A csecsemő energia- és folyadékigénye

- Energia-igény:
0–6 hó: 100-120 kcal/kg/nap
7–12 hó: 80-110 kcal/kg/nap
- Folyadékigény:
120–150 ml/kg/nap

9.5. táblázat A táplálék-összetevők iránti igény

- Szénhidrát:
12–14 g/kg/nap – az energiabevitel 50–60%-a
- Fehérje
1,5,0–2,5 g/kg/nap – az energiabevitel 15–20%-a
- Zsírok
3,0–4,0 g/kg/nap – az energiabevitel 25–30%-a
- Vitaminok
- Ásványi anyagok

A táblázatoknak az áttekintése során látható, hogy az energia-, folyadék- és a táplálék összetevők iránti igény bizonyos határok között a csecsemőkor folyamán változhat, azonban az egyes táplálék összetevők iránti igény az energia-bevitel hányadában kifejezve a későbbi életszakaszok igényével lényegében jó egyezést mutat.

A csecsemők anyatejes táplálásának előnyei

A kérdésre a 9.6. táblázat ad összegző választ, a legfontosabb szempontokat azonban külön is kiemeljük. Az anyatej a tehéntejhez viszonyítva kevesebb fehérjét tartalmaz, de az esszenciális aminosavakban gazdag laktalbumin koncentrációja magasabb. A zsírtartalomban nincs számottevő különbség, de az anyatejnek nagyobb a telítetlen és kisebb a telített zsírsav tartalma, és gazdag esszenciális zsírsavakban (linolsav, alfa-linolénsav). Az anyatej laktóztartalma lényegesen magasabb. A galaktóz összetevő szükséges a galaktolipidek szintéziséhez. Az anyatej oligoszacharidokban is gazdag. Az anyatej és a tehéntej energiatartalma azonos. Kedvező, hogy az anyatej kalcium- és foszfortartalma kisebb, a vastartalma viszont nagyobb. Az anyatej jelentős mennyiségben tartalmaz a kórokozókkal szembeni védekezésben szerepet játszó anyagokat: immunglobulinokat, laktoferrint, lizozimokat és élő immunsejteket is.

9.6. táblázat Természetes táplálás: szoptatás

- Az anyatej az optimális fejlődéshez szükséges tápanyagokat megfelelő mennyiségben, megfelelő arányban, könnyen emészthető formában biztosítja
- Összetétele a csecsemő szükséglete szerint változik
- Védőhatást biztosít a fertőzésekkel szemben
- Szerepet játszik az allergia és az obesitas prevenciójában
- Megalapozza a jó anya-gyermek kapcsolat kialakulását

Az anyatejes táplálás gyakorlati kérdései

Az anyatejes táplálás legfontosabb gyakorlati kérdéseit a 9.7. táblázat foglalja össze.

9.7. táblázat A szoptatás gyakorlata

- Gyakoriság:
 - Első mellre tevés: fél óra kor után
 - Első napokban: ún. igény szerinti szoptatás
- Pár napos kor után: lehetőleg 6×3 óránként
- >4 kg súly vagy >2 hó: lehetőleg 5×4 óránként
- A szoptatás időtartama: általában 20 perc

Az első mellre tevés ideje az újszülött állapotának is függvénye. A korai mellre tevést az anya-újszülött kapcsolat szempontjából tartják fontosnak. A szoptatás gyakoriságára vonatkozóan az igény szerinti szoptatásnak és a rendszeres időpontokban történő szoptatásnak a szakemberek körében is egyaránt vannak hívei. Középutat jelent, ha rendszerességre a szigorú időpontokhoz nem mereven ragaszkodva törekszünk, de a szoptatások között legalább két óra időtartamot tartunk. A szoptatás időtartama 5 percnél ne legyen rövidebb és 20

percnél ne legyen hosszabb. Az első életnapon a folyadékszükséglet fedezéséhez folyadékpótlásra lehet szükség; ez ne tápszer, hanem pl. 5%-os maltodextrin legyen. A szoptatás anyai ellenjavallata ritka, akut problémák esetén törekedjünk a szoptatás fenntartására.

Hozzátáplálás vagy elválasztás

A hathónapos életkoron túl a csecsemő energia és tápanyag szükségletét az anyatej már nem fedezi, ezért szükségessé válik a szoptatott csecsemő étrendjének kiegészítése nagyobb energiatartalmú, általában szilárdabb táplálékokkal. Ez a folyamat az elválasztás vagy hozzátáplálás. Megvalósításának szempontjait a 9.8. táblázat tartalmazza.

9.8. táblázat Elválasztás (ablaktáció)

- A szoptatás felváltása egyéb táplálékokkal
- Anyatejes táplálás esetén 6 hónapos kor után
gyümölcs, főzelék, hús-tojás, cereália fokozatosan
- Kevés anyatej esetén már 4 hónapos kor után
- Gyümölcsök: először alma, őszibarack, egyéb gyümölcsök
- Főzelék: burgonya, sárgarépa, sütőtök, brokkoli,
spárga, később egyéb főzelékek is, növényi olajjal
- Húsok és tojás: nem zsíros húsok, tojássárgája 8. hó,
fehérje 12 hó után, csirkemáj hetente egyszer
- Rágcsálnivalók: zöldség, gyümölcs, „kiflivég”

Fontos tudatosítani, hogy az új ételek bevezetése nem a szoptatás helyettesítése vagy befejezése miatt történik, hanem annak kiegészítésére. Ezért a 6 hónapos koron túl szoptatott csecsemő esetében helyesebb kiegészítő és nem elválasztó táplálásról beszélni. A csecsemő fő tápláléka továbbra is az anyatej, s arra kell törekedni, hogy mennyisége ne csökkenjen jelentősen a második félévben sem. Ennek biztosítására az a helyes, ha a kiegészítő táplálékokat mindig szoptatás

után kínálja az édesanya, és a szoptatás gyakorisága a korábbiakkal azonos marad. Az új táplálékokat egyenként kell bevezetni.

Kevert vagy vegyes táplálás

Ha az anyatej elégtelen mennyisége esetén a szopás mellett női tejjel vagy tápszerrel történő kiegészítést alkalmazunk, kevert vagy vegyes táplálásról beszélünk. (9.9. táblázat). Ez a táplálási mód általában átmeneti, a mesterséges táplálásra való áttérést vezeti be.

9.9. táblázat Kevert vagy vegyes táplálás

- Az anyatej elégtelen mennyisége esetén más táplálékkal történő kiegészítés
- Kiegészítés női tejjel vagy tápszerrel
- A megvalósítás módja:
 - kiegészítés az egyes szopások után
 - kiegészítés egy-egy szopás helyett(az első esetben: a mellürítés ritmusa fennmarad, a második esetben fokozatos az áttérés a mesterséges táplálásra)

Mesterséges táplálás

Napjainkban az anyatej hiányában a tápszerek alkalmazására kerül sor, a tehéntej különböző hígításaival történő táplálás ma már nem kívánatos. A tápszerrel történő táplálás szempontjait tartalmazza a 9.10. táblázat.

A csecsemőtápszerek előállításakor a cél az anyatejhez minél jobban hasonlító készítmény létrehozása. A *korszerű tápszerek* kialakításakor a táblázaton feltüntetett módszereket alkalmazzák; az alapanyag rendszerint a tehéntej.

Az összetétel változtatásával speciális szükségletek is kielégíthetők.

A tápszer körültekintő kiválasztásakor az életkor mellett az egyéb körülmények figyelembe vétele is fontos.

Tápszerrel történő táplálás esetén napi ötszöri táplálás javasolt.

A mesterséges táplálás alkalmazása esetén a hozzátáplálás három hónapos korban már főzelék bevezetésével elkezdhető.

9.10. táblázat Mesterséges táplálás

- Anyatej hiányában tápszerek alkalmazását jelenti
- Korszerű tápszerek kialakítása
 - kisebb fehérjetartalom, kazein-albumin csere
 - dúsítás: vas, taurin, karnitin, nukleotidok
 - helyes Ca/P arány, zsír–növényi zsír csere,
 - bioaktív anyagok: pro-, prebiotikum, antioxidáns
 - a fehérje részleges vagy extenzív hidrolizálása
 - laktóz, galaktóz, fenilalanin stb. mentesítés
- A tápszer körültekintő kiválasztása: életkor és egyéb körülmények figyelembe vétele alapján:
 - allergiás, atopiás hajlam,
 - felszívódási zavar, emésztési zavar,
 - hasmenés, bélgyulladás,
 - antibiotikus kezelés,
 - gyarapodási zavar,
 - vashiányos anaemia
- Napi ötszöri táplálás
- Főzelék bevezetése 3 hónapos kor után
- Natív tej bevezetése (kávész, kakaó) 12 hó után

A tehéntej bevezetésére a csecsemő étrendjében 9–12 hónapos kor előtt ne kerüljön sor, s a lisztes, glutént tartalmazó ételek nagyobb mennyiségű adása is minél később történjék. A 4–6 hónapos korban azonban kevés glutén tartalmú étel adása előnyös, mert kialakítja a gluténnal szembeni toleranciát.

Táplálkozás kisdedekben. Táplálkozás gyermekkorban

A kisdedek táplálkozása

A kisdedek táplálkozása átmenetet képvisel a csecsemők táplálása és a gyermekek táplálkozása között. Életkori sajátosságnak tekinthető a táplálékok felfedezése és a változó ízlés. A kisdedek táplálkozási szokásainak helyes alakítása a későbbiekben jelentős befolyással lehet a gyermekek táplálkozási gyakorlatára. A kisdedek étrendjének összeállításakor törekedni kell arra, hogy megfelelőképpen tartalmazza az öt alap élelmiszer-csoport mindegyikét. Ideális a napi ötszöri étkezés biztosítása, s kerülni kell a cukros, a zsíros, a sós ételek és az ún. veszélyes ételek fogyasztását (9.11. táblázat).

9.11. táblázat A kisdedek táplálkozása

- Életkori sajátosság a táplálékok felfedezése és a változó ízlés
- Az energiaszükséglet általában 1100–1300 kcal, de 900–1800 kcal között változhat
- Tápanyagszükséglet az energiabevitel százalékában:
 - szénhidrát: 50–60%,
 - zsír: 30–35%,
 - fehérje 10–15%,
 - rost: 0,5g/kg
- Folyadékszükséglet: 100–120 ml/kg/nap
- Ötszöri étkezés
- Kerülendő: cukros, zsíros, sós ételek, veszélyes ételek fogyasztása

A gyermekek táplálkozása

A táplálkozási szokások igazán a gyermekkorban alakulnak ki. A gyermek ekkor tanulja meg a helyes ételválasztást, formálódik az ízlés, rögzülnek a

táplálkozási minták, kialakul a helyes étkezési mód, a táplálkozási magatartás (9.12. táblázat).

Energiaszükséglet, táplálék-összetevők, élelmiszercsoportok. A gyermekek energiaszükséglete emelkedik, a növekvő fizikai aktivitással együtt változik. A nemnek és életkornak megfelelő energiaszükségletet táblázatok tartalmazzák. A napi energia szükséglet 50–60%-át szénhidráttal, 30%-át zsírral, 7–15%-át fehérjével kell fedezni, az élelmi rost mennyisége pedig 0,5 g/kg legyen naponta. A folyadékszükséglet ekkor már csak 60–80 ml/kg/nap. Fontos, hogy az élelmiszerek kiválasztásakor mind az öt alap élelmiszer-csoport szerepeljen a választottak között. A kenyér és a cereáliák az energia-, fehérje-, rost- és az ásványi anyag tartalmuk miatt fontosak; a teljes kiőrlésű gabona termékek fogyasztása ajánlott. A gyümölcs, zöldségfélék esetében a vitamin-, ásványi anyag, rost-, keményítő- és a cukortartalom emelhető ki; a szükséglet gyümölcs, gyümölcsle, zöldségek fogyasztásával biztosítható. A hús és húsfélék esetében a fehérje-, zsír-, vitamin-, vas- és ásványi anyag tartalom említhető; baromfi, nem zsíros hús, hal fogyasztása ajánlott. A tej és tejtermékek csoportjában a fehérje-, szénhidrát-, zsír-, vitamin- és Ca-tartalom fontos, a kis zsír- és só-tartalmú tejtermékek és sajtok fogyasztása előnyös. Az olaj, margarin, vaj, zsír csoportban az energia-, zsírsav-, vitamin tartalom említhető; a növényi zsiradék fontossága és a modern ételkészítési eljárások emelhetők ki (9.12.táblázat).

9.12. táblázat A gyermekek táplálkozása

- Az energiaszükséglet emelkedik, a fizikai aktivitással változik
- Tápanyagszükséglet:
 - szénhidrát: 50–60%,
 - zsír: max. 30%,
 - fehérje 7–15%,
 - rost: 0,5g/kg
- Folyadékszükséglet: 60–80ml/kg/nap

- Kerülendő: a cukros, zsíros, sós ételek fogyasztása
- Az káros étkezési szokások elhagyása javasolt

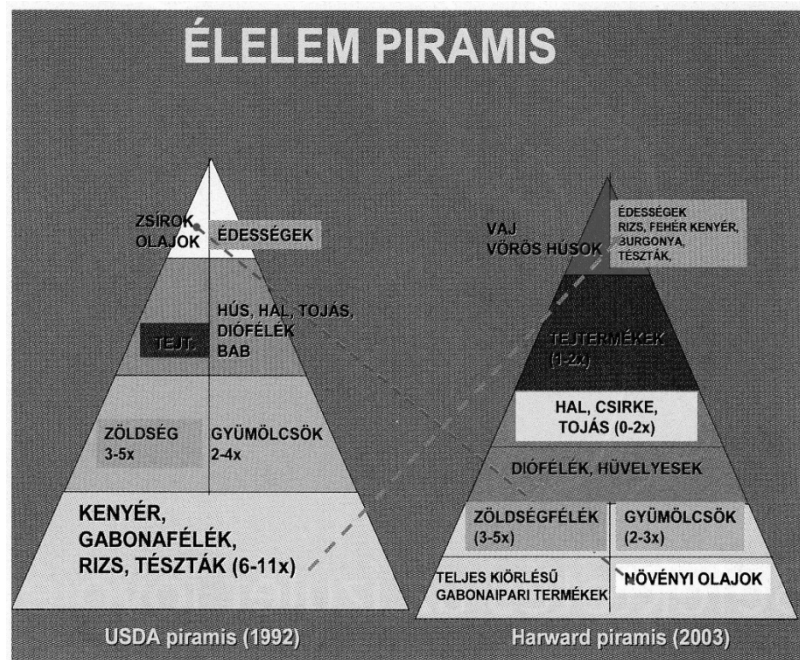
A gyakorlatban az egyes táplálékcsoportok fogyasztására vonatkozó követelmények betartása a *helyes táplálkozás piramisa* elvei alapján biztosítható. A korábban az ún. USDA élelempiramis (1992) alkalmazását ajánlották. Ennek talapzatát a teljes kiőrlésű lisztből készült kenyerek, gabonafélék, rizs, tésztafélék alkotják. Felette a zöldségfélék, főzelékek, illetve gyümölcsök helyezkednek el. Majd a tej, tejtermékek, illetve a húsfélék, tojás, hüvelyesek, olajos magvak következnek, s a piramis csúcsára kerülnek a zsírok, olajok és az édességek.

Az utóbbi években inkább a Harward élelempiramist (2003) veszik alapul. Ennek talapzatát a teljes kiőrlésű gabonai termékek és a növényi olajok képezik, felettük a zöldségek és a gyümölcsök helyezkednek el. A rizs, a fehérkenyér és a tészták pedig felkerültek a piramis csúcsára. A két ételpiramist az 9.1. ábra mutatja be.

Az étrend összeállításának praktikus szempontjai. Fontos a praktikus teendők érthető meghatározása is. Kerülni kell a magas zsírtartalmú húsok, tejkészítmények fogyasztását. Az étrendben kapjanak hangsúlyt a cereáliák, zöldségek, gyümölcsök, tehát a növényi eredetű, magas rosttartalmú táplálékok. Az ételek, italok cukrozása káros és felesleges. A kielégítő vitamin és ásványi anyag bevitelre is gondolni kell. Konyhatechnikai változtatásokra is szükség lehet: előnyben kell részesíteni a párolást, a vízben főzést, a bő olaj nélküli sütést. Az étrendben főtt és nyers ételek egyaránt szerepeljenek.

A káros étkezési szokások kialakulásának megelőzésére szükséges törekedni. Kerülendő a cukros, zsíros, sós ételek fogyasztása. Káros étkezési szokásnak tekinthető, ha a reggeli elmarad, ha nincs meg a napi ideális ötszöri étkezés. Továbbá ha kevés a tej- és a gyümölcs-fogyasztás, ha gyakran kerül sor gyors étkezési lehetőségek igénybevételére (9.13. táblázat).

9.1. ábra. A helyes táplálkozás szempontjai az USDA élelempiramis (1992) és a Harward élelempiramis (2003) szerint



9.13. táblázat Helyes táplálkozási szokások kialakítása

- Kenyér és cereáliák: energia, fehérje, rost, ásványi anyag tartalom; teljes kiőrlésű gabona
- Gyümölcs, zöldség: vitamin, ásványi anyag, rost, keményítő, cukortartalom; gyümölcs, gyümölcsle
- Hús, húsfélék: fehérje, zsír, vitamin, vas, ásványi anyag; baromfi, nem zsíros hús, hal
- Tej, tejtermék: fehérje, szénhidrát, zsír, vitamin, Ca; kis zsír- és sótartalmú tejtermékek és sajtok
- Olaj, margarin, vaj, zsír: energia, zsírsav, vitamin; növényi zsiradék, modern ételkészítési eljárások

Alternatív táplálkozás

Napjainkban a gyermekek és serdülők körében a szülői megfontolás és elhatározás következményeként az alternatív táplálkozási módok alkalmazása is előfordul (9.14. táblázat).

A *vegetarianizmus* gyűjtőfogalom, azokat az irányzatokat foglalja magában, amelyek esetében energiát szolgáltató táplálékként gabonaféléket, zöldségeket, gyümölcsöket, magvakat, gyökereket és dióféléket alkalmaznak. Több típusa különíthető el és átmenet van a különböző csoportok között. A legszigorúbb típust a vegán étrend követése jelenti, amikor az ezt alkalmazók semmilyen állati eredetű tápanyagot nem fogyasztanak, még mézet sem. A szemi-vegetarianizmus követői a növényi táplálékok mellett állati eredetűeket is fogyasztanak. Ezen belül elkülöníthető a lacto-ovo vegetarianizmus, amikor a tej és a tojás is az étrend részét képezi, lacto-vegetarianizmus, mely esetében kizárólag a tej a megengedett állati eredetű táplálékok közül, és van a pescó- és pollo-vegetarianizmus, ahol a fenti táplálékok mellett a hal, illetve a csirke is fogyasztható. Ez utóbbi a legenyhébb forma. Az irányzatokat és az esetleges következményeit a 9.14. táblázat mutatja be.

9.14. táblázat Alternatív táplálkozási módok

- Vegetarianizmus
 - Vegan diéta
 - Lakto-ovo-vegetarianizmus
 - Lacto-vegetarianizmus
 - Pesco-vegetarianizmus
 - Pollo-vegetarianizmus
 - Egyoldalú táplálkozás, hiányállapotokhoz vezethet
- Fogyó/erősítő kúrák
 - Testkontroll, méregtelenítés, bizarr étrendek
 - Testséma-zavarok, pszichoszomatikus problémák

A vegetarianizmus eredeti törekvése az egészséges táplálkozás megvalósítására irányult, aminek alapját az képezte, hogy a gabonafélék, gyümölcsök, zöldségek fogyasztásának előnye ismertté vált a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében. A *vegetarianizmus szélsőségesebb irányzatainak* alkalmazása esetén azonban az egyoldalú táplálkozás hiányállapotok kialakulásához vezethet: a vas, B-vitaminok, Ca és D-vitamin, nyomelemek hiánya mellett még fehérje-hiányos állapot és a növekedés lassulása is előfordulhat. Mindezek miatt az étrendek kiegészítésére és a gyermekek folyamatos és körültekintő követésére nagy figyelmet kell fordítani.

Az ún. *fogyó és erősítő kúrák* túlhajtott alkalmazása a média és a reklámpia hatásának tulajdonítható. A lányok körében az előbbieket, a fiúk esetében az utóbbiak fordulnak inkább elő. Testséma-zavarokhoz vezethetnek és pszichoszomatikus zavarok forrásai is lehetnek.

Táplálkozási zavarok

A táplálkozási zavarok csoportját mutatja be a 9.15. táblázat.

9.15. táblázat Táplálkozási zavarok

- Pszichés zavarok
 - pica, szelektív evés
 - étel elutasítása, fóbiás evészavar
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa, éjszakai falás, premenstruális nassolás
- Orthorexia nervosa

A csoportba több pszichés zavar és súlyos pszichiátriai betegségek is besorolhatók. Az enyhébb formák közé tartozik a nem ételt jelentő anyagok evése, a csak néhány étel elfogadását jelentő szelektív evés, az étel időleges elutasítása pszichés problémák esetén és a pszichotraumát követő fóbiás

evészavar is. Az anorexia nervosa, a bulimia nervosa és az újabban megismert orthorexia nervosa pedig igazi pszichiátriai kórképek.

Az *anorexia nervosa* súlyos pszichoszomatikus betegség. Gyermekkori, prepubertásban és pubertásban előforduló formái ismertek. A betegség kifejezett pszichés zavarokkal jár. Az elhízástól való félelem miatt az étkezés szigorú korlátozása következik be, amit fokoz a testképzavar, az önértékelés csökkenése, ezek mellett depresszió és szorongás is előfordul. A fogyás következtében kialakuló anyagcserezavar elektrolit-eltérésekhez, keringési problémákhoz vezethet. Az endokrin szabályozás felborul, a havi vérzés is felfüggesztődik. A nagyon súlyos esetek akár halállal is végződhetnek. A kezelés alapja a kiváltó okok felismerése, az ezt figyelembe vevő pszichoterápia folytatása és a másodlagos elváltozások befolyásolása.

A *bulimia nervosa*, az *éjszakai falás* és a *premenstruális nassolás* hátterében az étvágy szabályozás zavarai állnak. Kialakulásukban a pszichogén tényezők szerepe fontos. Feltárásuk a terápia szempontjából fontos, az állapotok is pszichoterápiával kezelhetők.

Az *orthorexia nervosa* esetén az érintett személyek az egészséges élelmiszerek fogyasztásának megszállottjai, akik legszívesebben a saját maguk által készített vagy ellenőrzött táplálékokat fogyasztják. Ételeiket jó előre megtervezik, és a tervük betartásához ragaszkodnak. Túlzott aggodásuk az élelmiszer minősége miatt pszichoterápiát igényelhet.

10. FIZIKAI AKTIVITÁS, SPORTOLÁS. TESTNEVELÉS, GYÓGYTESTNEVELÉS

A fizikai aktivitás, fontossága, hiányának következményei

A megfelelő fizikai aktivitás biztosítása az egészséges életmód egyik fontos összetevője. A *fizikai aktivitás* olyan tevékenység, aminek során aktív izomműködéssel erőkifejtés történik. Ide sorolható a mindennapi tevékenység, a fizikai munka, a szabadidős mozgásprogramok és a sportolás is. A *tréning vagy edzés* megtervezett és strukturált fizikai aktivitást jelent, célja a fittség elérése vagy növelése. A *fitneszt vagy fittséget* leginkább az állóképességgel jellemezhetjük. A *sportolás* meghatározott szabályok szerint végzett speciális fizikai aktivitás folytatása, gyakran versenyzés keretében. A *testnevelés* különböző mozgásformák célszerű alkalmazását jelenti, ami harmonikus szomatikus fejlődést biztosít az egészséges szervezet számára a növekedés és a fejlődés időszakában. A *gyógytestnevelés* pedig bizonyos egészségkárosodások esetén a testnevelés módszereinek felhasználásával törekszik a károsodások gyógyítására vagy következményeik megelőzésére vagy csökkentésére. A gyermek- és serdülőkorban a fizikai aktivitás, a sportolás nem csupán a harmonikus testi fejlődést segíti, hozzájárul az egyén pszichomotoros fejlődéséhez is (Ép testben ép lélek).

A gyermek- és serdülőkorúak fizikai aktivitása azonban napjainkban nem kielégítő. Ezt a véleményt támasztják alá azok a tények, melyeket a témakör tárgyalásának kiinduló pontjaiként az 10.1. táblázat mutat be. A 11-17 éves korosztályba tartozók életmódját vizsgáló Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) 2014-es felmérés szerint a lányok egyharmadának, a fiúk felének fizikai aktivitása bizonyult elfogadható mértékűnek, s az életkor emelkedésével mind a fiúk, mind a lányok fizikai aktivitása gyakrabban minősült kedvezőtlenebbnek.

A befolyásoló tényezők közül kiemelhető, hogy a gyermekek és a serdülők jelentős hányada túl sok időt tölt a televízió és a számítógép előtt.

A gyermek- és serdülőkorúak nem kielégítő fizikai aktivitása oki szerepet játszik a gyermek- és serdülőkori elhízás világszerte észlelhető növekedésében. Ennek további következményei az elhízás másodlagos anyagcsere-zavarai, melyek a 2-es típusú diabetes mellitus és az érlemeszesedés kialakulását segítik elő már a gyermekkorban is.

10.1. táblázat Kiinduló pontok a fizikai aktivitás fontosságának megítéléséhez

- A gyermek- és serdülőkorúak fizikai aktivitása nem kielégítő.
- A 12 éves kor feletti mintegy harmada csak az iskolai testnevelés keretében mozog; az aktívan sportolók aránya nem kielégítő
- A Tv és videó-nézéssel, számítógép-használattal töltött idő magas
- A gyermek- és serdülőkori elhízás növekvő gyakoriságában a fizikai inaktivitás szerepe meghatározóan fontos.
- Az elhízás következményes anyagcsere-zavarai a 2-es típusú diabetes és az ateroszklerózis segítik elő.

A fizikai aktivitás hiányának következményeit mutatja be a 10.2. táblázat.

10.2. táblázat A fizikai inaktivitás következményei

- Elhízás és következményei
- Tartási rendellenességek kialakulása
- Csökkent fizikai terhelhetőség
- A szellemi teljesítő képesség csökkenése
- Életöröm, önértékelés, önbizalom csökkenése

A táblázaton az elhízás következményei mellett a normális életvitelt megzavaró fontos hatások szerepelnek.

A fizikai aktivitás hatásai

A 10.3. táblázat a fizikai aktivitás legfontosabb hatásait összegzi. Látható, hogy az energia-mérleget befolyásoló hatás mellett a fizikai aktivitás befolyással van az anyagcsere folyamatokra és fontos általános hatásokkal is rendelkezik.

10.3. táblázat A fizikai aktivitás hatásai

- A fizikai aktivitás hatása az energia-egyensúlyra
- A fizikai aktivitás hatása az anyagcsere folyamatokra
- A fizikai aktivitás általános hatása

Az energia-egyensúlyra gyakorolt hatás alapja, hogy a fizikai aktivitás energiaszükséglete az energiafelhasználás fontos komponense, a fizikai aktivitásra a napi energiafelhasználás 15-30%-a fordítódik. Emiatt a fizikai aktivitás mértéke meghatározó szerepet játszik az egyén energiaegyensúlyának alakulásában, a mozgásszegény életmód elhízáshoz vezethet, a fizikai aktivitás növelése pedig az elhízás kezelésének fontos lehetősége.

A fizikai aktivitás kedvező hatásait az anyagcsere folyamatokra elhízásban kiterjedten tanulmányozták (10.4. táblázat).

10.4. táblázat A fizikai aktivitás hatása az anyagcserére

- A szénhidrát-anyagcsere eltéréseinek javulása
- A lipoprotein-anyagcsere eltéréseinek javulása
- A hipertónia csökkenése

A fizikai aktivitás fokozására a szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltérései egyaránt javulást mutattak. A fizikai aktivitás fokozása és a kiegyensúlyozott

táplálkozás alkalmazása csökkenti az emelkedett vércukorszintet és a csökkent glukóz-tolerancia is javulhat, sőt rendeződhet. Erre a kezelésre az elhízásban előforduló zsíryanycsere-zavar is mérséklődik, s emellett a hiprtónia mértéke is csökken. A kérdésre az elhízás tárgyalása során még visszatérünk.

Fontosak a fizikai aktivitás általános hatásai is (10.5. táblázat). A testösszetétel kedvező alakulása a fizikai aktivitás hatására a zsírszövet részarányának csökkenésében és a zsírmentes testtömeg, elsősorban az izomtömeg növekedésében nyilvánul meg. A fizikai aktivitás hatására növekszik a csont ásványi anyag tartalma is. Minthogy az egyén a csúcs-csonttömegét a fiatal felnőttkor kezdetére éri el, a gyermek- és serdülőkori sportolás jelentős hatással lehet a csúcs-csonttömeg kialakulására. A fizikai aktivitás hatására az edzettség mértéke fokozódik, a fizikai teljesítő képesség javul. A fizikai aktivitás emellett kedvező pszichés hatással is jár.

10.5 táblázat A fizikai aktivitás általános hatásai

- A testösszetétel kedvező alakulása
- A csont ásványi anyag tartalmának növekedése
- A fizikai teljesítő képesség javulása
- Kedvező pszichés hatás

Az egészséges táplálkozás és a kielégítő fizikai aktivitás együttes folytatása további előnyökkel is járhat. Nemcsak azért, mert az egészséges táplálkozás alacsony energia-bevitele magasabb energia-felhasználással társul. A fizikai aktivitás emellett kompenzálni képes az egészséges étrendre történő áttéréskor bekövetkező alapanyagcsere csökkenést is. A kérdésre az elhízás kezelése kapcsán még kitérünk.

Az életkori sajátosságoknak megfelelő fizikai aktivitás a gyermekkorban

A fizikai aktivitás bemutatott sokrétű kedvező hatása indokolja, hogy gyermek- és serdülőkorban a nemi és az életkori sajátosságok figyelembe vételével minden gyermek és serdülő számára biztosított legyen a megfelelő fizikai aktivitás, a sportolás lehetősége.

Óvodáskorban a nagy mozgásigény kielégítésére az életkornak megfelelően a játékos testnevelési foglalkozások ajánlhatók leginkább. Kisiskolás (6–10 éves) korban emellett az ügyesség és az állóképesség fejlesztése is szerepet kaphat a foglalkozások megválasztásában. A 10–14 éves korban már különböző sportágak alapelemei is elsajátíthatók, s ez a korosztály már bizonyos edzőmunka vállalására is alkalmas. A 14–18 éves korban az állóképesség fokozása, az egyes sportágak technikai elemeinek tökéletesítése és a versenyhelyzet megismerése lehet az adekvát célkitűzés.

Az egyénnek megfelelő edzésprogram kialakítása szakemberek feladata. A 10.6. táblázat csupán az érvényesítendő általános szempontokat foglalja össze.

10.6. táblázat Az edzésprogram kialakításának szempontjai

- Tájékozódás az egyén teljesítő képességéről
- A teljesítő képesség felmérése
- A terhelés fokozatos emelése
- A gyakorlatok során elérendő pulzusszám meghatározása
- A mozgásformák kombinálása
- Bemelegítés, intenzív fizikai aktivitás, levezetés

Az első lépés annak tisztázása, hogy „kezdőről” vagy „haladóról” van szó. Ezt követi a teljesítő képesség felmérése. Fontos, hogy a terhelés emelése fokozatos legyen. A pulzusszám a gyakorlat során az előre meghatározott értékek között maradjon. A foglalkozás bemelegítésből, intenzív fizikai aktivitásból és levezető szakaszból álljon. A foglalkozásokon a dinamikus és a statikus mozgásformák

indokolt kombinációjára kerüljön sor. A dinamikus mozgásformák kis intenzitású, hosszabb ideig tartó testmozgást jelentenek, az aerob anyagcserére támaszkodnak, elsősorban a kardiovaszkuláris erőnlét javítására szolgálnak, a nagy intenzitású, rövid ideig tartó, statikus mozgásformát jelentő edzés pedig, amihez a nagy energiájú foszfátvegyületek szolgáltatják az energiát, elsősorban az izomerő növekedéséhez való. Gyermekek- és serdülőkorban az erőnlét javítására, illetve a túlsúlyosság vagy elhízás megelőzésére elsősorban a dinamikus mozgásformák ajánlottak. Ezek a gyaloglás, kocogás, futás, túrázás, kerékpározás, úszás, tenisz és a különböző labdajátékok (l. az elhízással foglalkozó fejezetet is).

Az iskolai testnevelés és sport célja egyrészt az, hogy a tanulók megszeressék a rendszeres mozgást, a testedzést, igényeljék és tudják alkalmazni a jó fizikai állapot elérésének és megtartásának módszereit, másrészt célkitűzés az is, hogy ismerjenek meg sportágakat, tapasztalják meg a versengés örömét, s érdeklődésük esetén sportolóvá váljanak.

Könnyített testnevelés és gyógytestnevelés

Lehetséges azonban olyan helyzet is, hogy a tanuló egészségi állapota miatt nem képes az iskolai testnevelési foglalkozások teljesítésére. Ilyenkor is fontos azonban a mozgás örömeinek megismerése, s ilyen esetben a tanuló egészségi állapotának ismeretében számára speciális testnevelési foglalkozási forma biztosítása szükséges. Ilyen formák a könnyített testnevelési foglalkozás és a gyógytestnevelés fokozatai.

A 10.7. táblázat a gyógytestnevelés definícióját mutatja be. A gyógytestnevelés a testnevelés speciális területe. Egyes állapotok, betegségek javítását, gyógyítását vagy előrehaladásuk lassítását, következményeinek megelőzését szolgálja. Mindezt a testnevelés módszereinek célszerű alkalmazásával éri el, s egyben kielégíti a részvevő testnevelés iránti igényét is.

10.7. táblázat Gyógytestnevelés

- A gyógytestnevelés a testnevelés módszereinek felhasználásával betegségek megelőzésére és gyógyítására alkalmas.
- A gyógytestnevelés egyrészt kielégíti a mindenkori testnevelési igényeket, másrészt tudatos, tervszerű munkával hozzájárul az egyes betegségek, elváltozások prevenciójához vagy korrekciójához az iskolai kereteken belül.

A 10.8. táblázat a gyógytestneveléssel kapcsolatos rendelkezések lényegét foglalja össze. Fontos kiemelni, hogy a gyógytestnevelés intézménye a pedagógiai szakszolgálatok közé tartozik, megszervezése az iskolafenntartó feladata, a részvétel lehetőségét minden rászoruló számára biztosítani szükséges.

10.8. táblázat Rendelkezések a gyógytestnevelésről

- A pedagógiai szak-szolgálatok közé sorolt gyógytestneveléssel kapcsolatos kérdéseket jogszabály szabályozza.
- A jogszabály előírása szerint az iskola fenntartója az önkormányzattal együttműködve szervezi meg az érintett tanulók gyógytestnevelési ellátását
- Az orvosi, szakorvosi vélemény alapján a gyógytestnevelésre utalt gyermeket a fenntartó által kijelölt iskolában, a feltételeket biztosítva kell foglalkoztatni.

Ezt követően a könnyített testnevelés, a gyógytestnevelés fokozatainak a kritériumait mutatjuk be a 10.9. és a 10.10. táblázatokban.

10.9. táblázat Könnyített testnevelés

- I. kategória: részvétel könnyített testnevelési órán:
a fizikai állapot romlása hosszabb betegség miatt,
kismértékű mozgásszervi elváltozások,
nem súlyos belgyógyászati betegségek,
a testnevelési órák egyes gyakorlatai nem végezhetőek
- A normál testnevelési óra keretében végzett foglalkozás az adott iskolában tanító testnevelő tanár vezetésével.

10.10. táblázat Gyógytestnevelés

- II. kategória: gyógytestnevelési órán vesz részt a tanuló,
ha mozgásszervi, belgyógyászati stb. elváltozása miatt sajátos,
az állapotát figyelembevevő foglalkozásokat igényel.
- II/A kategória: orvosi javaslat alapján testnevelési órán is részt vehet,
osztályzatát a gyógy-testnevelő tanár állapítja meg.
- II/B kategória: csak a gyógytestnevelési órán vehet részt,
az egészségi állapotának megfelelő foglalkozásokon.
osztályzatát a gyógy-testnevelő tanár állapítja meg.

Ezek a táblázatok külön kommentárt nem igényelnek. A testnevelés alóli felmentés a III. kategóriának felel meg. A tanulót a testnevelési órán való részvétel alól akkor kell felmenteni, ha mozgásszervi, belgyógyászati stb. elváltozása nem teszi lehetővé a gyógytestnevelési órán való részvételét sem.

Végezetül két fontos kérdést kell hangsúlyoznunk. A könnyített testnevelésre és gyógytestnevelésre beosztott gyermekek ellátásának érdekében szoros együttműködés szükséges az iskolaorvosok és a pedagógusok között.

Kiemelten fontos a teljesen felmentett tanulók számának csökkentése, hogy minél több gyermek részesüljön megfelelő mozgásélményben.

11. GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORI ELHÍZÁS

A gyermek- és serdülőkori elhízás jelentősége, kialakulása és vizsgálata

A gyermek- és serdülőkori elhízás azok közé a betegségek közé tartozik, melyek kezelését és gondozását szakmai állásfoglalás kiemelt prevenciós feladatnak minősíti. Ennek egyik oka az, hogy a gyermek- és serdülőkori elhízás prevalenciája világszerte növekvő tendenciát mutat. Az elhízott gyermekek esetében emellett gyakran észlelhetők a szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltérései, és az elhízott gyermekek egy részében hipertónia is kialakul. Fontos tény továbbá, hogy az elhízott gyermekek és serdülők többsége kövér felnőtté válik. A felnőttkorba történő átmenete miatt a gyermekkori elhízás a felnőttkori ateroszklerotikus eredetű kardiovaszkuláris betegségek és a 2-es típusú diabetes mellitus komplex veszélyeztető tényezőjének tekinthető. Az elhízás gyermekkorban történő felismerése és eredményes befolyásolása emiatt végső soron ezeknek a felnőttkori betegségeknek a megelőzését szolgálja.

Az elhízás a test zsírtartalmának kóros mértékű felszaporodása. Ez az általános definíció a gyermek- és serdülőkori elhízásra is érvényes, noha a test zsírtartalma az egyes életperiódusokban jelentősen változik. Az elhízás kialakulásában szerepet játszó patogenetikai tényezőket a 11.1. táblázat mutatja be. A test zsírtartalmának a normális értékekhez viszonyított növekedése minden életkorban az energiaháztartás egyensúlyi zavarának a következménye. A pozitív energiamérleg egyaránt adódhat a fokozott bevitelből, a csökkent felhasználásból és lehet inadekvát szabályozás következménye is. A táplálékfelvétel és az energiafelhasználás folyamatait neurohormonális és pszichés tényezők szabályozzák, s a reguláció működését pedig genetikai és környezeti tényezők határozzák meg. A fokozott zsírraktározás következményes anyagcsere-eltérések és társuló kóros állapotok kialakulásához vezethet már a gyermekkorban is.

11.1. táblázat Patogenetikai tényezők az elhízás kialakulásában

- Az energiamérleg alakulása
- Neurohormonális szabályozás
- Genetikus és környezeti tényezők
- Következmények: anyagcsere-eltérések, kóros állapotok

A zsírszövet mennyiségének meghatározása ma már számos módszerrel lehetséges (denzitometria és az ún. hígításos módszerek, a test elektromos vezetőképességének vizsgálata, képpalkotó eljárások felhasználása, a kettős energiájú röntgen-sugár abszorpció módszere (DEXA). Ezek az eljárások azonban az alapellátás gyakorlatában a bonyolultságuk, az idő- és műszerigényük miatt nem alkalmazhatók. Az elhízás megítélésére a fentiek miatt gyermek- és serdülőkorban antropometriai módszerek felhasználására kerül sor, melyek egyszerűen meghatározható testméreti adatokból következtetnek az elhízás fennállására. A módszereket a 11.2. táblázat összegzi.

11.2. táblázat Az elhízás megítélésére alkalmas antropometriai módszerek

- Testtömeg percentilisek (életkorra, testmagasságra vonatkozóan)
- Testtömeg Z-score (SD értékben kifejezett eltérés)
- Testtömeg index – BMI (testsúly/testhossz², BMI percentilisek)
- BMI Z-score (SD értékben kifejezett eltérés)

Ma gyermekkorban a BMI percentilisek alkalmazása javasolt. Azt vizsgáljuk, hogy az adott gyermek BMI értéke mely a nemnek és életkornak megfelelő *BMI percentilis tartományba* esik. Túlsúlyos az, akinek BMI értéke az életkori 85. és 97. BMI percentilis érték közé esik, az elhízottak BMI-je pedig a 97. BMI percentilis-értéket meghaladja. (A nemzetközi gyakorlatban a hazai 97. BMI percentilis helyett a 95. BMI percentilis értéket használják.)

Alkalmazható a BMI Z-score is, ami azt mutatja meg, hogy a vizsgált gyermek aktuális BMI értéke a nemnek és életkornak megfelelő BMI átlagértéket hány SD-értékkel haladja meg. A módszer alkalmazását lehetővé teszi a nem szerinti és életkori BMI átlagértékek és SD-értékek elérhetősége.

A gyermek- és serdülőkori elhízás formái, az ún. egyszerű elhízás jellemzői

Az elhízás vizsgálata során fontos gyakorlati kérdés az elhízás típusának megállapítása (11.3. táblázat). Az elhízás a gyermekkorban is alapvetően két csoportba osztható. Az első csoportot az ún. egyszerű, idiopátiás, exogén, "mindennapi" obezitás jelenti, a másodikba pedig a hormonális betegségek és gyógyszerhatás következtében kialakuló obezitás-formák, továbbá azok az esetek tartoznak, amelyekben az elhízás öröklődő, ritka szindrómák részjelenségeként észlelhető. Ezen heterogén csoportot másodlagos elhízás néven is összefoglalják.

11.3. táblázat A gyermek- és serdülőkori elhízás formái

- Idiopátiás vagy egyszerű elhízás
- Gyógyszerek okozta elhízás
- Endokrin elhízás
- Genetikus szindrómák elhízással

Az *egyszerű obezitást* a gyermekkorban klinikailag az egyenletes elhízás jellemzi. A kövérség már óvodáskorban kezdődhet, iskoláskorban fokozódhat, leginkább a pubertást megelőző fejlődési szakban bontakozik ki. Mérsékelt emelkedett vérnyomás, csípőtájon, melleken striák, esetleg a nyakon acanthosis nigricans észlelhető lehet. A növekedés üteme gyorsult, a csontfejlődés általában akcelerált. A nemi fejlődés is inkább gyorsult, lányokban a megszokottnál korábban következik be a menstruáció. Fiúknál az alhasra lokalizált vastag

zsírréteg esetenként a nemi fejlődés elmaradásának lehetőségét veti fel, azonban a penis és a herék fejlettsége általában a kornak megfelel (11.4. táblázat).

11.4. táblázat Az ún. egyszerű elhízás gyermek- és serdülőkorban

- Diffúz elhízás
- Fokozott növekedés
- Gyorsult csontérés
- Normális pubertás
- Másodlagos anyagcsere-eltérések és szövődmények

A *másodlagos elhízás* egyes formáinak gyakorisága csupán a gyermek- és serdülőkori elhízás eseteinek pár százalékára tehető.

Anyagcsere-eltérések gyermek- és serdülőkori elhízásban

Az elhízásban észlelhető másodlagos anyagcsere-eltéréseket a 11.5. táblázat mutatja be. Az elhízott gyermekek esetében a szénhidrát-anyagcsere eltéréseiként kimutathatók a glükoreguláció zavarai: az emelkedett éhgyomri vércukor szint (impaired fasting glucose – IFG), a csökkent glukóz tolerancia (impaired glucose tolerance – IGT) és kialakulhat a 2-es típusú diabetes mellitus (2TDM) is. A gyermekkori elhízás gyakoribbá válása a 2TDM prevalenciájának növekedését eredményezi már a gyermekkorban is. Kimutathatók a lipoprotein-anyagcsere zavarai is. Az elhízásban észlelhető diszlipidémiát az összkoleszterin (T-C), az alacsony denzitású lipoprotein koleszterin (LDL-C) és a triglicerid (Tg) szérumszintjének emelkedése mellett a magas denzitású lipoprotein koleszterin (HDL-C) szérumszintjének csökkenése jellemzi. Az ateroszklerózis kialakulásában játszott szerepe miatt a Tg szint emelkedésével és a HDL-C szint csökkenésével járó diszlipidaemiát az aterogén diszlipidaemia névvel illetik. Az elhízott gyermekek egy részében hipertónia is észlelhető.

Emiatt a gyermekkori elhízás jelentős hányadában igazolható a metabolikus szindróma fennállása is, aminek összetevőit a 11.6. táblázat tartalmazza.

11.5. táblázat A szénhidrát és a lipoprotein anyagcsere eltérései

- Szénhidrát-anyagcsere
 - Csökkent glukóztolerancia
 - Hiperinzulnémia
 - Inzulinrezisztencia
- Lipoprotein-anyagcsere
 - Hipertrigliceridémia
 - Hypercholesterinaemia
 - Csökkent HDL-C szint

11.6. táblázat A metabolikus szindróma összetevői

- Centrális obesitas
- Diszlipidémia
 - Triglicerid emelkedés
 - LDL-C csökkenés
- A glukoreguláció zavara
 - Emelkedett ÉVC
- Hipertónia

A metabolikus szindróma diagnosztikus kritériumai a felnőtt- és a gyermekkorban is jelentősen változtak az elmúlt két évtizedben, a kritériumok a feltüntetett összetevőket minősítik. Napjaink állásfoglalása szerint a metabolikus szindróma nem külön entitás, nem valódi szindróma, s helyette az elhízott gyermek kardiometabolikus rizikótényezőinek feltárására kell törekedni.

A gyermek- és ifjúság-egészségügy feladatai az elhízás kezelésben és gondozásban

A fenti tényezők együttesen indokolják az elhízott gyermekek kezelésének és gondozásának szükségességét. Az érveket a 11.7. táblázat összegzi.

11.7. táblázat Az elhízott gyermekek kezelésének és gondozásának szükségessége

- A gyermekkori elhízás prevalenciája nő
- Az elhízott gyermekek többsége kövér felnőtt lesz
- Gyermekkori elhízásban a hipertónia, a szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltérései gyakran észlelhetők
- A gyermekkori elhízás a felnőttkori kardiovaszkuláris betegségek és a 2-es típusú diabetes mellitus rizikótényezője

A gyermekkori elhízás kezelése és gondozása komplex feladat, melynek elemeit a 11.8. táblázat mutatja be.

11.8. táblázat Módszerek a gyermek és serdülőkori elhízás kezelésében

Étrendi kezelés

A fizikai aktivitás fokozása

Pszichés támogatás/magatartásterápia

Az *étrendi kezelés* célja elhízásban, hogy az energiafelvétel csökkentése révén a negatív energiamérleg kialakulását és ez által a testsúlycsökkenés bekövetkezését segítse elő. Az étrendi kezelés során alkalmazott étrendnek több feltételt kell kielégíteni (11.9. táblázat).

11.9. táblázat Az étrendi kezelés követelményei gyermek- és serdülőkori elhízásban

- A zsírintes testsúly ne csökkenjen
- Anyagcserezavar ne alakuljon ki

- A növekedés ne álljon le
- A diéta kifejezett éhségérzettel, pszichés feszültséggel ne járjon

Az alkalmazandó étrend az elhízás súlyosságának függvénye.

A túlsúlyosság eseteiben elegendő lehet az egészséges, kiegyensúlyozott táplálkozás követelményeinek betartása. Az elhízás fennállásakor, mérsékelt elhízás esetén már szükség lehet arra, hogy az energiabevitel nagyságát előírjuk, és ennek érdekében az étrendben egyértelmű megszorításokat tegyünk, ügyelve a kiegyensúlyozottságának biztosítására. Kifejezett elhízásban, különösen súlyos szövődmény egyidejű fennállásakor, még szigorúbb megszorításokra is szükség lehet, intézeti kezelés keretében (11.10. táblázat).

11.10. táblázat Az étrendi kezelés fokozatai gyermek és serdülőkori elhízásban

- A kiegyensúlyozott táplálkozás követelményeinek betartása
- Kiegyensúlyozott táplálkozás az energia-bevitel megszorításával
- Súlyos elhízás intézeti kezelése

A *kiegyensúlyozott táplálkozásról* akkor beszélünk, ha az energia és tápanyagbevitel az élettanilag indokolt szükségletet teljes mértékben kielégíti és a tápanyagok egymás közötti aránya optimális (11.11. táblázat).

11.11. táblázat A kiegyensúlyozott táplálkozás

- Szénhidrátfogyasztás
az energiabevitel 50–55%-a
(polyszacharid vs. natív cukor)
- Fehérjebevitel
az energiabevitel 15–20%-a
(állati és növényi eredetű)

- Zsírbevitel
az energiabevitel 30%-a (10 : 10 : 10%)
- Élelmi rost 0,5 g/kg/nap

A *praktikus teendők* a fentiekből következnek. Kerülni kell a magas zsírtartalmú húsok, tejkészítmények fogyasztását. Az étrendben kapjanak nagyobb hangsúlyt a cereáliák, zöldségek, gyümölcsök, tehát a növényi eredetű, magas rosttartalmú táplálékok. Az ételek, italok cukrozása káros és felesleges. A kielégítő vitamin és ásványi anyag bevitelre is gondolni kell. Szükség lehet a konyhatechnikai szokások változtatására is. Előnyben kell részesíteni a párolást, a vízben főzést és a sütést a bő olajban történő sütéssel szemben. Ügyelni kell arra, hogy főtt és nyers étel egyaránt szerepeljen az étrendben.

A *diéta összeállítása* nagy körültekintést igényel. Az étrend legyen zsírszegény. A napi energiabevitelnek csak 25-30%-a származzék zsírból. A növényi zsír kedvezőbb, mint az állati eredetű zsiradék. Az egyszeresen telítetlen, a többszörösen telítetlen és telített zsírsavak aránya 12 : 10 : 7% legyen. A szénhidrátfogyasztás az energia-bevitelnek 50–55%-át fedezze. Az étrend poliszacharidákat tartalmazzon inkább, a natív cukrok kerülése kívánatos. Az energiatartalom 15-20%-a származzon fehérjéből. A fehérjebevitel mintegy fele teljes értékű (komplett esszenciális aminosav készlettel rendelkező) állati eredetű fehérje legyen. Az étrendben a rostús növényi eredetű táplálékok megfelelő mennyisége is fontos, az elemi rost kívánatos mennyisége legalább 0,5g/kg/nap. Hangsúlyozzuk az elegendő folyadékbevittelt: ez életkortól függően 1,5–2 liter legyen, lehetőleg kalóriamentes, szénsavmentes ásványvíz. Napi ötszöri étkezés ajánlott, hogy elkerüljük a közti étkezéseket, a nassolást.

A gyermek- és serdülőkori elhízás kezelésének következő eleme a *fizikai aktivitás fokozása*. Célja az, hogy az energiafelhasználás növelésével a pozitív energiamérleg megszűnését és ezáltal fogyást idézzen elő. A fizikai aktivitásra bekövetkező testsúlycsökkenés meghatározóan a test zsírtartalmának

csökkenéséből adódik, a zsírtartalom pedig nem csökken, így bizonyos mértékű testátépítést is eredményez. Kedvező hatásait a 11.12. táblázatban foglaljuk össze.

11.12. táblázat A fizikai aktivitás hatásai gyermek- és serdülőkori elhízásban

- A szervezet zsírtartalmának csökkenése
- A szénhidrát-anyagcsere eltéréseinek javulása
- A lipoprotein-anyagcsere eltéréseinek javulása
- A hipertónia csökkenése
- A fizikai teljesítőképesség javulása
- Kedvező pszichés hatás

A diéta és a fizikai tréning együttes alkalmazása további előnyökkel járhat (11.13. táblázat). Kedvező, hogy az elhízottak kezelésében a pozitív energiamérlegük megszüntetése érdekében energiafelhasználásuk fokozását és energia bevitelük csökkentését egyszerre valósítjuk meg. Az együttes alkalmazásnak további előnye is van. Az étrendi kezelés során ugyanis bizonyos fogyás elérése után az alapanyagcsere adaptív csökkenése következik be. A negatív energiamérleg további fenntartása érdekében e periódusban különösen lényeges a fizikai aktivitás fokozása. Ha csak diétás kezelést alkalmazunk, az elhízottak fizikai munkavégző képessége csökken. Ezt elkerülhetjük, ha a diétát fizikai tréninggel párosítjuk, és a kombinált kezelés a fizikai munkavégző képesség jelentős növekedéséhez vezet.

13.13. táblázat Az étrendi kezelés és a fizikai aktivitás együttes alkalmazása

- Energiamérleg:
energia-bevitel ↓ energia-felhasználás ↑
- A diéta okozta adaptív alapanyagcsere csökkenés kompenzációja
- A diéta során fellépő munkavégző képesség csökkenésének kivédése

Az elhízott gyermekek és serdülők adekvát *mozgásprogramjának összeállításakor* körültekintően kell eljárni (11.14. táblázat).

11.14. táblázat A mozgásprogram kialakításának szempontjai

- A teljesítmény felmérése, a pulzusszám érje el 150/min. értéket
- A terhelés fokozatos emelése
- Alkalmanként 30–45 perc intenzív fizikai aktivitás, 10–10 perc bemelegítéssel és levezetéssel
- Nagyobb izomcsoportokat megmozgató mozgásformák alkalmazása
- Life style elemek felhasználása

Az indításkor tisztázandó alapkérdések: milyen legyen a terhelés mértéke, milyen gyakorlatokból álljon a tréning, a gyakorlatokat milyen gyakran és alkalmanként mennyi ideig szükséges végezni, helyettesíthető-e a tréning a fizikai aktivitás más módon történő fokozásával.

Az egyén számára legmegfelelőbb mozgásprogram kialakítása feltételezi a fizikai terhelhetőség előzetes vizsgálatát. Az alapellátásban előzetes teljesítmény-diagnosztika hiányában arra törekedjünk, hogy a gyakorlatok végzése során a pulzusszám érje el a 150/min. értéket.

A kívánt terhelést biztosító gyakorlatok összeállításakor a fiziológiai szempontokat és az egyéni kívánalmakat szükséges összeegyeztetni. A mozgás-terápiára elsősorban a nagyobb izomcsoportokat megmozgató dinamikus aerob

mozgásformák ajánlottak, mint a gyaloglás, kocogás, kerékpározás, úszás, tenisz és labdajátékok.

A mozgásprogram bevezetésekor a terhelés fokozatos emelésére ügyelnünk kell. A gyakorlatok végzése rendszeres legyen. Ideális esetben a hét minden napjára, de legalább négy-öt napra kell mozgásprogramot ütemezni. Alkalmanként 10 perces bemelegítést követően mintegy 45 perc időtartamú intenzív fizikai aktivitásra kerüljön sor, mégpedig a fenti terheléssel, amit aztán egy 6–10 perces levezetés zárjon. A rendszeres tréning fentiek szerint történő folytatása esetén számíthatunk az optimális anyagcserehatás bekövetkeztére.

A fizikai aktivitás más úton is fokozható. A programozott gyakorlatok előírásánál még előnyösebb is lehet, ha a fizikai aktivitást az életmód-változtatás (life style) elemeinek beépítésével növeljük (pl. gyalog járni az iskolába, háztartási munkát, bevásárlást végezni és ezzel párhuzamosan csökkenteni az ülő életmódot jelentő tv-nézéssel vagy a számítógéppel eltöltött időt). Ezek az elemek az életmódba beépülnek és szokássá válhatnak.

Az étrendi kezelésnek és a fizikai aktivitás fokozásának eredményeit lényegesen befolyásolja a kezeltéknek az elhízásukhoz való emocionális viszonyuk. A gyermekkori elhízás kezelése során emiatt olyan pszichés támogatást szükséges nyújtani, aminek célja a személyiség kedvező alakítása, az érzelmi helyzet rendezése, a motiváció elérése és a család támogatásának biztosítása. Az alapellátás által megvalósítható *magatartás-terápia* szempontjait a gyermek- és serdülőkori elhízásban a 11.15. táblázat mutatja be.

11.15. táblázat A magatartás-terápia a gyermek- és serdülőkori elhízásban

- Egészségnevelési feladatok megvalósítása
Az elhízás lényege, kóros étkezési szokások,
kiegyensúlyozott táplálkozás, fizikai aktivitás.

- A magatartásterápia módszereinek alkalmazása
A fokozatosság érvényesítése, megállapodások kötése, pozitív attitűd kialakítása, a szülők és a családtagok segítségének biztosítása

A magatartásterápia alapvető módszerei a fokozatosság érvényesítése, a megállapodások kötése, az önellenőrzés végzése, a stimulus-kontroll és a stopperek alkalmazása. A fokozatosság érvényesítendő az elhízással kapcsolatos ismeretek elsajátításában, az étrendi kezelésben és a fizikai aktivitás fokozásának a bevezetésében. A megállapodások kötése az elérendő célkitűzések rögzítése, nem egyszerű feladat-kiszabás, hanem a helyzet közös feltárása, melynek célja, hogy a páciens önmaga fogalmazza meg a teendőit és vállalja azok teljesítését. A megállapodások teljesítése feltételezi az önellenőrzést, aminek jó eszköze napló vezetése a táplálkozásról és a fizikai aktivitásról. A stimulus-kontroll az elhízott napirendjének körültekintő megszervezését jelenti, hogy az étkezéssel kapcsolatos külső ingerek ne zavarják meg elhatározásában. A „csábítások” elkerülését egészíti ki a stopperek alkalmazása, ami az étkezést megakadályozó aktivitás-formákat jelenti: házimunka, kertészkedés, sport, stb. Meghatározó jelentősége van az elért eredmények követésének, a folyamatos megerősítésnek, pozitív attitűd fenntartása érdekében.

A gyermek és serdülőkori elhízásban a *gyógyszeres terápiát* a kezelés kérdéseivel foglalkozó munkák általában elutasítják; ennek oka, hogy csak kevés kontrollált tanulmány eredményei állnak rendelkezésre.

A gyermek- és serdülőkori elhízásban *hosszú távú gondozás* végzése szükséges. Ennek feladatait és gyakorlatát a korábbiakban már áttekintettük, amikor gondozás kérdéseit az elhízás-gondozás példáján mutattuk be.

Összefoglaljuk még *a prevenció feladatait* a gyermek- és serdülőkori elhízásban

A gyermek- és serdülőkori elhízás megelőzése a prevenció primer, szekunder és terciér formájának, valamint populációs és rizikócsoporthatár stratégiájának együttes alkalmazását jelenti (11.16. táblázat).

Az elhízás *primer prevencióján* a kialakulásának megakadályozását értjük. Elsőként említendő a kiegyensúlyozott táplálkozás követelményeinek betartása a várandósság folyamán. A csecsemőtáplálás követelményeinek betartása ugyancsak alapvető fontosságú. Gyermek- és serdülőkorban a magas energia- és zsírbevitel, a nem kielégítő fizikai aktivitás vezethet elhízáshoz. A kiegyensúlyozott táplálkozás követelményeinek betartása, a rendszeres fizikai aktivitás, sportolás segít ennek kivédésében.

11.16. táblázat A prevenció feladatai a gyermek- és serdülőkori elhízásban

- Primer prevenció
 - Várandósok egészséges életmódja (táplálkozás, fizikai aktivitás)
 - Női tejes táplálás
 - A gyors csecsemőkorai súlyfejlődés megelőzése
 - Egészséges táplálkozás, fizikai aktivitás gyermekkorban
- Szekunder prevenció
 - Az elhízás időben történő felismerése
 - Az életmód változtatást jelentő intervenció bevezetése
- Terciér prevenció
 - Az elhízott gyermekek és serdülők gondozása

A *szekunder prevenció* az elhízáshoz vezető rizikótényezők felismerését, az elhízás korai stádiumban történő megállapítását és a szükséges intervenció időben történő bevezetését jelenti. Alapja a rizikó személyek és csoportok azonosítása. Az elhízás időben történő komplex befolyásolásával, a nagyobb fokú elhízás kialakulása, ezáltal az elhízás másodlagos anyagcsere következményeinek kifejlődése meggátolható. Az eredményes intervenciónak közösségi

és társadalmi feltételei is vannak (pl. racionális ételmisszer-árpolitika, elérhető sportolási lehetőségek).

A gyermekkori elhízás *tercier prevencióját* jelenti, ha az elhízás súlyos és szövődményes, másodlagos anyagcsere eltérésekkel is járó formáiban komplex gondozással a későbbi súlyos következményeket és ezáltal a felnőttkori veszélyeztetettséget előzzük meg. Ez magában foglalja a szénhidrát- és a lipoprotein-anyagcsere eltéréseinek, a hipertóniának, ortopédiai eltéréseknek stb. az adekvát kezelését.

Végezetül a 11.17. táblázaton összefoglaljuk az *ellátási feladatokat* a gyermek- és serdülőkori elhízásban.

11.17. táblázat Ellátási feladatok a gyermek és serdülőkori elhízásban (összefoglalás)

- Az elhízás fennállásának megállapítása
- Az elhízás súlyosságának és típusának megállapítása
- A másodlagos anyagcsere eltérések és szövődmények feltárása
- Az adekvát kezelés biztosítása, a gondozás megvalósítása
- A prevenció követelményének érvényesítése

Az első elem az elhízott gyermekek azonosítása, ami opportunisztikus vagy célzott szűrővizsgálat végzését igényli. Ezt követi az elhízás súlyosságának megállapítása, majd az elhízás típusainak meghatározása. Ezután következik az elhízás következményeinek és társuló betegségeinek kimutatása. Ezt követően kerülhet sorra az elhízás komplex kezelésének bevezetése, ami az étrendi kezelés megvalósítását, a fizikai aktivitás fokozását és a szükséges pszichés támogatás biztosítását együtt tartalmazza. Folyamatos gondozás szükséges ezután, ami problémafeltáró, reagáló, támogató és megerősítő rendszeres ellenőrzést jelent, ami biztosítja az együttműködés fenntartását és a folyamatos értékelést is. Kiemelt ellátási feladat a prevenció követelményének érvényesítése is.

12. RIZIKÓ MAGATARTÁSFORMÁK A GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORBAN

A dohányzás káros hatásai

A dohányzás a WHO állásfoglalása szerint a betegségek és a korai halálozás legfontosabb megelőzhető oka. Káros hatásai a szénmonoxid, a nikotin és a kátránytermékek effektusain keresztül jutnak érvényre. A dohányzás jelentősen növeli a morbiditást, negatív hatással van a reprodukcióra és növeli a mortalitást is. Ezeket a hatásokat az 12.1., a 12.2. és a 12.3. táblázat összegzi.

12.1. táblázat A dohányzás morbiditást növelő hatásai

- Szív- érrendszeri betegségek: koszorúér-betegség, stroke, perifériás érbetegség
- Krónikus obstruktív tüdőbetegség, tuberkulózis
- Daganatos betegségek: tüdőrák, gégerák, szájüregi rák, nyelőcsőrák, hasnyálmirigyrák, húgyhólyagrák, veserák

12.2. táblázat A dohányzás hatása a mortalitásra

- A várható élettartam csökken
- Az időelőtti halálozás magas
- Magyarországon évente 25 000 ember halálát okozza
- A rákos halálozás 30–50 százalékáért felelős
- A 35 éves nő 3, a 35 éves férfi 5 évvel rövidebb ideig él, ha dohányzó

12.3. táblázat A dohányzás hatása a reprodukcióra

- A meddőség gyakoribb
- A thromboembóliás szövődmények gyakoribbak (fogamzásgátló!)
- A méhen kívüli várandósság gyakoribb
- A menopauza kezdete korábbi

- Károsodik a spermatogenezis
- Gyakoribb az erektilis diszfunkció
- Gyakoribb vetélés, intrauterin elhalás
- Gyakoribb koraszülés, az intrauterin retardáció
- Gyakoribbak a fejlődési rendellenességek
- Magasabb a perinatális halálozás

A dohányzás hozzájárulása a koszorúér-betegség, a stroke, a nagyerek és a perifériás erek betegségeihez bizonyítottan tekinthető. Felelőssé tehető továbbá a tüdőrák, a gégerák, a szájüregi, nyelőcső- és hasnyálmirigy-, húgyhólyag- és veserák kialakulásáért is. A dohányzás növeli továbbá a krónikus obstruktív tüdőbetegség, a tuberculosis gyakoriságát is. Mindezen kedvezőtlen hatások eredményeképpen a dohányzás jelentősen növeli a morbiditást, csökkenti a várható élettartamot, s idő előtti halálozáshoz vezet. A dohányzás negatív hatással van a reprodukcióra. A táblázaton felsoroltak közül a kis születési súllyal születést külön is hangsúlyozzuk, mert bizonyított, hogy ezen egyének körében felnőttkorban nagyobb a kardiometabolikus következmények gyakorisága. A kórházi ápolási költségek, a gyógyszer támogatás költsége, a kereső-képtelenséggel és a rokkantossággal összefüggő kiadások révén a dohányzással összefüggő egészségügyi ellátási költségek mellett jelentős a dohányzás számlájára írható kieső termelési érték is. A dohányzást a magas hazai prevalenciája, a vele kapcsolatos kiadások mértéke, a társuló addikció, valamint a vele ok-okozati kapcsolatban lévő betegségek szerepe a hazai morbiditásban és mortalitásban az egyik legjelentősebb népegészségügyi problémává teszi hazánkban is. Mindezek miatt a dohányzás megelőzése, illetve a dohányzástól való leszoktatás kiemelt preventív feladat.

A dohányzás hazai gyakorisága

A 12.4. táblázat a dohányzás gyakoriságát mutatja be hazánkban. A 2014-es Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) adatai alapján a felnőtt lakosok több mint negyede dohányzik, a nők dohányzásának gyakorisága elmarad a férfiakétól, s kedvezőtlen, hogy a középiskolások dohányzásának gyakorisága megközelíti a felnőttekét. A 9. évfolyamosok egyötöde, a 11. évfolyamosok közel egyharmada heti rendszerességgel dohányzik a HBSC 2014-es adatai alapján.

12.4. táblázat A dohányzás gyakorisága Magyarországon

- Felnőtt férfiak: 33,5%
- Felnőtt nők: 22,2%
- Felnőtt lakosok: 27,5%

A dohányzás elkezdése, gyakorisága gyermek- és serdülőkorban. A serdülőkorúak életmódjának vizsgálati eredményei szerint a dohányosok nagy része serdülő- vagy pedig ifjúkorban kezd el dohányozni, az első kipróbálás átlagosan 13,5 éves korra tehető. A dohányzás kipróbálásának gyakorisága az életkorral szignifikánsan növekszik, 11 éves korban a tanulók 6%-a, 17 éves korban már 61%-a próbálta ki a dohányzást. A rendszeresen dohányzók aránya is emelkedik az életkorral. A hetente legalább egyszer dohányzók aránya a 11 éves fiúk körében 2,2%, míg a 17 éves fiúk esetében már 31%, az arányok a lányok körében e két életkorban 0,9% illetve 29,4%.

A 12.5. táblázaton a gyermek-és serdülőkori dohányzás jellemzőit láthatjuk. A 17 éves korúak dohányzási gyakorisága magas, s kedvezőtlen tendencia, hogy a lányok körében a dohányzás gyakorisága növekszik.

12.5. táblázat A dohányzás gyakorisága a gyermek- és serdülőkorban

- Kipróbálás a 10. életévet követően
- Négyszeres emelkedés 13–15 év között a legalább hetente dohányzók arányában
- 17 éves korban a dohányzók aránya a fiúk között 31%, a lányok között 29%
- A nemi különbségek eltűntek

A dohányzóvá válásban szerepet játszó tényezők. Kiemelhető a *kortársak hatása*, ami csoporthatásként vagy a legjobb barát befolyásaként következik be. Fontos lehet a *család hatása* is. A szülők és az idősebb testvérek dohányzása esetén nagyobb a valószínűsége annak, hogy később a gyermek is dohányozni fog. Fordítva, a szülők mintája a kiegyensúlyozott, stabil családi környezet esetében visszatartó erejű lehet. A hátrányos helyzetű családokban és a szülők alacsony iskolázottsága esetén magasabb a korán dohányozni kezdő gyermekek aránya. Az *iskola hatása* is lényeges. A jó iskolai teljesítményű, sikeres diákok ritkábban dohányoznak, mint a rosszul tanuló, magatartási problémákkal küzdő társaik. A *környezet hatása* sem elhanyagolható. A kisvárosi és falusi serdülők körében gyakoribb a dohányzás, mint a nagyvárosi gyermekek esetében.

A dohányzás elleni küzdelem feladatai

A fentiek a dohányzás elleni küzdelem fontosságára hívja fel a figyelmet. A alapvető feladat a rászokás megelőzése, hiszen a dohányzás szenvedélybetegség, amit kettős függőség, a nikotinfüggőség és a dohányzással kapcsolatos pszichés függőség jellemez. Ugyancsak fontos a dohányzásról történő leszokás segítése. Vizsgálatok bizonyítják, hogy a dohányzás abbahagyása kedvező hatású a morbiditás alakulására, csökkenti a mortalitást, s a leszokottak életminősége javul. A fentiekből vezethetők le a gyermek- és ifjúság egészségügy feladatai a dohányzás elleni küzdelemben, melyeket a 12.6. táblázat sorol fel.

12.6. táblázat A dohányzás elleni küzdelem feladatai a gyermek- és ifjúságügyben

- A dohányzóvá válás, a dohányzásra való rászokás megelőzése
- A dohányzásról való korai leszokás elősegítése
- A dohányzásról való leszokás elősegítése már kialakult betegség esetén
- A passzív dohányzás ártalmának megelőzése

E feladatok teljesítése megkívánja a dohányzók és a dohányzásról leszokni szándékozók identifikálását, a dohányzóknak nyújtott tanácsadást, a dohányzásról való leszokás orvosi segítségét, a dohányzás ellenes közösségi programok támogatását és a passzív dohányzás ellen történő fellépést.

A dohányzóvá válás, a dohányzásra való rászokás megelőzése (12.7. táblázat). A dohányzásra való rászokás elkerülése betegségeket előz meg, s primer prevenció tevékenységet jelent. A dohányzásra való rászokás hazai adatok szerint is egyre fiatalabb életkorban következik be. A fiatalok és a még nem dohányzók rászokásának megelőzése emiatt a primer prevenció tevékenységének fontos eleme. A gyermek-alapellátásnak tudatosítania kell az egészség érték jellegét és ennek keretében fel kell hívni a figyelmet a dohányzás káros hatásaira. Az iskola-egészségügyi ellátásnak pedig a saját egészségnevelési programja keretében segítenie kell az oktatási intézmények dohányzással kapcsolatos egészségnevelési tevékenységét is. E tevékenység végzésében helyzetéből adódóan a védőnők szerepe meghatározóan fontos.

12.7. táblázat A dohányzóvá válás, a dohányzásra való rászokás megelőzése

- Primer prevenció tevékenység
- Módszere az egészségnevelés
- Szinterei: házi orvosi, házi gyermekorvosi rendelők, oktatási intézmények, védőnői tanácsadók, a közösségi élet szinterei

A dohányzásról való korai leszokás elősegítése szempontjait mutatja a 12.8. táblázat.

12.8. táblázat A dohányzásról való korai leszokás elősegítése

- Az addikciót, a betegség kialakulását előzi meg
- Feltétele a dohányzás felismerése
- Módszere: tanácsadás, egyéni foglalkozás

A dohányzásról való korai leszokás segítése abban a stádiumban, amikor betegség kialakulása még nem következett be, ugyancsak a primer prevenció körébe tartozó tevékenység. A dohányzás abbahagyását javasló tanácsadás egyéni foglalkozást igényel, hatékonysága annál nagyobb, minél korábban, lehetőleg még az addikció kialakulása előtt, kerül rá sor. Emiatt nagyfontosságú a dohányzó fiatalok időben történő kiszűrése. Ebben a védőnői, iskolaorvosi hálózatnak és a gyermek-alapellátásnak egyaránt fontos szerepe van.

A dohányzásról való leszokás elősegítése már kialakult betegség esetén (12.9. táblázat). Azon dohányosok esetében, akiknél a dohányzás következtében már kialakult valamilyen megbetegedés, a dohányzásról való leszokás a betegség súlyosabb formájának kialakulását előzheti meg, vagy szövődmények, rokkantság kialakulásának szabhat gátat. A leszokás elősegítése ezen esetekben másodlagos prevenciót jelent, vagy a harmadlagos megelőzésnek is részét képezheti.

12.9. táblázat A dohányzásról való leszokás elősegítése az addikció kialakulása esetén

- Másodlagos és harmadlagos prevenciónak tekinthető
- Módszere az ún. minimális intervenció

A dohányzásról való leszokást célzó közösségi programok segítése (12.10. táblázat). A gyermek-alapellátásnak és az iskola-egészségügyi ellátásnak

támogatniuk kell azokat a kezdeményezéseket, melyek közösségi programok keretében tűzik ki célul a dohányzásról való leszokást és a dohányzásmentes életmód megtartását. Ezek a programok az egészséges életmód más követelményeinek betartását is biztosítani kívánják, így egyéb rizikótényezők kiiktatását is segítik. A dohányzás ellenes közösségi programok különösen nagy jelentőséggel bírnak az iskolások, fiatalok, várandósságra készülő nők, terhesek, kismamák csoportjaiban. Ezek szervezésében, segítésében a védőnőknek meghatározóan fontos szerepük van.

12.10. táblázat A dohányzásról való leszokást célzó közösségi programok segítése

- Dohányzásmentes életmód kialakítása közösségi keretek között
- Az egészséges életmód más követelményeit is célul tűzik ki
- Csoportok: iskolások, fiatalok, várandósok, kismamák

A passzív dohányzás ártalmainak megelőzése (12.11. táblázat). A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátásnak is a feladatai közé tartozik a dohányzással kapcsolatos azon attitűd kialakítása, mely fontosnak tartja a nem dohányzók védelmét és fellép a passzív dohányzással szemben. A felnőtt passzív dohányosokat ért ártalmak is jelentősnek tekinthetők, bizonyos csoportok azonban életkoruk vagy egészségi állapotuk miatt fokozottan ki vannak téve ezeknek a hatásoknak. Veszélyeztetett csoportok a csecsemők, a kisgyermekek és a tanulók.

12.11. táblázat A passzív dohányzás ártalmainak megelőzése

- A nem dohányzók védelme
oktatási intézményekben
munkahelyeken
közintézményekben

- Bizonyos csoportokban különösen fontos újszülöttek, csecsemők, tanulók várandósok, betegek, idősek

A dohányzás elleni küzdelem legfontosabb feladata a *dohányzásról való leszokás segítése*. Ennek szempontjait mutatja be a 12.12. táblázat.

12.12. táblázat A dohányzásról való leszoktatás feladatai

- A dohányzók identifikálása
- A dohányzásról leszokni szándékozók megismerése
- A dohányzásról való leszokással kapcsolatos motiváció fokozása
- A leszokás segítésének, a nikotinfüggőség kezelésének felajánlása
- A leszokás empátikus segítése

A dohányzók identifikálása a gyermek- és ifjúság-egészségügyben is az opportunista stratégia alkalmazásával jórészt biztosítható. A sikert azonban a szisztematikus stratégia alkalmazása fokozhatja. A dohányzási státusz alakulásának követésére a szűrővizsgálatokat és a betegség miatt szükséges orvos-beteg találkozást egyaránt fel lehet használni. A tanulók dohányzási szokásának folyamatos figyelemmel kísérése biztosíthatja a leszokásra hajlandók felismerését. Számon kell tartani azon dohányosok körét, akik eljutottak annak elhatározásáig, hogy leszoknak, s elhatározásuk kivitelezésében segíteni kell őket, fel kell ajánlani a leszokás segítését, majd a leszokás során is szükséges a megerősítő segítségnyújtás biztosítása. Szükséges esetben a nikotin dependencia mértékének megítélése e célra szerkesztett kérdőív alkalmazásával biztosítható.

A leszokás támogatásának feladatai az ún. „5A”-módszerrel írhatók le, ennek elemeit a 12.13. táblázat mutatja be.

12.13. táblázat A dohányzásról való leszoktatás feladatai

- ask (tudakozódás): kérdezzük a páciens a dohányzási szokásairól,
- advice (tanácsadás): tanácsoljuk számára a változtatást,
- assess (tájékozódás): mérjük fel a változtatási hajlandóságot,
- assist (támogatás): segítsük a páciens a változtatás megtételében,
- arrange (tevékeny ellenőrzés): segítsük a páciens az eredmények fenntartásában, esetleges kudarc esetén nyújtunk számára segítséget az újrakezdéshez.

A dohányzásról való leszokás segítése szempontjából fontos annak ismerete, hogy a leszokni szándékozó a leszokás milyen stádiumáig jutott el. Ezeket a stádiumokat mutatja be a 12.14. táblázat.

A stádiumok határozzák meg azt, hogy a dohányzó leszokását az adott időpontban milyen segítségnyújtással lehet előre mozdítani, az eredményességét elősegíteni. A segítség stádiumtól függő módjait a 12.15. táblázat tartalmazza.

12.14. táblázat A dohányzásról való leszokás stádiumai

- A mérlegelés előtti időszak
- A mérlegelés stádiuma
- A felkészülés stádiuma
- Az akció stádiuma
- A fenntartás stádiuma

12.15. táblázat A leszokás stádium-függő segítése

- A mérlegelés előtti időszakban
figyelemfelhívás a dohányzás veszélyeire
ezek elkerülése lehetséges
a konfrontációt kerülni kell
a beteg iránti empátia hangsúlyozandó
- A mérlegelés időszakában

az előnyök és nehézségek számbavétele

a konkrét segítség megbeszélése

a páciens dönt, a támogatás ismeretében

- A felkészülés stádiumában
egyéni szabott segítségi terv
a nikotinelvonás tünetei, kivédésük lehetőségei
- Az akció stádiumában
a kapcsolat szorosra fűzése
stimulus-kontroll, stopperok
- A fenntartás stádiumában
megerősítés, rendszeres kapcsolat
szükség esetén segítség az újrakezdéshez

Vizsgálatok bizonyítják, hogy az orvosi/szakdolgozói tanácsadás és segítségnyújtás dohányzás abbahagyásához hatásos lehet. Siker akkor várható leginkább, ha tanácsadást megerősítést szolgáló találkozások követik, melyek módot adnak a felmerülő problémák megbeszélésére. Fontos a megfelelő irodalommal való ellátás, s a közösségi programokhoz való csatlakozás lehetőségének biztosítása is. Ez a tevékenység sajátos ismereteket feltételez, s kedvező, ha az ifjúság-egészségügyi szolgálat valamelyik munkatársa vállalja a szükséges jártasság megszerzését.

A leszokás kudarcának oka általában a nikotin megvonási tünetek súlyosságában lelhető fel. Ezeket a tüneteket mutatja be a 12.16. táblázat. A 12.17. táblázat pedig azokat a gyógyszeres kezelési lehetőségeket sorolja fel, melyekkel a nikotin megvonási tünetek csökkenthetők, s ezáltal a leszokás segíthető. Ezeket a lehetőségeket azonban csak felnőtt korban lehet igénybe venni!

12.16. táblázat Nikotin megvonási tünetek

- Feszültség, ingerlékenység

- Sóvárgás a cigaretta után
- Nyugtalanág, türelmetlenség
- A koncentráló képesség zavara
- Fejfájás, gastrointestinális tünetek

12.17. táblázat Gyógyszeres kezelés a dohányzásról való leszoktatás segítésére (felnőtteknek)

- Indokolt a páciens igénye esetén
- Erős nikotinfüggőség esetén
- Nikotinos ráógumi, tapasz, orrspray
- Varenicline (chamix), Bupropion

Végezetül összefoglaljuk, hogy a gyermek és ifjúság-egészségügyi szolgálat milyen szerepet vállalhat a dohányzásról való leszoktatásban.

A tevékenység sikere szempontjából fontos, hogy az érintett szakemberek megfelelő ismeretekkel, készségekkel és attitűddel, elkötelezettséggel rendelkezzenek. Előnyös, ha a team legalább egy tagja speciális jártasságot szerez a leszoktatást segítő hatékony módszerek (pl. a minimális intervenció) alkalmazásának területén. Kívánatos, hogy a tevékenység végzésében az iskolaorvosi szolgálat, a pedagógusok és a szülők összefogása hatékony legyen. Emellett együttműködés szükséges a speciális ellátó helyekkel (12.18. táblázat).

12.18. táblázat A gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátás szerepvállalása a leszoktatásban

- Az ellátók dohányzással kapcsolatos felfogásának, attitűdjének kialakítása
- Az ellátó teamek tagjai alapképzettségének biztosítása
- Képesség a leszoktatást segítő tanácsadás (a minimális intervenció) végzésére
- Az ellátók együttműködése más segítőkkal
- Az ellátók együttműködése speciális ellátó helyekkel

A fentiek alapján megállapítható, hogy az alapellátás két fő feladata a dohányzás visszaszorítása terén a dohányzásra való rászakás megelőzésének és a dohányzásról való leszokásnak az elősegítése. Az első feladat teljesítése érdekében fokozni szükséges az alapellátás ez irányú egészségnevelő tevékenységének hatásosságát. A második feladat teljesítése komplex erőfeszítést igényel, amint azt a megelőző szakasz tartalmazza.

Az alkoholfogyasztás gyakorisága

Az alkoholfogyasztás a serdülőkorban egyike azoknak a rizikó magatartásformáknak, melyek a korosztály egészségi állapotára negatív hatással vannak, s melyek egyben a felnőttkori rizikó magatartásformák forrását képezik. A serdülők alkoholfogyasztásának alakulása nem független attól, hogy az alkoholfogyasztás hazánkban jelenleg a felnőtt korú lakosság egészségi állapotát rontó hatások közé tartozik. A 12.19. táblázat adatai bizonyítják, hogy az alkoholfogyasztás hazánkban a fontos népegészségügyi kérdések egyike. Az egy főre eső évi alkoholfogyasztás 2016-ban 11,4 liter tiszta szesznek felelt meg, ami alacsonyabb, mint a megelőző évtizedekben regisztrált fogyasztás, s az utóbbi évek adatai szerint a világátlag (6,4 l/fő) közel kétszeresét fogyasztjuk.

12.19. táblázat Az alkoholfogyasztás fontos népegészségügyi kérdés

- Az alkoholfogyasztás hazánkban növekszik:
az egy főre jutó alkoholfogyasztás a legutolsó adatok szerint 11,4 liter tiszta szesznek felel meg
- A 2014-es ELEF eredményei alapján a felnőtt lakosság
 - 29,7%-a absztinens
 - 46,5%-a legfeljebb havi rendszerességgel italozik
 - 14,9%-a legalább hetente alkoholizál
 - 8,9%-a legalább hetente ötször iszik alkoholt
- Az alkoholfogyasztás a fiatalok körében növekvő

Az alkoholos italok fogyasztását már a serdülőkort megelőzően kipróbálják a gyermekek. A 12.20. táblázaton bemutatott 2014-es HBSC felmérés eredményei szerint a 11 éves korúak egynegyed része már fogyasztott alkoholt, 6%-uk esetében legalább hetente egyszer sor kerül alkoholtartalmú ital fogyasztására, ugyanakkor a 17 évesek körében ezek az arányok már 92,6%, illetve 31,9%. 13 éves korra a fiúk 9,5%-a és a lányok 8%-a már életében legalább kétszer megismerte a részegség élményét, s ez az arány a 15 éves korra már 43,3 illetve 34,4%-ra emelkedik. A fiatalok alkoholfogyasztását kevéssé a napi mérsékelt ivás, mint inkább a hétvégi, gyakran részegséggel járó nagyívás jellemzi.

12.20. táblázat Alkoholfogyasztás az iskoláskorban

- A 11 évesek 1/4-e már fogyasztott alkoholt
6%-uk legalább hetente fogyaszt alkoholt
- A 13 éves fiúk 9,5%-a, a lányok 8%-a volt már legalább kétszer részeg
- A 15 évesek között 43,3% és 34,4% az arány

Az alkoholfogyasztás káros hatásai

A serdülő- és fiatalkori alkoholfogyasztás veszélye a függőség kialakulása, majd az alkoholbeteggé válást követően az alkohol által okozott egészségkárosodások széles skálájának bekövetkezése. A 12.21. táblázat az alkoholfogyasztás egészségi állapotra gyakorolt legfontosabb hatásait foglalja össze.

12.21. táblázat Az alkoholfogyasztás hatása az egészségre

- Függőség kialakulása, egészségkárosodások
- Idegrendszeri, pszichomentális eltérések
delirium tremens, személyiségzavarok,
alkoholos demencia
- Májcirrhosis, májtumorok kialakulása

- Szájüreg-, garat-, gége-, nyelőcsőrák
- Hipertónia, stroke, szívizombetegség
- Alkoholos főtopátia

Elsőként az idegrendszeri, mentális és pszichés eltérések említhetők, melyek közül a személyiségzavarok, a delírium tremens, az alkoholos demencia emelhető ki. Az alkohol szerepe bizonyított a májcirrhosis és a májsugorodás talaján kifejlődő elsődleges májrák kialakulásában. A hasnyálmirigy gyulladása jelentős hányadában is az alkohol a kiváltó tényező. Az alkoholfogyasztás szerepet játszik a szájüregi rákok, a garat- gége- és nyelőcsőrák, továbbá a kolorektális rákok és az emlőrák kialakulásában is. A kardiovaszkuláris betegségek és az alkoholfogyasztás összefüggése viszont J alakú görbével jellemezhető. Kis mennyiségű alkohol a koszorúér-betegség kialakulásával szemben védő hatású lehet, nagymennyiségű és rendszeres alkoholfogyasztás viszont növeli a vérnyomást és fokozza az agyvérzés kockázatát. Alkohol hatására szívizombetegség is kialakulhat. A várandósság során fogyasztott nagymennyiségű alkohol hatására magzati károsodás, az alkoholos főtopátia alakul ki.

A túlzott alkoholfogyasztás további következményekkel járhat (12.22. táblázat). A pszichoszociális következmények közé tartoznak a családi konfliktusok, a családok felbomlása, a munkahelyi problémák, a munka elvesztése. Az alkoholisták esetében gyakoriak a sérülések, a balesetek és az öngyilkosság is. A kriminális következmények agresszív magatartásban, bűncselekmények elkövetésében nyilvánulnak meg. Az alkoholizmus gazdasági hatásai jelentősek, bár felmérésük nehéz. Az alkoholista nem megbízható munkaerő, gyakori a munkahelyi károkozásuk. Az alkohol okozta egészségkárosodások miatt az alkoholisták ellátásának költségei jelentős gazdasági terhet jelentenek a társadalom számára.

12.22. táblázat Az alkoholfogyasztás további következményei

- Pszichoszociális következmények
Családi konfliktusok, a családok felbomlása
Munkahelyi problémák, a munka elvesztése
Sérülések, balesetek, öngyilkosság
- Kriminális következmények
Agresszió, bűncselekmények elkövetése
- Gazdasági következmények
Az alkoholisták munkahelyi károkozása
Egészségügyi és szociális ellátásuk terhei

A túlzott alkoholfogyasztás megelőzése

A fentiekből adódóan az alkoholfogyasztás káros következményeinek, köztük az egészségkárosodásoknak a megelőzése fontos népegészségügyi feladat, ami több stratégia együttes alkalmazását igényli. A 12.23. táblázat a túlzott alkoholfogyasztás megelőzésének lehetőségeit tekinti át. A nemzeti alkoholpolitika kialakítása nemcsak az egészségügy feladatává teszi az alkoholizmus elleni küzdelmet, hanem interszektoriális összefogásra épít, s a tevékenységet átfogó mentálhigiénés megelőző stratégia részének tekinti. Az egészségnevelés meghatározóan fontos színhelye a család mellett az iskola, s ebben az iskolaegészségügyi szolgálatnak alapvető szerepe van. Az egészségnevelésnek azonban célba kell vennie a lakosság egészét, de különösen a sérülékeny csoportokat: várandós nőket, gyermekeket, fiatalokat. Nagyon fontosak a körükben szervezett primer prevenciós programok. Az alkoholprobléma korai felismerése, a túlzott alkoholfogyasztók azonosítása szekunder prevenciós feladat, s alapul szolgálhat a tanácsadásnak. A leszokás elhatározását az alkoholfogyasztás veszélyeinek megbeszélésével, motiválással, támogatással lehet elősegíteni. Szükség lehet a függővé vált alkoholfogyasztó kezelésének

megszervezésére, segítő szervezetek igénybe vételére is. Fontos, hogy az intervenció személyre szabott legyen.

12.23. táblázat A túlzott alkoholfogyasztás megelőzésének lehetőségei

- Nemzeti szintű alkoholpolitika kialakítása
- Egészségnevelés, sérülékeny csoportok
- Primer prevenciós programok
- A túlzott alkoholfogyasztók azonosítása és gondozásba vételük (szekunder prevenció)
- A leszokás elősegítése, a függő beteg kezelése
- Személyre szabott intervenciós program
- Segítő szervezetek igénybevétele

A fentiek mellett szükséges annak hangsúlyozása is, hogy a szülőknek, a pedagógusoknak és az iskola-egészségügyi ellátásnak közös feladata az alkoholfogyasztásra való rászokás megelőzése. A 12.24. táblázat ehhez kíván segítséget adni. A családi nevelés törekvései mellett ezért az iskola egészségnevelési programja keretében foglalkozni szükséges az alkoholfogyasztás káros egészségi, szociális és társadalmi következményeivel és a mértékletes alkoholfogyasztás kérdéseivel.

12.24. táblázat Tanácsok az iskolások alkoholfogyasztásának megelőzésére

- A gyermekeket ne kínálják alkoholos itallal
- A gyermekek ne férjenek könnyen az alkoholhoz
- A gyermekeket világosítsák fel a társadalmilag elfogadott mértékletes alkoholfogyasztásról
- A gyermekeket ismertessék meg az alkohol káros egészségi, szociális és társadalmi következményeivel

- A gyermek szabadidejének értelmes szervezése biztosítsa, hogy ne szoruljon pótcselekvésre

A pszichoaktív szerek, fogyasztásuk és káros hatásai

A pszichoaktív szerek fogyasztása is a rizikó magatartásformák közé tartozik. A 12.25. táblázatban felsoroltak alátámasztják ezt a megállapítást. A pszichés működést megváltoztató szerek egyrészt deviáns magatartásformák kialakulását idézik elő, másrészt dependencia kialakulásához vezetnek, aminek következtében a személy érdeklődése csak a drog beszerzésére és a fogyasztásra irányul, s szomatikus, mentális és pszichés leépülés következik be.

A pszichoaktív szerek skálája széles. A 12.26. táblázat felosztása gyakorlati szempontú: a kémiai hovatartozást és az egyes csoportokba tartozó szerek hatásait veszi alapul.

12.25. táblázat Pszichoaktív szerek fogyasztása

- Pszichoaktív szerek, drogok: a szervezetbe jutva módosítják a személy pszichés működését
- Használatuk a viselkedés megváltozását idézi elő, deviáns viselkedésformákhoz vezet
- Használatuk dependencia kialakulásához vezet: a személy nem képes a fogyasztást kontrollálni
- Érdeklődése beszűkül, csak a drogra irányul
- Fogyasztás hiányában elvonási állapot alakul ki
- Szomatikus, mentális, pszichés leépülést vált ki

12.26. táblázat A pszichoaktív szerek felosztása

- Ópium-származékok: morfin, heroin, kodein
eufória, illúzió, hallucináció; légzés, pulzusszám csökken, szűk pupillák; függőség, túladagolás
- Cannabis-származékok: hasis, marihuána
szorongásoldás, eufória; függőség, pánik
- Hallucinogének: LSD, PCP; hallucinációk
- Stimulánsok: amfetamin, MDM (extasy)
eufória, akut izgalmi állapot, alvászavar
- Kokain: eufória, pszichés függőség
- Gyógyszerek: altatók, nyugtató szerek
- Szerves oldószerek: érzécsalódások, eufória
- Az ún. dizájner drogok: kiszámíthatatlan súlyos hatások

Hazánkban a kilencvenes évek második felében megduplázódott azon fiatalok száma, akik legalább egy alkalommal használtak pszichoaktív szereket. A középiskolások körében a kipróbálók aránya a kilencvenes évek elejétől a végéig 11,5%-ról 28%-ra emelkedett. Egy évtizeddel később az arány 1/3-ra nőtt. A többször használók arányát korábban 1,2% körülire tették, az arány pár év alatt megkétszereződött. Ez egyezik azzal a nemzetközi tapasztalattal, hogy 100 kipróbálóból mintegy 10 válik használóvá. A táblázat vázlatosan bemutatja a „drogkarrier” egyes állomásait is (12.27. táblázat).

12.27. táblázat A drogfogyasztás gyakorisága

- Középiskolások körében a kipróbálók aránya 23,1% a 2014-es HBSC alapján, a többször használók aránya lényegesen kisebb
- 100 kipróbáló közül 80 veszélyesnek találja, 10 ritkán használja, 10 használóvá válik

- A drogkarrier: él és használja
 él, hogy használja
 használja, hogy éljen
 használja, hogy bele haljon

A pszichoaktív szerek fogyasztásának megelőzése, a kezelés lehetőségei

A hatékony megelőzés érdekében fontos megismerni a drogok kipróbálásának motivációit, továbbá azokat a tényezőket, melyek a kipróbálást befolyásolják (12.28. táblázat). A motiváló tényezők között szerepel a kíváncsiság, a különös élmény utáni vágy és a kockázatkeresés. Gyakran a kortársak hatására kerül sor a kipróbálásra, a fiatalok egyes csoportjaiban ez csoportnormaként szerepel, és rosszul értelmezett beavatási rítus része lehet. A kipróbálás a magányos serdülő kortársakkal való kapcsolatteremtésének, a befogadásnak az eszköze lehet. A kipróbálást elősegítheti a könnyű hozzáférés, a jogi szabályozás hiányossága, a következmények nem ismerése, a tömegkommunikáció hatása ugyanúgy, mint a családi problémák, egyéni tényezők: iskolai kudarcok, krízisállapotok, depresszió vagy viselkedészavar.

12.28. táblázat A pszichoaktív szerek kipróbálásának motivációi

- Kíváncsiság, élményéhség, kockázatkeresés
- A kortársak hatása, a drogozás csoportnorma
- Rosszul értelmezett felnőtté avatási rítus
- Feszültség-, szorongásoldás; kapcsolatteremtés
- Befolyásoló tényezők:
 - Társadalmi faktorok: hozzáférhetőség, jogi szabályozás, tömegkommunikáció hatása
 - Családi problémák, egyéni faktorok: kudarc, krízisállapot, depresszió, viselkedészavar

A pszichoaktív szerek használata megelőzésének célja kettős: az egyén drogfogyasztóvá válása esélyének csökkentése, illetve a drog által okozott káros hatások csökkentése. A droghasználattal kapcsolatos megelőzés komplex tevékenység (12.29. táblázat), magában foglalja a primer, a szekunder és a terciér prevenció alkalmazását. A primer prevenció célja a pszichoaktív szer kipróbálásának és a fogyasztóvá válásnak a megakadályozása. A tevékenység többféle megközelítéssel végezhető. A jogi megszorítás, az elriasztás a moralitásra való hivatkozás mellett a drogfogyasztással kapcsolatos ismeretek terjesztése a középiskolákban és a médián keresztül csökkentheti a droggal kapcsolatba kerülők számát. Ebben a munkában a családnak, az iskolának, az egészségügynek és a civil szervezeteknek egyaránt megvan a maguk feladata. Az iskolák egészségnevelési programjában a drogkérdésnek hangsúlyosan kell szerepelnie. A szekunder prevenció mindenekelőtt a drogot kipróbálók és alkalmazók felismerését jelenti, lehetőleg minél korábbi állapotban. Ez lehetőséget ad arra, hogy minél hamarabb kerüljön sor a szükséges intervencióra. A droghasználók azonosítása lehetőséget ad speciális segítségnyújtásra is, mint amilyen pl. a tűcsere-program, ami az injekciós droghasználattal együtt járó fertőző betegségek megelőzését szolgálja. A terciér prevenció a kezelés, a leszoktatás, a gondozás nehéz feladatait jelenti, a droghasználat súlyos, esetleg végzetes következményeinek kivédésére.

12.29. táblázat A pszichoaktív szerek használatának megelőzése

- Primer prevenció

Modellek: moralitás, elriasztás, felvilágosítás,

nevelés, egészségfejlesztés modelljei

Résztevők: család, pedagógusok,

egészségügy, civil szervezetek

- Szekunder prevenció: felismerés, intervenció, segítség nyújtása (pl. tűcsere program)
- Tercier prevenció: gondozás, kezelés, a további következmények kivédése

A drogok használatának korai felismerése nagy fontosságú a korai kezelésbe vétel szempontjából. A 12.30. táblázat összefoglalja a felismerés és a kezelés lehetőségeit. Droghasználatra utalhat a megjelenés és a viselkedés megváltozása, a tanulmányi eredmény hirtelen romlása, az iskolai hiányzások szaporodása. Feltűnhet, hogy az osztálytársakkal való kapcsolat lazul, az addigi közösségben a drogfogyasztó már idegenként viselkedik. A későbbiekben testi leromlás alakul ki, szomatikus szövődmények léphetnek fel. Intoxikáció, baleset, öngyilkossági kísérlet is előfordulhat. A szülőknek, a pedagógusoknak, az iskola-egészségügyi teamnek és az iskolatársaknak is együtt kell működniük ezeknek a tüneteknek az észlelésekor, s indokolt esetben a szakellátás, a kérdés kezelésében járatos szakemberek segítségét szükséges kérni. Ezután következhet a komplex kezelés és a gondozás megtervezése és megvalósítása, ami az egyéni pszichoterápia, a családterápia végzését, a kortárs segítők bevonását, a közösségi megközelítést egyaránt magában foglalhatja. A cél a pszichoaktív anyag elvonása, majd a folyamatos gondozás és a rehabilitáció megvalósítása.

12.30. táblázat A drogok használatának felismerése, a drogfogyasztó kezelése

- A megjelenés és a viselkedés megváltozása
- A tanulmányi eredmény romlása, hiányzások
- Az osztálytársakkal való kapcsolat lazulása
- Testi leromlás, szomatikus szövődmények
- Intoxikáció, baleset, öngyilkossági kísérlet
- A körülmények tisztázása, szülők bevonása

- Egyéni pszichoterápia, családterápia, kortárs segítők bevonása, közösségi megközelítés
- A pszichoaktív anyag elvonása, rehabilitáció

A fenti áttekintés bizonyítja, hogy az alkoholfogyasztás és a pszichoaktív használata serdülőkorban indokoltan sorolható a sorsrontó magatartásformák közé. A gyermek- és ifjúság-egészségügynek fontos feladata, hogy az egészségnevelés, a primer, a szekunder és terciér prevenció eszközeivel segítséget nyújtson az érintett korosztályba tartozóknak, és a törekvésihez megnyerje a szülők és a pedagógusok közreműködését.

13. A SERDÜLÉS ÉS ZAVARAI. A SERDÜLŐK SZEXUALITÁSA. SERDÜLŐKORI PSZICHÉS ZAVAROK

A serdülés lényege, kialakulása vizsgálata

A serdülőkor a gyermek- és a felnőttkor közötti életszakasz, mely a testi átalakulás, az érzelmi, az intellektuális, a szociális és a nemi fejlődés intenzív szakasza. A változások az esetek többségében az egészséges fejlődés keretében zajlanak, azonban a serdülők kisebb részében a pubertás változatos zavarai fordulhatnak elő. E fejezet célja a serdülés lényegének, kialakulása folyamatának, a serdülés gyakoribb zavarainak áttekintése és a serdülők szexualitásával kapcsolatos legfontosabb kérdések rövid összefoglalása.

A 13.1. táblázat a *pubertás lényegét és kialakulásának főbb mozzanatait* foglalja össze.

13.1. táblázat A pubertás lényege és kialakulása

- A pubertás az a fejlődési szakasz, mely során
 - a másodlagos nemi jellegek kialakulnak,
 - az egyén alkalmassá válik a reprodukcióra,
 - szomatikus, pszichés változások következnek be.
- A pubertás komplex hormonális változások eredménye
- A pubertás kialakulását és lefolyását meghatározó tényezők
 - genetikai faktorok,
 - idegi-hormonális rendszerre ható egyéb tényezők

A pubertás időszakában kialakulnak a nemre jellemző másodlagos nemi jellemzők, a nemi szervek működésének a fejlődésével az egyén alkalmassá válik a reprodukcióra, szomatikus, intellektuális és pszichés változások következnek be. A pubertás kialakulásában hormonális változások játszanak meghatározó szerepet. A változásokat az indítja el, hogy a hypothalamusban a

GnRH (gonadotrop-releasing hormon) szekrécija pulzatilissé válik, s ez a gonadotrop hormonok (FSH és LH) elválasztásának fokozódását eredményezi. Stimuláló hatásukra a gonádok fokozzák a gonádhormonok termelését, ami a másodlagos nemi jelek kialakulásához vezet. A hormonális szabályozás fejlődése emellett lányokban a ciklus kialakulását eredményezi. A pubertás indulását és lefolyását genetikai faktorok és az idegi-hormonális rendszerre ható egyéb tényezők határozzák meg.

A testi változások első jeleként lányokban először az emlőfejlődés indul el, majd a nemi szőrzet megjelenése és a nőies testalkat kialakulása következik be (13.2. táblázat).

13.2. táblázat Változások a pubertásban

- A másodlagos nemi jelleg kialakulása
 - lányok: emlőfejlődés, nemi szőrzet megjelenése,
 - nőies testalkat kialakulása
 - fiúk: a külső nemi szervek fejlődése,
 - nemi szőrzet megjelenése, férfias testalkat kialakulása
- Lányok: a havi vérzés megjelenése, a ciklus kialakulása, rendszeres ovuláció.
- Fiúk: spermiumok képződése, tesztoszteron termelés növekedése
- A növekedés megugrása
- A csont ásványi anyag tartalmának növekedése

Fiúkban először a herék és a pénisz indulnak növekedésnek, majd a nemi szőrzet növekedése észlelhető, s ezt követi a férfias testalkat kialakulása. A funkcionális érés jeleként lányoknál jelentkezik az első havi vérzés, majd kialakul a ciklus, s rendszeressé válik az ovuláció. Fiúkban fokozódik a tesztoszteron termelése és beindul a spermiumok képződése. A pubertásban a növekedés megugrása (growth spurt) és a csont ásványi anyag tartalmának a növekedése is jellemző.

A serdülés stádiumának megállapítása

A nemi fejlődés megítélésére a Tanner-féle stádiumbeosztás alkalmazható, amit a 13.3. táblázat mutat be.

13.3. táblázat A nemi fejlődés megítélése. Tanner-stádiumok

- A lányok esetében figyelembe vett szempontok
 - emlőfejlődés I–V
 - a nemi szőrzet fejlődése I–V
 - a hónaljiszőrzet megjelenése I–V
- A fiúk esetében figyelembe vett szempontok
 - a külső nemi szerv fejlettsége I–V
 - a nemi szőrzet fejlődése I–V
 - a hónaljiszőrzet megjelenése I–V
 - a testisek mérete

A stádium-beosztás lányok esetében az emlőfejlődést, a nemi szőrzet kialakulását és a hónaljiszőrzet megjelenését, a fiúk esetében pedig a külső nemi szerv fejlettségét, a nemi szőrzet fejlődését és a hónaljiszőrzet megjelenését veszi figyelembe.

A beosztás mindkét nemben mindhárom jellemző esetében I–V stádiumot állapít meg, a nyugalmi állapottól a komplett pubertásra jellemző állapotig, a fiúk esetében emellett a testisek mérete is rögzítendő.

A serdülés zavarai

A pubertás két alapvető zavarát a korai nemi érés és a késői nemi érés jelenti (13.4. táblázat). Korai nemi érésről akkor beszélhetünk, ha a lányok esetében a 8 éves kor előtt, fiúk esetében pedig a 9 éves kor előtt pubertás-jel megjelenése észlelhető.

13.4. táblázat A nemi érés zavarai: korai nemi érés

- Korai nemi érés
 - lányok: pubertás-jel 8 éves kor előtt,
 - fiúk: pubertás-jel 9 éves kor előtt észlelhető
- Valódi korai nemi érés: a pubertás folyamata központi idegrendszeri kóros állapotok vagy ismeretlen ok miatt indul el és bontakozik ki
- Nem valódi korai nemi érés: különböző kórfolyamatok nemi hormon termelést fokozó hatására alakul ki
- A pubertás variációi: egyes pubertás-jelek láthatók

Ha a pubertás egész folyamata korán jelentkezik, valódi korai nemi érés áll fenn, ami központi idegrendszeri kórfolyamat vagy ismeretlen ok következménye lehet. Nem valódi a nemi érés akkor, ha a nemi hormonok termelését egyéb kórfolyamatok közvetlenül váltják ki. Előfordulhat egyes nemi jelek jelentkezése szlólóban is, ilyenkor a pubertás variációjáról szólunk.

Késői nemi érésről akkor beszélünk, ha pubertás jel lányok esetében a 14 éves korig, a fiúk esetében pedig a 15 éves korig nem észlelhető (13.5. táblázat).

13.5. táblázat Nemi érés zavarai: késői nemi érés

- Késői nemi érés
 - lányok: pubertás jel 14 éves korig nem észlelhető
 - fiúk: pubertás jel 15 éves korig nem észlelhető
 - a növekedés elmaradása is bekövetkezhet
- Az agyalapi mirigy-gonád-tengely működése
 - genetikai hibák, fejlődési rendellenességek,
 - egyéb patológiai tényezők miatt károsodhat

A késői nemi éréssel járó állapot háttérben számos, a táblázaton megjelölt patológiai tényező állhat.

Fontos hangsúlyozni, hogy a korai vagy a késői nemi érés észlelésekor egyaránt részletes kivizsgálás szükséges.

Serdülőkori vérzészavarok

A serdülő lányok vérzészavarai a gyermeknőgyógyászat gyakori problémáit jelentik. A serdülőkori vérzészavarok főbb formáit az 13.6. táblázat foglalja össze.

Primer amenorrhoeáról akkor beszélünk, ha az első havi vérzés 16 éves korig nem jelentkezett. Ilyenkor a pubertásjelek pontos rögzítését követően a hormonális helyzet tisztázása szükséges, ami részletes kivizsgálást igényel.

Szekunder amenorrhoeáról akkor van szó, ha az első havi vérzést követően legalább hat hónapon át szabályos havi vérzés volt észlelhető, majd három hónapon át menses nem jelentkezett. Ilyen esetekben az első lépés a várandósság kizárása, ezt követően pedig részletes kivizsgálás végzése szükséges a háttérben lévő kórok megismerésére. *A serdülőkori funkcionális* méhvérzés fennállására akkor gondolhatunk, ha szabályos ciklusok után kb. 2 hetente hosszantartó és bő vérzések jelentkeznek. A háttérben a hormonális reguláció zavara áll, emiatt részletes hormonvizsgálatok végzése szükséges.

13.6. táblázat Serdülőkori vérzészavarok

- Primer amenorrhoea: 16 éves korig menses nem jelentkezik
Pubertásjelek, hormonális helyzet vizsgálata
- Szekunder amenorrhoea: menarche után 6 hónapon át
 - szabályos ciklusok, majd 3 hónapon át menses nem jelentkezik
 - a várandósság kizárása, kórokok keresése
- Serdülőkori diszfunkcionális méhvérzés: szabályos ciklusok után kb. 2 hetente jelentkező hosszantartó vérzések
a hormonális reguláció zavara okozza, kivizsgálandó

- Diszmenorrhoeák

Primer diszmenorrhoea: serdülőkorban gyakori

- Egyszerű forma: kóros eltérés nincs
- Spasztikus forma: prostaglandin emelkedés
- Pszichogén forma: nincs organikus eltérés

Diszmenorrhoea kifejezéssel illetik a kifejezett görcsös fájdalommal járó havi vérzést. A primer diszmenorrhoea a serdülőkorban gyakori panasz. Az ún. egyszerű formájában teendő lényegében nincs. A kifejezett görcsös fájdalommal járó spasztikus formában a prosztoglandin szint emelkedését okolják, nonsteroid-gyulladásgátlókkal kezelhető. A pszichogén forma pszichés segítséget igényel. A szekunder formában organikus betegség áll a háttérben, ami kivizsgálással tárható fel.

A serdülők szexualitása

A serdülők szexualitásának kérdéseivel azért kell foglalkoznunk, mert a korán, testileg-lelkileg felkészületlenül és gyakran felelőtlenül elkezdett szexuális élet számos egészségi és egzisztenciális következménnyel járhat (13.7. táblázat).

13.7. táblázat A serdülőkorúak szexualitása

- A serdülők korán, nem felelősségteljes döntést követően, kezdik el a nemi életet
- A fogamzásgátlás ismerete hiányzik, gyakran az igénye sem merül fel
- A várandósság ebben az életkorban nem kívánatos
 - A terhesség-megszakítás testi-lelki károkat okoz
 - A várandósság kiviselése az anya és/vagy magzat egészségét veszélyeztetheti;
 - A gyermekvállalás szociális következményei is súlyosak ekkor

A HBSC 2014 felmérés szerint a serdülők egy része korán, nem felelősségteljes döntést követően kezdi el a nemi életet. A 15 éves fiúk harmada, a lányok

negyede igennel válaszolt arra a kérdésre, hogy volt-e már szexuális kapcsolata. A kapcsolat létesítésekor az igennel válaszolók közel fele 14 éves vagy fiatalabb volt. A fogamzásgátlás ismerete sok esetben hiányzik, egyes esetekben még az igénye sem merül fel, a kondommal védekezők aránya a legutóbbi években csökkent.

Szakmai egyetértés van abban, hogy a várandósság ebben az életkorban még nem kívánatos. A várandósság megszakítása ebben az életkorban testi és lelki károkat okoz. A terhesség-megszakítás a későbbi terhességek során koraszülést eredményezhet. A várandósság kiviselése a még várandósságra nem teljesen érett anyai szervezet miatt az anya és/vagy magzat egészségét veszélyeztetheti. További fontos szempont, hogy a korai gyermekvállalás szociális következményei is általában súlyosak.

A serdülők szexualitásának sajátosságai hangsúlyos kérdéssé teszik az alapvető élettani ismeretekre alapozott *szexuális egészségnevelést* és a *serdülők fogamzásgátlásának* kérdését. A szexuális egészségnevelésben az iskola-egészségügyi teamnek alapvető szerepe van, csak akkor érheti el a célját, ha megelőzi a szexuális aktivitás elkezdését. A módszerek ismertetése tényszerű legyen, térjen ki az előnyökre, hátrányokra és a megbízhatóságra (13.8. táblázat).

13.8. táblázat Fogamzásgátlás serdülőkorban

- Fogamzásgátlási tanács gondos mérlegelés után adható:
 családi, egyéni előzmények, fennálló betegségek, nőgyógyászati kor
- A fogamzásgátlás módszerei:
 - természetes módszerek: naptár-módszer, Billings-féle nyák teszt
 - megszakított közösülés
 - barrier módszerek: pesszárrium, kondom
 - hormonális fogamzásgátlás

A hormonális fogamzásgátlás a hatékonysága szempontjából ugyan a legmegbízhatóbbnak tekinthető, a serdülőkorban történő alkalmazása azonban vitatott (13.9. táblázat). Alapvető követelmény, hogy a hormonális fogamzásgátló készítmény felírását nőgyógyászati vizsgálat előzze meg, a nemi érettség minél pontosabb megítélése érdekében. További fontos kérdés a kontraindikációk kizárása. Ezeken túl a hormonális fogamzásgátlás akkor indítható el, ha a hossznövekedés már befejeződött, ha a menarche óta legalább 20 hónap eltelt, és ha rendszeres ovulációra utaló jelek vannak. Ha az előzményben már terhesség-megszakítás szerepel és nincs ellen-javallat, a készítmény felírható. Serdülőknek csak alacsony hormontartalmú kombinált készítmény adható. Figyelemmel kell lenni a hormonális fogamzásgátló készítmény és a serdülő által szedett egyéb gyógyszerek közötti esetleges interakciókra is. A fogamzásgátlót szedő lányok esetében évente teljes körű nőgyógyászati vizsgálat szükséges. A nem tervezett szexuális együttlétet követően használható ún. esemény utáni tabletták ciklusonként csak egyszer alkalmazhatók.

13.9. táblázat Hormonális fogamzásgátlás serdülőkorban

- Nőgyógyászati vizsgálat előzze meg!
- A kontraindikációk kizárása alapvetően fontos!
- A hossznövekedés befejeződött
- A menarche óta legalább 20 hónap eltelt
- Rendszeres ovulációra utaló jelek vannak
- Már volt terhesség-megszakítás
- Alacsony hormontartalmú kombinált készítmény
- Hormonális fogamzásgátló – egyéb gyógyszerek
- Évente nőgyógyászati ellenőrzés szükséges
- Postinor, Fertilan – ciklusonként csak egyszer!

A nemi úton terjedő betegségek

A serdülők szexualitása kapcsán ki kell térni még a nemi úton terjedő fertőző betegségekre is (13.10. táblázat).

A korán kezdett nemi élet a nem kívánt terhességek mellett a nemi úton terjedő betegségek számának növekedését is maga után vonja, noha mindkettő ellen lehetséges a védekezés. A serdülők veszélyeztetettebbek, mint az érett nők, mert a kórokozókkal még nem találkoztak és hormonális hatások miatt a méhszájuk hámrétege még nem biztosít megfelelő védelmet. Hüvelyi váladékozás, a külső nemi szerveken észlelt elváltozások, viszketés, alhasi fájdalom, hőemelkedés-láz, fájdalmas vizelet- és széklet-ürítés feltétlenül nőgyógyászati vizsgálat végzését indokolja. A nemi úton terjedő fertőző betegségek kezelése megoldott, azonban esetenként súlyos következményekkel járhatnak.

13.10. táblázat Nemi úton terjedő fertőzőbetegségek

- Chlamydia
Változó súlyosságú gyulladásos tünetek; hatásos antibiotikum kezelés
- Gonorrhoea
Gyulladásos tünetek; antibiotikummal kezelhető
- Syphilis
A külső nemi szerv jellegzetes tünetei észlelhető, majd hosszú, súlyos általános betegség alakul ki; penicillinnel gyógyítható
- Condyloma acuminatum
HPV által okozott szemölcsszerű elváltozások, előrehaladott állapotban nehezen gyógyítható
- Herpes genitalis
Herpeszvírus által kiváltott hólyagos elváltozás, kiújulásra hajlamos
- Trichomonas
Bő zöldes folyás, kínzó viszketés; metrodinazollal kezelhető

- HIV (humán immundeficiencia vírus)

AIDS

A serdülők nemi úton terjedő betegségei megelőzésének a legbiztosabb módja a nemi élet elkezdésének minél későbbre halasztása. Fontos, hogy alkalmi ismeretség után ne kezdjenek nemi életet. A monogámia, kölcsönös kintartás a partner mellett biztos módja a betegség elkerülésének. Ha betegség tünetei jelentkeznek, a partner vizsgálata és szükség esetén a kezelése is ajánlott.

A fenti áttekintés is azt mutatja, hogy a serdülők problémáival való foglalkozás speciális feladatkört jelent a gyermek-alapellátás és az iskolaorvosi ellátás számára. A problémák feltárásához bizalmi kapcsolat kialakítása és a serdülő empátiás megközelítése szükséges. Ilyen légkör megteremtése csak időben kezdett és koncepciózusan végzett szexuális egészségnevelési program megvalósításával alapozható meg. A feltárt gondok, panaszok és tünetek adekvát értékeléséhez szükség lehet a gyermek-nőgyógyászati szakrendelések és az ún. serdülők ambulanciái segítségének igénybe vételére is. Örvendetes, hogy az utóbbi időszakban ezen szakellátási formák kiépülésének lehetünk tanúi.

A serdülőkori pszichés fejlődés sajátosságai

A serdülőkör átmenetet jelent a gyermekkorból a felnőttkorba. Ebben a periódusban a szomatikus és a nemi fejlődés területén bekövetkező változások mellett jelentős változások zajlanak a személyiségben is. A serdülőkori pszichés fejlődésnek és a serdülők magatartásának általános jellemzőit foglalja össze az 13.11. táblázat.

13.11. táblázat A serdülőkori pszichés fejlődés jellemzői

- Gyermeki függőség- érzelmi leválás, autonómia
- Felnőtt szerepek vállalása, felelősségtudat
- Küzdelem az identitás kialakításáért

- Szexuális partnerkapcsolat kialakítása
- A serdülők viselkedésének általános jellemzői:
 - bizonytalanság, önértékelési problémák
 - hangulatváltozások
 - kritikus beállítódás, szembefordulás
 - a kortársak szerepének felértékelődése

A serdülőkori pszichés változások alapja abban áll, hogy a serdülő a gyermeki függőségből a szülőktől való érzelmi leválás folyamata során eljut az önálló, autonóm ifjú felnőtt személyiségéig. Ez együtt jár a felnőtt szerepek vállalásával, a felelősségtudat fokozatos kifejlődésével. Jellemző erre a periódusra az identitásért vívott küzdelem, ami esetenként harmonikusan, máskor azonban krízisszerűen zajlik. A serdülőkori pszichés fejlődés fontos területe emellett a szexuális partnerkapcsolatok kialakítása. A serdülők viselkedését a pszichés fejlődésük összetettségéből adódóan egyrészt a bizonytalanság, az önértékelési problémák, a hangulatváltozások, másrészt a kritikus beállítódás, a felnőttekkel, társadalommal való szembefordulás, ugyanakkor a kortársak szerepének felértékelődése jellemzi.

A serdülés időszakában azonban előfordulnak olyan viselkedési megnyilvánulások, zavarok is, melyek túllépnek a serdülők általában jellemző viselkedésén. Nem jelentenek ugyan betegséget, de szokatlanok és feltűnőek, s bár általában átmenetiek, az érintett serdülőknek a problémáik megoldásához, leküzdéséhez segítségre és támogatásra van szükségük.

A serdülőkori pszichés problémák spektruma

Serdülőkori pszichés probléma fennállásának lehetősége merülhet fel akkor, ha a serdülő viselkedésében, érzelmeiben vagy gondolkodásában olyan eltérés észlelhető, ami már hosszabb ideje, legalább két hete tart, ami zavarja a serdülő mindennapi életét, tevékenységét, és emiatt a serdülő fejlődését hátrányosan

befolyásolhatja. Az eltérések jellemzőit és megnyilvánulásait a 13.12. táblázat foglalja össze.

A pszichés fejlődés zavara manifesztálódhat a serdülő viselkedésének zavarai-ban, amikor környezete azt észleli, hogy viselkedése eltér az adott szocio-kulturális környezet normáitól. Kialakulhatnak az érzelmi élet zavarai, melyek depresszióhoz, szorongáshoz, fóbiák kialakulásához vezethetnek. A serdülőkor-ban ritkán találkozunk a gondolkodás zavarait okozó állapotokkal.

13.12. táblázat A serdülőkori pszichés problémák megnyilvánulásai

- Eltérés észlelhető a serdülő viselkedésében, érzelmeiben vagy gondolkozásában, mely
 - hosszabb ideje (több mint két hete) tart,
 - zavarja a serdülő mindennapi életét,
 - hátrányos a serdülő fejlődésében
- Viselkedés zavar: eltérés a szociokulturális környezet normáitól
- Az érzelmi élet zavarai: depresszió, fóbiák, szorongás
- A gondolkodás zavarai: pervazív zavarok, pszichózis

A problémás viselkedés formái serdülőkorban

A következőkben a serdülőkori problémás viselkedés egyes formáit tekintjük át a 13.13. táblázatban szereplő beosztás szerint.

13.13. táblázat A serdülőkori problémás viselkedés formái

- Iskolai problémák:
 - Lázadás a normák ellen,
 - A követelmények negligálása,
 - Teljesítménykényszer elutasítása,
 - A kortárs csoport fontossága

- Kockázatkereső magatartás
 - Alkohol- és drogfogyasztás
 - Serdülő lányok terhessége
 - Szökés, csavargás
 - Csatlakozás deviáns csoportokhoz
 - Kriminalitás
- Öngyilkossági kísérlet, öngyilkosság

Leggyakrabban az *iskolai problémák* fordulnak elő. Ezek hátterében általában az iskolai követelmények figyelmen kívül hagyása, a normák elleni lázadás és a teljesítmény-kényszer elutasítása áll. Szerepet játszhat az érdeklődés változása is: a tanulás, az ismeretszerzés intellektuális élménye helyett a kortársak iránti érdeklődés, a kortárs csoport elvárásainak való megfelelés, a másik nem iránti érdeklődés kerülhet előtérbe. Az iskolai problémáknak a serdülő viselkedésében való konkrét megnyilvánulási formája nagyon változó lehet. Romló iskolai eredmények, hiányzások, iskolakerülés, az iskola elutasítása, a diáktársakkal és a tanárokkal szembeni szemtelen viselkedés, csalódottság, érdektelenség, az iskolai tanulmányok megszakítása egyaránt előfordulhat.

A serdülőkori pszichés zavarok komolyabb megnyilvánulása a *kockázatkereső magatartás-formák* kialakulása. Az alkohol- és drogfogyasztás kérdéseit, a serdülő lányok terhességének kérdését már tárgyaltuk. A serdülőt a konfliktusainak kiéleződése, a félelmei vagy szorongása csavargásra, az otthona elhagyására, szökésre készítheti. A csavargás az önállóság, függetlenség élményét nyújthatja, de deviáns csoportokhoz való csatlakozáshoz is vezethet. Ez pedig kriminális cselekményekben való részvétel kiinduló pontja lehet. Ezért az eltűnést, a szökést komolyan kell venni. A serdülőkori pszichés zavarok komoly megnyilvánulási formáját jelenti öngyilkossági kísérlet vagy az öngyilkosság, amiről részletesebben szólunk.

A serdülők öngyilkos viselkedésének főbb jellemzőit mutatja a 13.14. táblázat.

Az öngyilkossági kísérlet, az öngyilkosság a serdülők legfeltűnőbb, a környezet számára sokkoló megnyilvánulási formája. Az öngyilkos viselkedés kifejezés a jelenség folyamat-jellegét hangsúlyozza, ami az öngyilkossági gondolatok, a fenyegetés, a kísérlet és a befejezett öngyilkosság egységére utal. A sikeres öngyilkosságok a tizenévesek második leggyakoribb halálokat jelentik, a kísérletek száma nagyságrenddel nagyobb. Az öngyilkosság pszichológiai szempontból lehet egy impulzív jellegű cselekvés, máskor pedig egy elhúzódó krízishelyzet inadekvát megoldását jelenti. Az öngyilkossági szándék hangoztatásának, de az öngyilkossági kísérletnek is gyakran kommunikatív funkciója van: az érintett segélykérését jelenti. A serdülők öngyilkossági kísérletei során alkalmazott módszerek változatosak: egy részük valójában nem is alkalmas az élet kioltására, mások viszont, ha alkalmazzák azokat, általában halálos kimenetelűek.

13.14. táblázat Serdülők öngyilkos viselkedése

- Öngyilkos viselkedés: öngyilkossági gondolatok, fenyegetés, kísérlet, befejezett öngyilkosság
- Gyakoriság: tizenévesek második haláloka, prevalencia 15–19 éves korban: 10/100000, kísérletek száma: halálesetek 50–100-szorosa
- Jellemzők: impulzív jellegű tett, elhúzódó krízishelyzet inadekvát megoldása, kommunikatív funkció, segélykérés: cry for help,
- Módszerek: gyógyszerbevétel, önsértés

Az öngyilkossági kísérletek általában nem előzmény nélküliek. Ismertek az *öngyilkos viselkedés rizikó tényezői*, ezeket a 13.15. táblázat mutatja be. Szerencsés helyzet, ha ezek feltárására az öngyilkossági kísérlet előtt kerül sor,

gyakran azonban már csak a kísérletet követően ismerik fel. Maga a megelőző öngyilkossági kísérlet is rizikó tényezőnek tekinthető.

Az öngyilkos viselkedés rizikófaktorainak időben történő feltárása nagy jelentőséggel bír, mert az öngyilkos viselkedés megelőzésének alapját jelentheti. Lehetőségeit a prevenció szintjei szerint a 13.16. táblázat foglalja össze.

13.15. táblázat Az öngyilkos viselkedés rizikófaktorai

- Megelőző öngyilkossági kísérlet
- Korai anya-gyermek kapcsolat zavarai
(elhanyagolás, bántalmazás, kötődési zavar)
- Depresszió, viselkedészavarok
- Adaptációs zavar (impulzivitás, agresszivitás)
- Alkohol és drog abúzus, antiszociális viselkedés
- Családi, környezeti, iskolai problémák
- A rizikófaktorok együttes hatása gyakori

13.16. táblázat Az öngyilkos viselkedés megelőzése és kezelése

- Primer prevenció:
 - mentális egészségre nevelés,
 - mentálhigiénés tanácsadás
- Szekunder prevenció:
 - veszélyhelyzet felismerése,
 - azonosítása családban, iskolában, közösségben;
 - krízisintervenció a veszélyhelyzet megoldására,
 - (pszichológus, pszichiáter bevonása)
- Öngyilkossági kísérlet kezelése:
 - szomatikus ellátás és haladéktalan krízisintervenció és terápia

- Tercier prevenció:
 - támogató kapcsolat, folyamatos gondozás

A *primer prevenció*t szolgálja a gyermekek mentális egészségnevelése, aminek a gyermekkor egyes életszakaszaiban eltérő feladatai vannak; s megvalósítása a családban és az oktatási intézményekben történik. A mentálhigiénés tanácsadás az enyhébb pszichés eltérések kedvező befolyásolása révén tölti be primer prevenció szerepét. A *szekunder prevenció* alapja a veszélyhelyzet felismerése. Veszélyhelyzetre utalnak a verbális és nem verbális kommunikációban a nihilisztikus megjegyzések, a lehangoltságra utaló tartalmak, a halállal való foglalkozás és a szuicid utalások vagy tervek. Az öngyilkos viselkedés azonosítására sor kerülhet a családban, az iskolában és közösségben egyaránt. A felismerést követően a veszélyhelyzet megoldására krízisintervenció foganatosítása szükséges. Ennek első lépése lehet az iskolaorvos vagy a gyermek-alapellátás orvosa által kezdeményezett feltáró beszélgetés, mely után azonban pszichológus, vagy pszichiáter segítségének igénybevétele szükséges. Az öngyilkossági kísérlet kezelése haladéktalan szomatikus ellátás nyújtását jelenti, s ezt követően a krízisintervenciót a serdülő szakemberhez történő eljuttatásával szükséges megkezdeni. A *tercier prevenció* az öngyilkossági kísérlet(ek) után támogató, segítő kapcsolat kialakítását, a hosszú távú gondozás megvalósítását jelenti az újabb szuicid epizód megelőzése érdekében.

Az érzelmi és hangulati élet zavarai serdülőkorban

A viselkedési zavarokat követően a serdülők érzelmi, hangulati életének zavaraira, a depresszióra, a szorongással járó állapotokra, fóbiákra fókuszálunk, megemlítjük továbbá az akut és poszttraumás stressz állapotokat is (13.17. táblázat).

A serdülőkorban észlelt *depresszió* gyakran áll az öngyilkos magatartás: a készítés, a szándék és a kísérlet háttérében, felismerése ezért nagyon fontos.

A serdülők depresszióját a diszfóriás hangulat, a szomorúság, a reménytelenség, a magányosság érzése jellemzi. Feltárható a csekély önértékelés, az energia-vesztés. Az állapot gyakran társul szomatikus panaszokkal, s gyakran következik be a teljesítmény romlása is.

13.17. táblázat Az érzelmi hangulati élet zavarai serdülésben

- Depresszió:
 - diszfóriás hangulat, szomorúság,
 - reménytelenség, magányosság érzése,
 - csekély önértékelés, energia-vesztés,
 - szomatikus panaszok, a teljesítmény csökkenése
- Szorongással járó állapotok:
 - pánikbetegség,
 - generalizált szorongás,
 - kényszeres szorongás
 - fóbiák (agora-, szociális, iskolafóbia)
- Pszichés trauma, megterhelő életesemények
 - Akut stressz és poszttraumás stresszállapot

Az érzelmi, hangulati élet zavarainak másik csoportját a *szorongással járó állapotok* képezik. A szorongás alapját a félelmek adják. Serdülőkorban az iskolai teljesítménnyel kapcsolatos félelem, a szociális félelem, a nemi szereppel kapcsolatos félelem és a kortársak elutasításától való félelem emelhető ki. Az egyes klinikai formák közül a pánikbetegség, a generalizált szorongás és a kényszeres szorongás emelhető ki. A pánikbetegség alapja intenzív rettegés, amit változatos testi tünetek kísérnek. A generalizált szorongás alapja pedig valamilyen (vélt) okra vonatkoztatott veszélyérzés, vegetatív tünetekkel. A kényszeres szorongást elháríthatatlannak érzett kényszer-gondolatok okozzák. A *fóbiák* helyzetektől, tevékenységektől, tárgyaktól való irracionális félelmek;

főbb formái az agora-, a szociális és iskolafóbia. Pszichés traumák, megterhelő életesemények *akut stressz, poszttraumás stressz* kiváltói lehetnek.

A gondolkodás zavara serdülőkorban

A serdülőkorban észlelhetők lehetnek a gondolkodás zavarával járó pszichotikus állapotok is. Ezek közül a serdülőkori schizofrenia emelhető ki. A kórképet a gondolkodásnak, az érzelmi életnek, a környezethez és a realitáshoz való kapcsolatnak a súlyos zavarai jellemzik. Téveszmék, hallucinációk, érzelmi sivárság, a környezettől való elzárkózás fordulhatnak elő. A serdülőkorban kialakuló forma kimenetele általában nem kedvező.

A serdülők pszichológiai és pszichiátriai kezelésének lehetőségei.

Végezetül összefoglaljuk a serdülők pszichológiai és pszichiátriai kezelésének lehetőségeit (13.18. táblázat). Ezek a gyermek-alapellátás és az iskola-egészségügy kezdeményezésére vehetők igénybe. A lehetőségek többsége a járóbeteg szakellátás keretében elérhető, de esetenként szükség lehet a gyermek- és ifjúsági pszichiátriai osztályok segítségének igénybe vételére is.

13.18. táblázat A serdülők pszichológiai és pszichiátriai kezelésének lehetősége

- Egyéni pszichoterápia
- Családterápia, csoportterápia
- Gondozás járóbeteg szakellátó intézményben
- Kezelés gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályon
- Tanácsadó szolgálatok, segítő központok

A serdülők pszichés zavarainak felismerésében a szülőknek, az iskolának, a gyermek-alapellátásnak és az iskola-egészségügyi szolgálatnak egyaránt fontos szerepe van; a krízis-intervencióban, a pontos diagnózis felállításában,

a szükséges kezelés kiválasztásában és kivitelezésében, valamint a hosszú távú gondozás végzésében pedig a járóbeteg szakellátó intézmények, a gyermek- és ifjúság-pszichiátriai osztályok, valamint a tanácsadó és segítő központok munkája a meghatározó.

DUPress

14. GYERMEKEK HÁTRÁNYOS HELYZETE, VESZÉLYEZTETÉSE, ELHANYAGOLÁSA ÉS BÁNTALMAZÁSA

A hátrányos helyzet

Hátrányos helyzetű gyermekeknek tekinthetők azok, akik a családjuk alacsony jövedelme, a munkanélküliség, a kedvezőtlen lakáskörülmények és egészségi problémák miatt az átlagostól eltérő támogatásra szorúlnak, de megfelelően működő prevenció, segítségnyújtás, és ha szükséges, beavatkozás esetén a családjukban nevelhetők. A törvényi definíció szerint hátrányos helyzetű gyermek, tanuló az, akit családi körülményei, szociális helyzete miatt a jegyző védelembe vett, illetve akinek rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre való jogosultságát megállapította.

Hátrányos helyzetű családok illetve személyek azok, akiknek a szükséglet kielégítő lehetőségei, életkörülményei, lehetséges életmódja a társadalom átlagánál lényegesen rosszabbak. Emiatt a társadalmi státuszukat meghatározó tényezőket – fogyasztás, kultúra, életmód, érdekérvényesítés, lakhatás, anyagi színvonal, munkamegosztás – illetően olyan mértékben hátrányban vannak, amit nem tudnak kompenzálni, és ebből adódóan az élethelyzetük javítására önmaguk nem képesek.

A hátrányos helyzet megnyilvánulásai tehát: a rosszabb életkörülmények; a művelődési hátrányok, a szülők alacsonyabb iskolázottsága; egészségi állapot; a család szerkezete és működése.

Fontos a gyermek hátrányos helyzetének és veszélyeztettségének elkülönítése.

A gyermek veszélyeztetése azt jelenti, hogy a gyermek nevelésére, felügyeletére vagy gondozására köteles személy ezt a kötelességét súlyosan megszegi, és ezzel a kiskorú testi, értelmi, erkölcsi vagy érzelmi fejlődését veszélyezteti. A hátrányos helyzetűek nem biztos, hogy veszélyeztetettek, de a hátrányos helyzet hosszú idejű fennállása veszélyeztetettséget okozhat. A veszélyeztetettek viszont nem mindig hátrányos helyzetűek. A hátrányos helyzet megállapítása a

társadalmi státusz vizsgálatával történik: arra keresünk választ, hogy a gyermek milyen körülmények között szocializálódik. A veszélyeztetettség megállapítása viszont a gyermek fejlődésének vizsgálatával történik: arra keresünk választ, hogy a gyermek hogyan szocializálódik.

Hátrányos helyzet, szegénység következményei gyermekkorban

A hátrányos helyzet és a szegénység összefügg. A szegénységet az alacsony jövedelmi viszonyok, a foglalkoztatottság nem kielégítő helyzete és a beszűkült fogyasztási lehetőségek együtt jellemzik.

A szegény családokban felnövekvő gyermekek életkörülményeiben megnyilvánuló következmények a gyermekek minőségében egészségtelen, mennyiségben esetenként nem kielégítő táplálkozása, a szocializációs hátrányok, az iskoláztatás hiányosságai és az egészségi kockázatok lehetnek. Ezeket a 14.1. táblázat mutatja be.

14.1. táblázat A szegénység következményei gyermekkorban

- A táplálkozás problémái
 - Egészségtelen táplálkozás
 - Mennyiségileg is elégtelen táplálkozás
- Szocializációs hátrányok
 - Pszichoszociális fejlődés zavara
 - Beszéd- és kognitív fejlődés késése
- Iskoláztatás hiányosságai
 - Gyengébb iskolai teljesítmény
 - Korai iskolaelhagyás
- Egészségi kockázatok
 - Pszichés tünetek, pszichoszomatikus zavarok
 - Magatartás-problémák és a szenvedélybetegségek

A szegény családokban a gyermekek ellátásának alapvető tényezője a megfelelő táplálás biztosítása. A hátrányos helyzetű gyermekek táplálkozásában dominálnak a szénhidrátokban gazdag gabonafélék (liszt, kenyér, tészta), a zsíros ételek és a burgonya; a tejtermékek, a gyümölcs és a zöldségek fogyasztása nem kielégítő. Az egészségtelen táplálkozás, ha mennyiségi éhezéssel nem társul, a túlsúlyosság és az elhízás gyakoriságának növekedéséhez vezethet. Az egészségtelen táplálkozás azonban mennyiségileg is elégtelen lehet, ennek következményeként az alultápláltság is előfordulhat.

A hátrányos helyzetű családok anyagi helyzete, lakásviszonyai, a szülők alacsony iskolázottsága a gyermekek szocializációjában is hátrányokat okoznak. A szülői modellek hiánya vagy torzulása, a család működésében kialakuló zavarok, nevelési eszközök hiánya vagy túlzott alkalmazása a gyermek pszichoszociális fejlődésére negatív hatással lehetnek. A családi ismeretszerzés behatárolt lehetőségei nehezítik a beszédfejlődést és a mentális képességek kialakulását is.

A családi nevelés hiányosságait az óvoda és az iskola nem mindig képes kompenzálni. A hátrányos helyzetű településeken a gyengébb iskolai teljesítmény és korai iskolaelhagyás jellemzőnek tekinthető.

A család szegénysége gyakran a családtagok egészségtelen életmódjával társul, ami az egészségtelen táplálkozásban, dohányzásban, alkoholizálásban, mozgásszegénységben nyilvánul meg, és negatív példát jelentenek a családban nevelődő gyermekek számára. Gyakran észlelhetők pszichés tünetek, pszichoszomatikus zavarok és magatartás-problémák és a szenvedélybetegségek kialakulása. Mindezek miatt a gyermekszegénység megszüntetése, csökkentése kiemelt szociális politikai feladat.

A hátrányos helyzet befolyásolásának lehetőségei

A szociális politika számos intézkedése irányul a gyermekek hátrányos helyzete következményeinek csökkentésére (14.2. táblázat).

14.2. táblázat A gyermekszegénység csökkentésének lehetőségei

- Gyermekjóléti alapellátások
 - Családi pótlék, gyermekgondozási segély
 - Rendszeres gyermekvédelmi támogatás
 - Rendkívüli és kiegészítő támogatás
 - Tankönyvtámogatás
 - Intézményi, iskolai étkeztetés
- Oktatási támogatások
 - Kötelező óvodáztatás
 - Integrációs és képesség-kibontakoztató felkészítés
 - Ösztöndíj-programok, szakkollégiumok
 - Szabadidősport támogatása
- Egészségügyi ellátórendszer
 - A gyermek-alapellátás preventív tevékenysége
 - A szülők gyermek-egészségügyi ismereteinek bővítése
 - Iskolai és közösségi egészségfejlesztési programok

A *gyermekjóléti alapellátások* közzé pénzbeli és természetbeni ellátások tartoznak. A gyermekes családok családi pótlékban, gyermekgondozási segélyben részesülnek. A települési önkormányzat hatáskörébe tartozó pénzbeli ellátások: a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, a rendkívüli és a kiegészítő gyermekvédelmi támogatás. Fontos támogatási forma a tankönyvtámogatás.

A rendszeres, napi többszöri étkezés biztosításában nagy szerepe van az ingyenes vagy kedvezményes árú óvodai, iskolai étkeztetésnek. A nyári étkeztetést pedig az önkormányzatok pályázatai alapján megvalósított étkeztetési lehetőségek segítik. Segítséget jelenthetnek a városi gyámhivatalok hatáskörébe tartozó támogatások is, pl. a gyermektartásdíj megelőlegezése.

Oktatási támogatások. Kiemelkedő jelentőségű a 3 éves kortól kötelező óvodáztatás bevezetése, továbbá az óvodákban, általános és középiskolákban folytatott integrációs és képesség-kibontakoztató felkészítés programja. A hátrányos helyzetű, köztük a roma fiatalok tanulását ösztöndíj-programok segítik. A felsőoktatásban fontos szerepet töltenek be a szakkollégiumok. Támogatást kap a hátrányos helyzetű diákok szabadidősportban való részvételének biztosítása is.

Az egészségügyi ellátórendszer kiemelt programjai is segítséget nyújtanak a hátrányos helyzetű gyermekek szegénységének csökkentésében. Ezek a gyermek-alapellátás prevenciós kapacitásának növelése, a koragyermekkori szűrő-vizsgálatok rendszeres végzése, a kiemelt gondozásának biztosítása, a hátrányos helyzetű szülők gyermek-egészségügyi ismereteinek bővítése és az iskolai egészségnevelési és egészségfejlesztési, valamint a közösségi egészségfejlesztési programok támogatása.

Gyermekek elhanyagolása és bántalmazása

A gyermek bántalmazása és elhanyagolása a gyermekkel szemben tanúsított fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmódot, a szexuális visszaélést, az elhanyagolást és a gyermek kizsákmányolásának minden formáját magában foglalja, melyek a gyermek túlélésének, egészségének, fejlődésének vagy méltóságának sérelmét eredményezik. A Gyermekvédelmi Törvény a zéró-tolerancia elvét fogalmazza meg: „A gyermeknek joga van emberi méltósága tiszteletben tartásához, a bántalmazással – fizikai, szexuális vagy lelki erőszakkal –, az elhanyagolással és az információs ártalommal szembeni védelemhez. A gyermek nem vethető alá kínzásnak, testi fenyegetésnek és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetésnek, illetve bánásmódnak.”

Az elhanyagolás és bántalmazás formái

A gyermekkel szembeni rossz bánásmód fő formái az elhanyagolás és a bántalmazás. Ezek fajtáit a 14.3. táblázat foglalja össze.

Az érzelmi elhanyagolás az érzelmi biztonság, az állandóság, a szereteten alapuló kapcsolat hiányát, a gyermek érzelmi kötődése kialakulásának zavarát eredményezi.

A fizikai elhanyagolás az alapvető fizikai szükségletek, higiénés feltételek, a felügyelet hiányát jelenti. Idetartozik például a csecsemő, kisgyermek magára hagyása, bezárása, a gyermek védelmének elmulasztása, éheztetése, az orvosi ellátásának késleltetése, gyógyulásának veszélyeztetése, a szükséges kezelés önkényes visszautasítása.

14.3. táblázat Az elhanyagolás és a bántalmazás fajtái

- A gyermek elhanyagolása
 - Érzelmi elhanyagolás
 - Fizikai elhanyagolás
 - Oktatási, nevelési elhanyagolás
- Gyermekbántalmazás
 - Érzelmi bántalmazás
 - Fizikai bántalmazás
 - Szexuális abúzus
 - Szándékos betegség-okozás
 - A gyermek önmaga veszélyeztetése

Az oktatási-, nevelési elhanyagolás esetén jellemző az iskolalátogatási kötelezettség elhanyagolása, az együttműködés hiánya, vagy szembefordulás az oktatási intézménnyel, a rendelkezésre álló és javasolt speciális képzési, fejlesztési szolgálatok igénybevételének elmulasztása.

Az érzelmi bántalmazás a gyermek érzelmeivel való tartós vagy rendszeres

visszaélés, aminek számos formája és következménye lehet. A gyermekekben az értéktelenség, a szeretetlenség érzésének keltése önértékelési zavarokhoz vezethet. Az életkornak, a fejlettségnek, képességnek nem megfelelő elvárások támasztása, a megszegés félelmet okoz, szorongás kelt. A bántalmazással, erőszakkal, bezárással, elhagyással való fenyegetés állandó rettegést okoz.

A *fizikai bántalmazás* szándékos fizikai sérülés okozása a gyermeknek. Leggyakrabban a „testi fenytés” formájában fordul elő, amikor veréssel fegyelmezik, büntetik a gyermeket. Számos további súlyos forma ismert: rúgás, lekötözés, rángatás, el- vagy ledobás, megégetés, leforrázás, fojtogatás, mérgezés. Ide tartozik az ún. megrázott gyermek szindróma is, bár külsérelmi nyom nem észlelhető.

A *szexuális abúzus* gyermeknek vagy fiatalnak szexuális tevékenységekre való kényszerítését vagy csábítását jelenti, attól függetlenül, hogy az áldozat tisztában van-e azzal, mi történik vele. Ebbe a körbe tartozik a tényleges szexuális aktuson kívül a molesztáló, csábító tevékenység, magamutogatás is, a gyermek bevonása pornográf anyagok megtekintésébe, vagy készítésébe. A szexuális abúzust elkövetők túlnyomó többsége a sértett gyermek rokona, hozzátartozója, családtagja vagy barátja. A szexuális visszaélés nemzetközi formája a gyermek-kereskedelem, a kereskedelmi célú szexuális kihasználás.

A hazai és nemzetközi vizsgálatok szerint a gyermekekkel szembeni rossz bánásmód eseteinek mintegy 50%-a elhanyagolás, 25%-a fizikai bántalmazás, 20%-a érzelmi bántalmazás, 5% pedig szexuális abúzus. Ezek a formák az esetek jelentős hányadában együtt fordulnak elő.

A *szándékos betegség-okozás* (az ún. Münchausen by proxy szindróma) nagyon ritka bántalmazási forma. Az általában pszichés zavarban szenvedő anya különböző módszerekkel a gyermekénél szándékosan betegséget idéz elő, hogy az egészségügyben figyelmet kapjon, amit máskor nem kapott meg.

Előfordul a *gyermek önmaga veszélyeztetése*, önsértése is, amikor önmaga ellen tanúsít erőszakos magatartást; az önsértés súlyosabb formája az öngyilkossági

kísérlet. Ide tartoznak a veszélyeztető magatartási formák: az elszökés, csavargás, drogfogyasztás, alkoholizálás stb. Ezek háttérében gyakran a család működésének zavara vagy kortárs-bántalmazás, iskolai problémák stb. állnak.

A bántalmazás egyes formái az elkövetés helye szerint is elkülöníthetők (14.4. táblázat). A *családon belüli erőszak* esetén az elkövető a hozzátartozóját bántalmazza. A házastársát, partnerét bántalmazó szülő gyakran a családban nevelkedő gyermekeket is bántalmazza, illetve a gyermekek tanúi lesznek a bántalmazásnak. A gyermekbántalmazás 80%-a hazánkban családi erőszakként valósul meg. A *családon kívüli erőszak* esetén a bántalmazás elkövetője nem családtag.

14.4. táblázat A bántalmazás formái az elkövetés helye szerint

- Családon belüli erőszak
- Családon kívüli erőszak
- Rendszer-abúzus
- Intézményi bántalmazás
- Kortársbántalmazás
- Médiaerőszak, online abúzus

Rendszer abúzus. Ha a gyermekek védelmére létrehozott rendszer diszfunkcionálisan működik, a bántalmazás elhárítása késik; emiatt további károsodás következhet be, ami a rendszer számlájára írható. *Intézményi bántalmazás* következhet be oktatási-nevelési intézményben, az egészségügyi ellátás, a büntetőeljárás vagy hatósági eljárás során, a sportéletben. A *kortársbántalmazás* zaklatásban, verekedésben nyilvánul meg, sok gyermek és fiatal életét keseríti meg. A *média-erőszak* a média által indukált bántalmazást jelenti, s ismert az internet használatával kapcsolt ún. online abúzus jelensége.

A gyermekekkel szembeni rossz bánásmód, a gyermekbántalmazás felismerése

A gyermekekkel szembeni rossz bánásmód, a gyermekek elhanyagolása és a gyermekek bántalmazása felismerésében a gyermek- és ifjúság-egészségügyi ellátórendszernek kiemelt szerepe van. Az itt dolgozó szakemberek ismerik a családot és a gyermeket, s tudomásul bírhatnak az elhanyagolás/bántalmazás rizikótényezőiről is. Ez a megelőzést és a felismerést egyaránt segítheti.

Az elhanyagolás/bántalmazás rizikótényezői társadalmi-gazdasági tényezőkre, családi körülményekre, a szülők személyiségével és a gyermekkel kapcsolatos tényezőkre oszthatók (14.5. táblázat).

14.5. táblázat Az elhanyagolás/bántalmazás rizikótényezői

- Társadalmi-gazdasági tényezők
 - Szociokulturális körülmények
 - Hagyományok, szokások
 - Szegénység, hajléktalanság, munkanélküliség
- Családi körülmények
 - Sajátos családstruktúra
 - A család diszfunkcionális működése
 - Elfogadott családi erőszak
- A szülők személyiségével kapcsolatos tényezők
 - Családi előzmény negatív adatai
 - Éretlen vagy sérült személyiség
 - Kötődési problémák
 - Pszichomentális betegségek
 - Addikciók
- A gyermekkel kapcsolatos tényezők
 - Nem kívánt vagy titkolt terhességből született
 - Koraszülöttként vagy kis súllyal született

- Testi vagy értelmi fogyatékkal él
- Krónikus betegségben szenved
- Magatartási, tanulási zavarral küzd

A társadalmi-gazdasági tényezők közé sorolhatók a szociokulturális körülmények, a helytelen hagyományok, rossz szokások, a szegénység, hajléktalanság és munkanélküliség. A családi körülmények között a sajátos családstruktúra (egyedülálló, különélő szülők, mostohaszülő, bizonytalan kapcsolódású partner), családi kapcsolatrendszer zavara, a család diszfunkcionális működése, a családi erőszak (elfogadott a verbális és fizikai erőszak) említhető.

A szülő személyiségével összefüggő rizikófaktorok: éretlen vagy sérült személyiség, kötődési problémák, betegségek (depresszió, szorongás, pszichózis), függőségi állapotok, magatartászavarok, bűnözés. A gyermekkel kapcsolatos rizikótényezők: nem kívánt vagy titkolt terhességből született, koraszülöttként vagy kis súllyal született, testi vagy értelmi fogyatékkal él, illetve krónikus betegségben szenved, magatartási, tanulási zavarral küzd.

A bántalmazás vagy elhanyagolás gyanúját felvető illetve azt megerősítő jelek.

A bántalmazás vagy elhanyagolás gyanúját veti fel a gyermek pszichés állapotának változása, gyakori iskolai hiányzása, az orvos szokatlan tünetekkel, túl gyakori sérüléssel történő, vagy pedig késedelmes felkeresése.

A bántalmazás vagy az elhanyagolás egyes formáinak felismerését eltérő jelek, vizsgálati eredmények értékelése biztosíthatja. A következőkben először a bántalmazás, majd pedig az elhanyagolás egyes formáinak jeleit foglaljuk össze a 14.6. és a 14.7 táblázaton.

14.6. táblázat Érzelmi, fizikai, szexuális bántalmazás és szándékos betegség- okozás jelei

- Érzelmi bántalmazás jelei
 - Szorongás, visszahúzódás, depresszió, önsértés
 - Ellentmondásos viselkedés: szeretetéttség, gyanakvás
 - Érzelemszabályozás nehézsége
 - Kötelezettségek elhanyagolása
- Fizikai bántalmazás jelei
 - Az érzelmi állapot zavarai
 - Jellemző vagy különböző sérülések
 - A prezentált előzmények és a sérülések ellentmondásai
 - Késedelemmel kért ellátás
- A szexuális bántalmazás jelei
 - Szégyen, büntudat, zaklatott érzelmi állapot
 - A külső nemi szervek, gáttájék sérülései
 - Gyulladásos tünetek
 - Serdülőkori terhesség
- Szándékos betegség-okozás gyanúja
 - Szokatlan, bizarr tünetek
 - Nehéz vagy lehetetlen diagnosztizálás
 - Hatástalan kezelési próbálkozások
 - Gyanús körülmények és szülői magatartás

14.7. táblázat Az érzelmi és a fizikai elhanyagolás jelei

- Érzelmi elhanyagolás
 - Pozitív szülői érzelmek hiánya a gyermek iránt
 - A figyelem hiánya a gyermek szükségletei jelzése iránt
 - A gyermek nem kielégítő kötődése a szülőkhöz
 - A gyermek társas kapcsolatai hiányosak
 - A szülők korlátozzák a gyermek véleménynyilvánítását

- Fizikai elhanyagolás
 - A gyermek öltözködése elhanyagolt
 - Rossz higiénés állapot, gyakori fertőzések
 - Nem megfelelő tápláltság
 - Gyakori balesetek, betegségek
 - Késedelmes orvoshoz fordulás
 - Iskolai hiányzások, magatartászavarok

A gyermek-alapellátás és szakellátás szerepe a felismerésben

Ha a védőnő és a gyermek-alapellátási team tagjai a gyermek bántalmazásának vagy elhanyagolásának rizikótényezőit, továbbá gyanújeleit vagy egyértelmű jeleit észlelik, körültekintően tisztázni szükséges, hogy az észlelték a bántalmazásnak és az elhanyagolásnak milyen formáira utalnak, továbbá hogy valóban fennáll-e a gyermek veszélyeztetettsége, és ha igen, az milyen fokú. A gyermek-alapellátás szakembereinek vizsgálata mellett rendszerint gyermek-pszichológiai vizsgálatra és esetenként más vizsgálatra is szükség lehet.

Érzelmi bántalmazás gyanúja esetén a gyermek érzelmi állapotának valamint a szülő-gyermek kapcsolat jellemzőinek pontos megítélésében pl. pszichológus vagy pszichiáter segíthet. A gyermek-alapellátást végző orvos fontos feladata, hogy ezt a szülővel megértesse és biztosítsa a szülő és a gyermek szakvizsgálatának elvégzését.

A fizikai bántalmazás miatt végzett orvosi vizsgálat során a sérülések pontos számbavétele, jellegük megítélése és keletkezésük lehetséges mechanizmusának átgondolása szükséges. Alapvető emellett, hogy a gyermek haladéktalanul adekvát ellátó helyre kerüljön beutalásra.

A szexuális bántalmazás gyanúja esetén különösen körültekintően kell eljárni. A vizsgálatot gyakran nehezíti a gyermek szégyene, büntudata, félelme a megbélyegzésétől vagy az elkövetőtől. Ha a gyermek-alapellátást végző orvos szükségesnek ítéli, gyermeknőgyógyász segítsége is igénybe vehető.

A *szándékos betegség-okozás* lehetőségének bizonyítása nehéz diagnosztikai feladat. Ha a betegség előidézésének gyanúja merül fel, részletes intézeti kivizsgálás szükséges.

Az *érzelmi elhanyagolás* gyanúja esetén is szükséges a pszichológiai vizsgálat. A lehetőséget alátámasztja, ha pszichológiai vizsgálat a gyermek szüleihez való kötődésének és a társas kapcsolatainak zavarát mutatja ki.

A *fizikai elhanyagolás* lehetőségét a gyermek-alapellátási team a tapasztalatai alapján nagy valószínűséggel fel tudja vetni. Az iskola információja az indokolatlan hiányzásokról és a magatartászavarokról ezt alátámaszthatja.

A bántalmazás/elhanyagolás miatt vizsgált gyermekkel és szüleikkel folytatott kommunikáció

A bántalmazás/elhanyagolás miatt vizsgált gyermekkel és szüleivel folytatott kommunikáció során nagy körültekintéssel szükséges eljárni (14.8. táblázat).

14.8. táblázat A bántalmazás/elhanyagolás miatt folytatott konzultáció szempontjai

- Gyermekkel folytatott kommunikáció
 - A konzultáció célja a segítségnyújtás
 - Elfogadó, megértő légkört teremtsünk
 - A kérdésekre életkorának megfelelő választ adjunk
 - A gyermek válaszait ne minősítsük
 - Adjunk lehetőséget hozzátartozóival, barátaival találkozni
 - Az elmondottakat csak a helyzetének javítása érdekében
 - közöljük más szakemberekkel
- Szülővel folytatott konzultáció
 - Tájékoztatás a gyermek állapotáról
 - Tájékoztatás a teendőkről, előírásokról

- Tájékoztatás a segítségnyújtásról (gyermeknek, szülőnek)
- A szülő érezze: humánus eljárásban részesülnek

A fentiekből kitűnik, hogy a gyermekkel folytatott konzultáció legfontosabb követelménye a gyermek bizalmának megnyerése, annak elérése, hogy érezze, minden az ő érdekében történik, a vele foglalkozó szakemberek őt szeretnék segíteni. A szülővel folytatott megbeszélés során tájékoztatni kell őt a gyermek állapotáról, az elvégzendő vizsgálatokról, a jogszabályi előírásokról. Érezze, hogy a gyermekén kívánunk segíteni és hogy humánus eljárásban részesül.

A gyermek veszélyeztetettségének fokozatai

A gyermek veszélyeztetettségének négy fokozata különíthető el. Ezek fennállásának megállapítása a veszélyeztetettség részletes vizsgálata alapján történik. A fokozatok illetve a megállapítások a következők lehetnek:

- rizikótényezők fennállnak, de veszélyeztető magatartás nem igazolható;
- enyhe fokú veszélyeztetés áll fenn;
- súlyos fokú veszélyeztetettség áll fenn;
- életveszélyes veszélyeztetettség áll fenn

A 14.9. táblázat a teendőket a fokozatok szerint mutatja be.

14.9. táblázat Teendők a gyermekek elhanyagolása illetve bántalmazása esetén

- Rizikótényezők fennállnak, de veszélyeztető magatartás nem igazolható
Az orvos és védőnő a gyermeket fokozott gondozásba veszi

A gyermek szakellátását megszervezi

Segítségnyújtás a szülőnek, sz.e. szakellátáshoz irányítás

Ellenőrzés két héten belül:

További gondozás vagy intézkedés veszélyeztetettség miatt

- Enyhe fokú veszélyeztetés áll fenn
 - Az orvos és védőnő a gyermeket fokozott gondozásba veszi

A gyermek szakellátását megszervezi

Segítségnyújtás a szülőnek, sz.e. szakellátáshoz irányítás

- A gyermekjóléti szolgálatot értesíti

Közös cselekvési terv alapján gondozás legalább egy évig

- Súlyos fokú veszélyeztetettség áll fenn

- A gyermek szakmailag szükséges ellátása

8 napon túl gyógyuló sérülés esetén:

A gyermekjóléti szolgálat értesítése

A rendőrség értesítése, feljelentés

A hatósági eljárás kezdeményezése a gyámügynél

8 napon belül gyógyuló sérülés esetén:

A gyermekjóléti szolgálat értesítése

A rendőrség feljelentés egyéni mérlegelés tárgya

A hatósági eljárás kezdeményezése a gyámügynél

- A gyermek védelembe vétele, követése

A gyermekjóléti szolgálattal együttműködve, gondozási cselekvési terv kialakítása

Követés legalább 2 éven keresztül

A gyermek családba visszahelyezése, ha lehetséges

- Életveszélyes veszélyeztetettség áll fenn

A rendőrség azonnali értesítése, feljelentés

A gyermekjóléti és a gyámügy azonnali értesítése

A gyermek időben történő kiemelése a családból,

szükségleteinek megfelelő gondozási helyre juttatása

A fentiek szerint ha a gyermek-alapellátást végző orvos és a védőnő megállapítása az, hogy *rizikótényezők fennállnak, de veszélyeztető magatartás nem igazolható*, a gyermeket fokozott gondozásba veszik. Ennek keretében rendszeresen látogatják a családot, segítséget nyújtanak a gyermek

gondozásában, nevelésében. Kezdeményezik a gyermek és/vagy a szülők részéről felmerült rizikótényezők természetének szakmai tisztázását. Az ellenőrzések tapasztalatai alapján döntenek a további gondozásról vagy az intézkedésről a veszélyeztetettség miatt.

Ha *mérsékelt*en veszélyeztető magatartás állapítható meg, a háziorvos és a védőnő saját hatáskörben fokozott gondozásba veszi a családot, s egyben értesítéssel él a gyermekjóléti szolgálat felé. Ezt követően a háziorvos és a védőnő, együttműködésben a gyermekjóléti szolgálattal, a közösen kialakított cselekvési terv szerint fokozott gondozás keretében legalább egy éven át követi a családot és folyamatos segítséget nyújt.

Ha *súlyosan* veszélyeztető magatartás állapítható meg, mindenekelőtt a gyermek szakmailag szükséges ellátásáról kell gondoskodni. Ha 8 napon túl gyógyuló sérülés állapítható meg, a vizsgálóorvos köteles rendőrségi feljelentést tenni, a gyermekjóléti szolgálatot értesíteni és hatósági eljárást kezdeményezni a gyámhatóságnál. 8 napon belül gyógyuló sérülés esetén egyéni mérlegelés tárgyát képezi a rendőrségi feljelentés, de szükséges a gyermekjóléti szolgálat értesítése és hatósági eljárás kezdeményezése a gyámhatóságnál. Ezután megtörténik a gyermek védelembe vétele és gondozási cselekvési terv kialakítása. A követés legalább 2 éven keresztül tart, majd megtörténhet a gyermek visszahelyezése a családba.

Ha *életveszélyes* veszélyeztetettség áll fenn, a rendőrség azonnali értesítése, feljelentés tétele, emellett a gyermekvédelmi rendszer és a gyámügy azonnali értesítése szükséges. A gyors intézkedés célja a gyermek időben történő kiemelése a családból, s a szükségleteinek megfelelő gondozási helyre juttatása. A továbbiakban a gyermekvédelmi rendszer feladata a személyes gondoskodást nyújtó ellátások biztosítása és a gyermekvédelmi gondoskodás szükséges formájának hatósági intézkedések keretében történő biztosítása.

A fentiekből kitűnik az is, hogy a veszélyeztetést jelentő állapotok előrejelzésében a gyermek-alapellátást végző orvosnak és a védőnőnek kulcsszerepe van, és gyermekvédelmi szakemberekkel való együttműködésük biztosíthatja az időben történő felismerést és a szükséges intézkedéseket.

DUPress