

**A MAGYAR GYERMEKEK EGÉSZSÉGI
ÁLLAPOTÁNAK JELLEMZŐI
(2003)**

SZAUER ERZSÉBET

Az egészségmegőrzés és az egészségvédelem korunk legfontosabb feladatai közé tartozik. Az egészség a társadalom számára a legfontosabb erőforrás, hiánya csökkenti a munkaerő minőségét és mennyiségét, emeli nemcsak az egészségügyi, de a szociális kiadásokat is. A lakosság egészségügyi állapotát számos tényező befolyásolja. Közülük a legerősebb hatást a demográfiai tényezők, valamint az egészségügyi ellátás színvonala fejtik ki, de jelentős a szerepe a környezeti tényezőknek, az anyagi viszonyoknak, az élvezeti szerek fogyasztásának, az életmódnak is. A lakosság egészségi állapota egyetlenegy mutatószámmal nem fejezhető ki. Legérzékenyebben a várható élettartammal, a különböző halálozási arányszámokkal, valamint az előforduló betegségek gyakoriságával jellemezhető.

A magyar lakosság egészségi állapota a '60-as évektől a '90-es évek közepéig drámai mértékben romlott. Az ország felnőtt lakosságának egészségi állapotát nagymértékben meghatározza a gyermekek és a serdülők testi, lelki állapota. A felnőtt korú népesség megbetegedései gyakran a gyermekkorban gyökereznek, ezért a fiatalok egészségi állapotát célszerű ismerni. A Gyermekek Jogairól Szóló Egyezmény szerint a gyermekkor 0–18 éves korig terjed. Ma Magyarországon az össznépesség 20,9%-át képviseli a 0–18 évesek korcsoportja. Az ebbe tartozó 2 117 355 gyermek és serdülő megelőző és gyógyító ellátásáról szükséges gondoskodni.

Célom a korosztály egészségi állapotának áttekintésével hiteles kép felrajzolása.

1. Demográfiai jellemzők

1.1. A népesség számának, összetételének alakulása

A '90-es évek folyamán évről évre csökkent a születések száma, ami hozzájárult a népesség korösszetételének megváltozásához. 1990-ben 10 375 ezer volt a népesség száma, ebből a 18 évesnél fiatalabb korosztály aránya 26,5 százalék volt, 2004-re a népesség száma 250 ezerrel alacsonyabb az 1990-es adathoz képest (10 117 ezer), a 18 évesnél fiatalabb populáció csak 20,9 százalékot képviselt. A népesség fogyását az alacsony születési és a magas halálozási arány eredményezte. A lakosság korösszetételét a gyermekek (14 éven aluliak) arányának fokozatos csökkenése, az idősök egyre növekvő aránya jellemzi. 2004. január 1-jén a 0–14 éves korcsoport aránya 15,9%-ot tett ki.

1.2. Születéskor várható élettartam

A férfiak születéskor várható átlagos élettartama javult, az 1990-es évhez viszonyítva 3 év emelkedést mutat a 2003. évi 68,2 év. Ez több mint 8 évvel volt alacsonyabb az EU-ban jellemző értéknél. A nők születéskor várható átlagos élettartama is kedvezően alakult, 73,71 évről, 76,5 évre emelkedett, ami közel 6 évvel marad el az uniós átlagtól. A 15 éves serdülők várható élettartama leányok: 62,2 év; fiúk: 54,0 év. Az Európai Unió más tagországaiban az azonos korú társaik 4–6 évvel számíthatnak hosszabb életre. A két nem várható élettartama

közi különbség valamivel alacsonyabb, mint a kilencvenes évek elején és közepén volt. Az uniótól való elmaradásunk nem csökkent 1995 óta, és a két nem várható élettartama közti különbség is magasabb az ott megszokottnál. A gazdaságilag fejlett országokban a születéskor várható élettartam 70 év felett van, ezért feltételezik, hogy potenciálisan minden egyén élhetne 70 éves koráig. Az idő előtti halálozási statisztikában annál nagyobb súllyal szerepel valaki, minél fiatalabb korban hal meg. A lakosság egészségi állapotának értékelésében fontos szerepet töltenek be a fiatalon elhunytak halálai.

2. Halálozások

2.1. Csecsemőhalálozások

A '90-es években erőteljesen csökkent a csecsemőhalálozások száma, 1990-ben 1800 volt, 2003-ban pedig 690 volt a mutató értéke. Ezer élveszülettre jutó megfelelő nemű egy éven aluli meghalt 7,3 volt 2003-ban, ami az 1990-es érték fele.

Az ezer megfelelő korú anyától származó élveszülettre jutó egy éven aluli meghalt mutató értéke a 16 évesnél fiatalabb anyák esetében az 1990. évi 23,0-ról 2003-ra 9,1-re esett le, a 17–19 éves anyák csecsemőinek halálozása 6 ezrelékponttal alacsonyabb volt 2003-ban (10,4), mint 1990-ben (16,7).

Az országban a legmagasabb a csecsemőhalandóság Békés (10,1‰), Borsod-Abaúj-Zemplén (9,7‰) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (8,9‰) megyékben volt, ezzel szemben a következő megyékben a legalacsonyabb értéket érte el a mutató: Hajdú-Bihar (4,0‰), Vas (4,9‰). Nemzetközi összehasonlításban hazánk igen kedvezőtlen helyet foglal el, 25 európai ország adatai sorában a 21. helyen állunk a 7,3‰ értékkel. Az EU átlag: 4,9. Kedvezőtlen helyzetünket a magas koraszülési arány magyarázza.

1. A csecsemőhalálozások száma és aránya halálhelyi csoportok szerint
Number and rate of infant deaths by groups of causes of death

Év	Fertőző és élősdiek okozta betegségek	Az idegrendszer betegségei	A légző-rendszer betegségei	Az emésztőrendszer betegségei	A perina-tális szakban keletkező bizonyos állapotok	Veszélyesített rendellenességek	A morbiditás és a mortalitás külső okai	Egyéb betegségek	Összesen
1949	981	711	4 831	2 521	2 716	4 156	81	1 330	17 327
1960	173	259	1 536	447	3 395	916	85	165	6 976
1970	41	187	597	276	3 306	930	53	59	5 449
1980	35	123	256	33	2 094	719	96	87	3 443
1990	25	63	111	15	1 100	419	55	75	1 863
2000	6	12	45	3	534	204	36	60	900
2001	14	15	29	4	472	189	26	40	789
2002	10	12	20	7	428	147	24	45	693
2003	5	22	29	7	416	155	20	36	690

1. tábla folytatása

Százalék – Percentage									
1949	5,7	4,1	27,9	14,5	15,7	24,0	0,5	7,7	100,0
1960	2,5	3,7	22,0	6,4	48,7	13,1	1,2	2,4	100,0
1970	0,8	3,4	11,0	5,1	60,7	17,1	1,0	1,1	100,0
1980	1,0	3,6	7,4	1,0	60,8	20,9	2,8	2,5	100,0
1990	1,3	3,4	6,0	0,8	59,0	22,5	3,0	4,0	100,0
2000	0,7	1,3	5,0	0,3	59,3	22,7	4,0	6,7	100,0
2001	1,8	1,9	3,7	0,5	59,8	24,0	3,3	5,1	100,0
2002	1,4	1,7	2,9	1,0	61,8	21,2	3,5	6,5	100,0
2003	0,7	3,2	4,2	1,0	60,3	22,5	2,9	5,2	100,0

Ezer élveszülöttre jutó 1 éven aluli meghalt
 Infants deceased under 1 year of age per thousand live-born

1949	5,2	3,7	25,4	13,2	14,3	21,8	0,4	7,0	91,0
1960	1,2	1,8	10,5	3,1	23,2	6,3	0,6	1,1	47,6
1970	0,3	1,2	3,9	1,8	21,8	6,1	0,3	0,4	35,9
1980	0,2	0,8	1,7	0,2	14,1	4,8	0,6	0,6	23,2
1990	0,2	0,5	0,9	0,1	8,8	3,3	0,4	0,6	14,8
2000	0,1	0,1	0,5	0,0	5,5	2,1	0,4	0,6	9,2
2001	0,1	0,2	0,3	0,0	4,9	1,9	0,3	0,4	8,1
2002	0,1	0,1	0,2	0,1	4,4	1,5	0,2	0,5	7,2
2003	0,1	0,2	0,3	0,0	4,4	1,6	0,2	0,4	7,3

Forrás: Demográfiai évkönyv 2004, KSH.

2.2. A fiatal kori halálozások alakulása

A halálokok megoszlása életkori sajátosságokat mutat csecsemő-, gyermek- és serdülőkorban. Csecsemőkorban a perinatális szakaszban keletkező bizonyos állapotok (60%) és a veleszületett rendellenességek (22%), dominálnak. Kisgyermekkorban (1–9 éves) a morbiditás és mortalitás külső okai és a daganatos megbetegedések meghatározók. Serdülőkorban (10–19 éves) a balesetek miatti halálozások foglalják el az első helyet. A csecsemőkori halálozások számának erőteljes csökkenésével a '90-es évek alatt a fiatalok halálozási száma és aránya is redukálódott. 2003-ra mind a fiúk, mind a lányok esetében a mutató értéke felére esett le az 1990. évi adathoz képest. Míg 1990-ben 2%-ot képviselt a fiatalok halálozása a népesség összhálózásában, addig az egy százalékot sem érte el 2003-ban.

2.3. Öngyilkosságok

A halálos kimenetelű (befejezett) öngyilkosságok sokszorosára becsülik a megkísérelt öngyilkosságok számát. A vizsgált időszakban minden gyermek-korcsoportban magasabb a fiúk öngyilkossági aránya. Többségük az akasztás módszerét választotta. Öngyilkossággal vetett véget életének 1990-ben a meghalt fiatalok 8,7 százaléka ezzel szemben 2003-ban 3 százalékra csökkent a mutató értéke.

2.4. Balesetek

2003-ban a 10–19 éves meghaltak 42 százaléka közlekedési balesetben vesztette életét, 6 százaléka balesetszerű vízbefulladását szenvedte. A balesetek 2/3 része közlekedési, 1/3-a otthoni és egyéb helyen történt baleset volt. A fiúkat több baleset érte, gyakoribb körükben a többszöri baleset. Ezerből minden hetedik gyermeket/tanulót (0,7%-ot) ért baleset valamilyen oktatási intézményben.

3. Gyermekek egészségállapotának jellemzői

3.1. Megelőzés

Az egészségmegőrzés szerepe életünkben egyre jelentősebb. A betegségek kialakulásának megelőzésében a védőoltások és a szűrővizsgálatok játszanak szerepet

3.1.1. Védőoltások

A védőoltások között vannak kötelezően előírt, életkorhoz kötött oltások, valamint járványveszély esetén kötelezően adott vagy önkéntesen igénybe vehető oltások. A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országokhoz hasonlóan a hazai gyermekpopuláció között is jelentősen csökkent a védőoltással megelőzhető fertőző betegségek száma, mivel a gyermeklakosság átoltottságának aránya nemzetközi viszonylatban is kiemelkedően jó, 99,8%. 2003-ban a 0–19 évesek körében bárányhimlőben betegedtek meg a legtöbben (százezer megfelelő korúra jutó megbetegedés 389,8), ezen belül a 4 éves populációban volt a megbetegedési arány a legmagasabb, 17,7%.

3.1.2. Szűrővizsgálatok

A betegségek időben történő felfedezésére irányulnak a szűrővizsgálatok. A szűrővizsgálatok segítségével feltárhatók a betegségekhez vezető állapotok, tünetek. A kialakult betegségeket pedig olyan szakaszokban lehet felfedezni, amikor még nem okoznak panaszt, de felismerhetők, s ezáltal gyógyításuk eredményesebb, a beteg egészsége helyreállítható, vagy legalább élete, életminősége jelentősen meghosszabbítható, javítható.

A szűrések egy részét újszülött és gyermekkorban, valamint serdülőkorban végzik.

Szükséges, hogy megismerkedjünk azzal a rendszerrel és hálózattal, amely születéstől 18 éves korig részt vesz a betegségek megelőzésében, gyógyításában. Magyarországon az egészségügyi prevencióban kitüntetett szerepet játszik a 0–18 éves kor között megvalósult, a teljes populációra kiterjedő szűrés-követés. E cél megvalósításához a 0–3 éves korosztály körében rendszeres szűrővizsgálatot végez a házi gyermekorvos, háziorvos, gyermekgyógyász és a körzeti védőnő a tanácsadáson vagy a gyermek otthonában. Az óvodába és az iskolába járó 3–18 éveseket az iskolai (óvodai) egészségügyi feladatot ellátó orvosok, védőnők kísérik figyelemmel. Egytől 5 éves korig évente megvizsgálják a gyermekek testi fejlettségét, adott életkorban felismerhető fejlődési rendellenességet, pszichomotoros és mentális fejlettséget, az érzékszervek működését (látás, hallás) és a beszédfejlődés szintjét, vérnyomást. Minden tanuló 6–18 éves kor között átesik a kétévenkénti szűrővizsgálatokon, fejlettségi vizsgálatokon, ideértve a nemi érés vizsgálatát, érzékszervek működését (látásélesség, színlátás, hallás), vérnyomás mérését, golyvaszűrést 11 éves életkortól és az életmódbeli rizikótényezők feltárását (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, szexuális aktivitás). Külön

figyelemmel kísérik a serdülőkorban gyakrabban kialakuló kóros állapotokat, megbetegedéseket (tartási rendellenességek, magasvérnyomás-betegség, obezitás).

Hangsúlyozni szükséges, hogy a szűrések és vizsgálatok az egyes évjáratok egészségi állapotáról adnak képet, a pillanatnyi helyzetet tükrözik. Ezért értékelésüknél, részletes elemzésük során a korábbi adatokat is figyelembe kell venni.

Az adatok érvényességét korlátozza, hogy nincsenek egységes standardok az egyes kórformák meghatározásához, és az orvos szűrési tevékenységét, adminisztrációs munkája pontosságát nem ellenőrzik.

A 0–18 év közötti gyermekek és tanulók egészségi állapotának jellemzői az iskolaegészségügyi jelentés alapján

Az 1990–2003 közötti időszakban a megvizsgált gyermekekre jutó észlelt mozgás-, értelmi, beszédfejlődési elváltozások, valamint a látás- és hallásbeli elváltozások száma évről évre redukálódott. A legmarkánsabb csökkenő trend az ötödik életévüket betöltötték beszédfejlődési és látásbeli problémáinál volt tapasztalható. A beszédfejlődési elváltozások gyakorisága 2003-ra 18 ezrelékre csökkent az 1997. évi 22,9 ezrelékhez képest. A látásbeli elváltozások folyamatos csökkenő tendenciája 2003-ra 15 ezrelékre esett le, ez az 1997. évi értéknél 9 ezrelékponttal kevesebb.

Jelenleg az iskola-egészségügyi vizsgálatok rendszeres szűrővizsgálata 34 elváltozásról, kórképről ad tájékoztatást. A fiatalkorú populáció egészségi állapota évek óta folyamatosan romlik, egyes elváltozások, betegségek előfordulási száma, aránya az azonos évjáratokban növekszik.

A következőkben néhány olyan elváltozás, betegség alakulását emeljük ki, amelyek viszonylag gyakori előfordulásúak, illetve amelyek korai kiszűrésének, kezelésének elmulasztása a későbbiekben a felnőtt kori betegek és a fogyatékosok számának növeléséhez vezethetne.

Hallás megromlása

A rendszeres (életkorhoz kötött) műszeres vizsgálatok eredményeként egyre több eset kerül korán felismerésre. A fiúk között több a nagyothalló. 1990-ben ezer 17 éves közül hétnek, ezzel szemben 2003-ban már ugyanezen korosztályból 10-nek volt rossz a hallása.

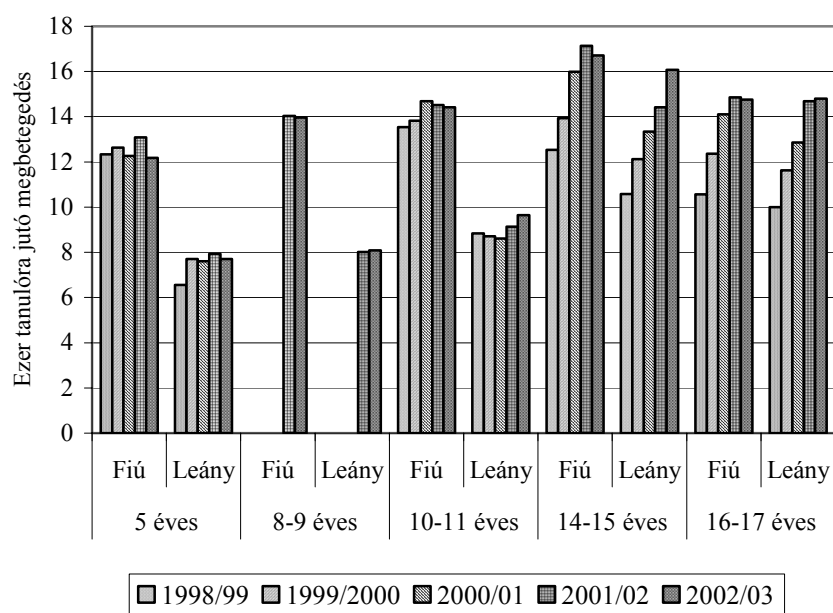
Hypertonia

A magasvérnyomás-betegség aránya az iskolai évek során folyamatosan emelkedik. Ezer 5 éves közül kettőnek magas a vérnyomása, ugyanakkor ezer 17 éves tanuló között 28 szenved ebben a betegségben. A betegség aránya több mint tízszeresére nő az iskolai évek alatt. A betegek száma serdülőkorban emelkedik meg, különösen a fiúknál. Míg ezer 16–17 éves leány közül 11-nek volt magas a vérnyomása addig a fiúknál ez az érték 28 (2003).

Asztma

A hagyományos gyermekbetegségek, előfordulása mellett egyre gyakoribbak a környezeti tényezők egészségügyi következményei, például az asztma, allergiás megbetegedések. Korábban a kisgyermekek betegsége volt. Ma az ifjak körében is megemelkedett a légzőszervi problémák aránya. Az asztma előfordulása 20 éve csupán 1,7 ezrelék volt, 1990-ben

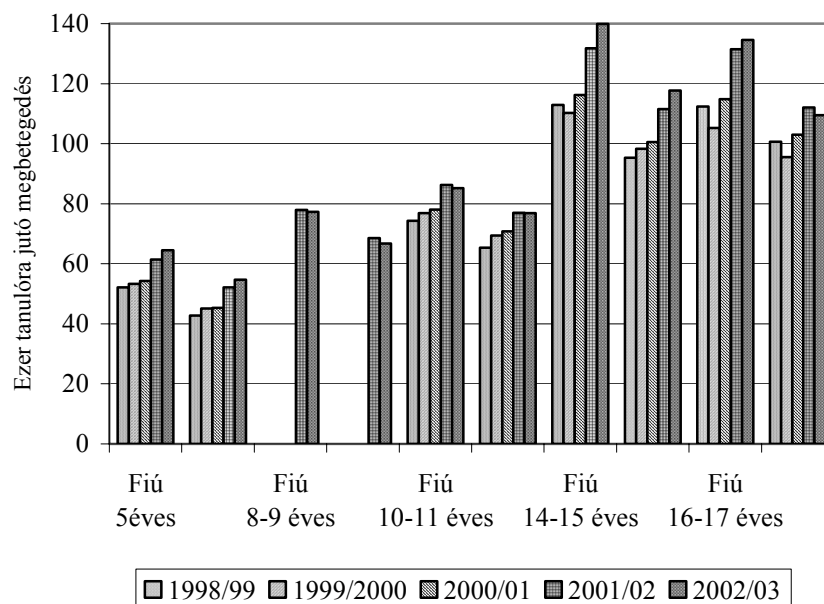
ezer 17 éves közül 9 volt asztmás. Az életkor emelkedésével nő az asztmások és az allergiás rhinitis-ben szenvedők arányszáma. 2003-ban ezer öt éves közül 10, míg a 17 évesek közül 14 asztmás. Allergiás rhinitis terheli a szervezetét ezer óvodás közül hétnek, ezzel szemben a 11. osztályosok között negyven diáknak.



I. Az asztmás gyermekek arányának alakulása
Rate of children with asthma

A legriasztóbb képet a csontok, az izmok és a kötőszövet elváltozásai mutatják

A romló adatok elsősorban a mozgásszegény életmódra vezethetők vissza. A középiskolások között 10%-ot meghaladó a tartási rendellenesség előfordulása. Hasonló mértékű, de évről évre növekvő arányú a scoliosis. 1–1,5%-ban fordul elő a M. Scheuermann és a 15–17 évesek között 11–14 ezrelék a chondropathiák aránya. A tanulói évek során évről évre romlik a 6–17 éves korú populáció egészségi állapota. A hátgerincferdülés aránya az adott évfázatoknál 6–7 éves korban (iskolába lépők) átlagosan 15–18 ezrelék volt, ennek a mutatónak az értéke 17 éves korukra közel 120 ezrelékre emelkedett. 2003-ban a legtöbb tartási rendellenességes tanuló a 14–15 évesek köréből lett kiszűrve fiúknál ezerből 140, lányok esetében 118. A statikai lábbetegségek, elsősorban lúdtalp, előfordulási aránya minden életkorban 17–18% körüli. A vizsgált időszak folyamán a mutató kisebb ingadozást mutatott.



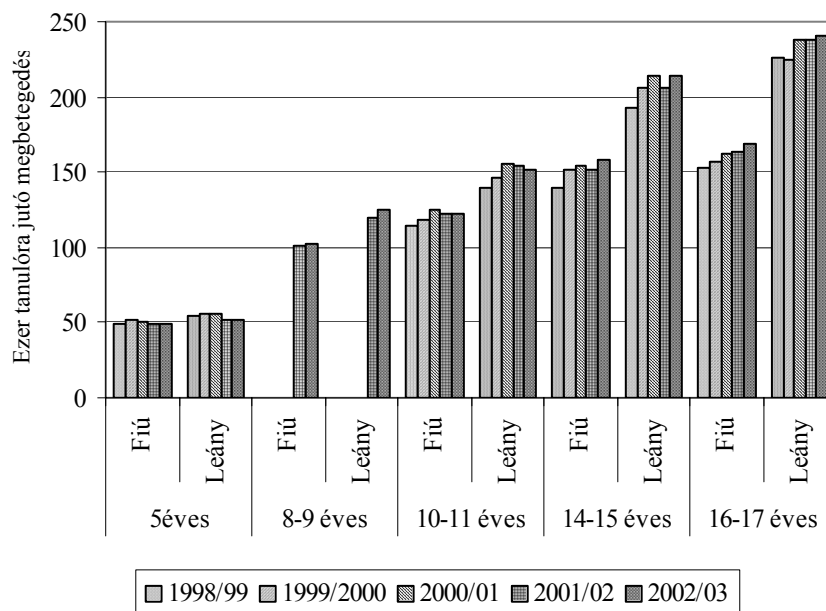
II. Testtartási rendellenességgel rendelkező gyermekek arányának alakulása
Rate of children with deformation of carriage

Diabetes mellitus

A betegség aránya serdülőkorra emelkedik meg a tanulók között. Ezer megvizsgáltból 2–3 található serdülőkorban. A két nemben közel azonos arányban fordul elő. A vizsgált időszakban az arány 2 ezrelék körül ingadozott.

A látászavarok (fénytörési hibák)

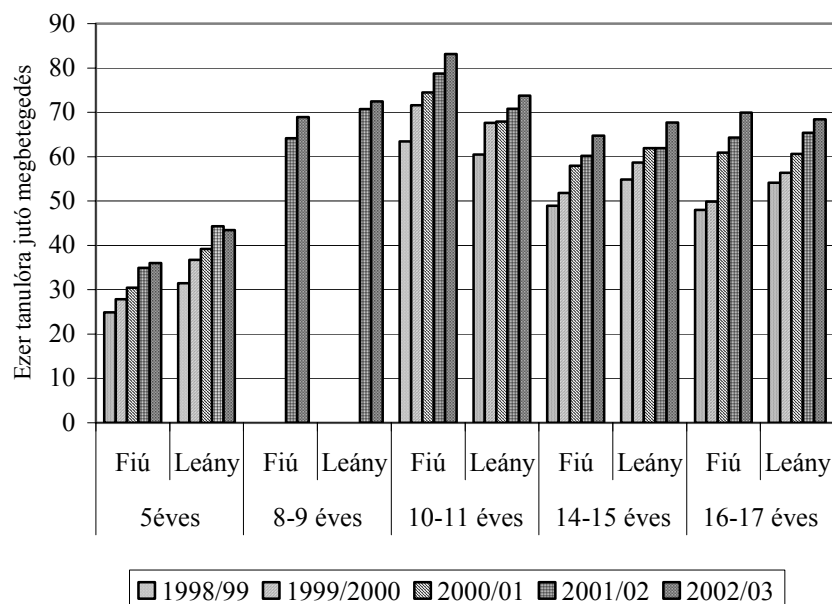
Az idősebb tanulók között gyakoribbak és fokozatosan növekvő arányt mutatnak. Örvendetes, hogy a kancsalság előfordulási aránya minden korosztályban csökkenő tendenciát mutat. A színlátás zavarait nagyobb számban elsősorban a fiúknál találjuk. Az 1,5–2%-os előfordulási gyakoriság állandónak tűnik. Vakság, csökkent látás 2–4 ezrelék között mozog minden korcsoportban. Az iskolai évek során emelkedik a látászavarban szenvedők száma. 1990-től évről évre növekszik a fénytörési hibákkal rendelkezők száma és aránya.



III. Látászavarral rendelkező gyermekek arányának alakulása
Rate of children with ametropia

Obesitas

1990-től egyre több a túlsúlyos, elhízott tanuló. Míg 5 éves korban ezer között 40 található 17 éves korra már 70-re emelkedik az obesit gyerekek száma. Az obesitás a következő betegségek fő rizikótényezője: szívkoszorú betegség, magasvérnyomás, diabetes mellitus (nem inzulinfüggő), ízületi gyulladás.



IV. Az elhízott gyermekek arányának alakulása
Rate of obese children

Kóros soványság

Az utóbbi években megemelkedett a kórosan sovány diákok száma. Ezer óvodás közül minden hetedik kórosan sovány, a legmagasabb értéket a 14–15 évesek körében tapasztaljuk (ezerből 13), majd 17 éves korra lecsökken a felére az érték.

Az iskolai teljesítmények sajátos zavarainak betegsége

Legmagasabb értéket a 8–9 évesek körében éri el, ezerből 20 tanulót tesz próbára ez a betegség. Az iskolai évek során egyre csökken azon tanulók száma, akiket terhel a teljesítményzavar, 17 éves korra már csak ezerből 9 tanuló küszködik ezzel a betegséggel.

A szűrővizsgálatokon gondoskodnak arról, hogy a vizsgálaton kiszűrt eltérések korrekcióra kerüljenek. A rendszeres szűrővizsgálatok során kiszűrt tartási rendellenességekben szenvedő gyermekek gyógytornára, kímélő tornára utalása megtörténhet.

A tanuló, ha egészségi állapota miatt a testnevelési órák gyakorlatait csak részben vagy egyáltalán nem tudja elvégezni akkor a kötelező testnevelési óra keretében vagy helyett – az orvosi szakvéleményben foglaltak szerint – *könnyített testnevelésre* (továbbiakban I. kategória) vagy *gyógytestnevelésre* (továbbiakban II. kategória) kell beosztani, illetve *fel kell menteni* (továbbiakban: III. kategória) mindenféle testnevelési órán való részvétel alól.

Az I. kategóriába tartozik a tanuló, ha hosszabb betegség miatt fizikai, belgyógyászati stb. elváltozása van, s emiatt a testnevelési órák egyes gyakorlatait nem végezheti.

A II. kategóriába sorolt gyermeknek olyan mozgásszervi, belgyógyászati stb. elváltozása van, amely állapotát figyelembe vevő foglalkozást követel.

A III. kategóriába levő diákok mozgásszervi, belgyógyászati elváltozása olyan mértékű, amely nem teszi lehetővé a gyógytestnevelésen való részvételt.

A felmentett tanulók száma és aránya 1980-tól (2,46%) fokozatosan emelkedett 2003-ra 7,54%-ot ért el. Az egyes csoportokba soroltak száma a 80-as években lassabban, míg a '90-es években erőteljesebben emelkedett. Az I. és III. kategóriába tartozó tanulók száma kétszeresére nőtt az 1990-as adatokhoz képest, a III. kategóriába soroltak száma az ötszöröse lett 2003-ra. A normál testnevelési óra alól felmentett tanulók közül I. kategóriába került 27,5%-uk, II. kategóriás 57,4%-uk, 15,1%-uk pedig a III. kategóriába tartozott 2003-ban. A II. kategóriában levők 36,4%-a járt gyógyúszásra. Mindhárom csoportban a lányok szerepelnek nagyobb arányban.

3.1.3. Az alkalmassági vizsgálatok közül alapvető fontosságúak a pályalkalmassági vizsgálatok

A választott pálya igényeinek megfelelően értékelik, hogy a fiatal alkalmas-e az illető pálya betöltésére egészségi szempontból. 2003-ban a megvizsgált tanulók 56,4 százalékának volt valamilyen szervi elváltozása. A jelentkezők egy százalékát utalták pályaválasztásmódosításra, 1995-ben ez az adat 0,7 százalék volt.

Hadkötelesek egészségi alkalmassági elbírálása

A hadköteles korúak közül szűrik ki azokat a 17–30 éves férfi populációból, akik egészségi okból alkalmatlanok a katonai szolgálatra. 2003-ban a megvizsgáltak 30 százaléka a katonai szolgálatra alkalmatlan minősítést kapott, ebből 17 százalék végleges felmentést nyert. A katonai szolgálatra alkalmatlanok közel fele idegi eredetű betegség miatt kapta a felmentést. A hadkötelesek négytized része korlátozás nélkül alkalmas a katonai szolgálatra.

3.2. Morbiditás

A már kialakult betegség további fejlődését hivatott megakadályozni a kezelés, terápia. Morbiditási adatok hazánkban regisztráción alapuló adatgyűjtések révén, korlátozott mértékben és hitelességgel férhetők hozzá.

A lakosság leggyakoribb betegségeiről a háziorvosi és a házi gyermekorvosi szolgálat-hoz bejelentkezettekről rendelkezésre álló adatok nyújtanak tájékoztatást.

Kétévente morbiditási adatokról is beszámolnak a háziorvosok és a házi gyermekorvosok. Az adatok a 2003. december 31-ei állapotot tükrözik.

Háziorvoshoz és házi gyermekorvoshoz bejelentkezett 0–18 éves korúak egészségi állapota

A 2003. év végi helyzetet tükröző megfigyelés a 0–18 éves korú népesség esetében 18 betegsége, illetve betegségcsoportra terjedt ki.

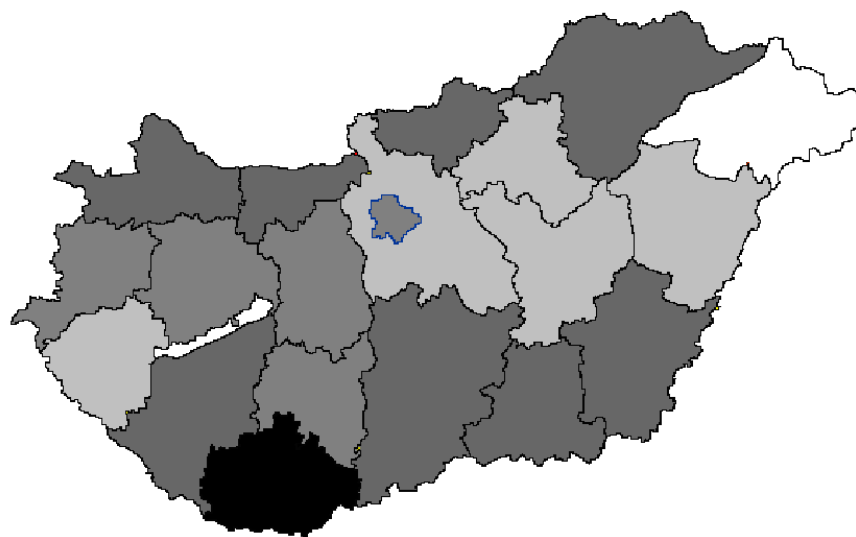
A házi gyermekorvosokhoz bejelentkezett 18 éven aluli gyermekek száma 1,5 millió volt 2003-ban.

Egy házi gyermekorvosra jutó bejelentkezett 0–18 éves gyermekek száma Budapesten a legalacsonyabb 818 gyermek, ezzel szemben Pest megyében a mutató értéke 1082 volt, míg az országos átlag 942 értéket ért el.

A 0–11 hónapos és az 1–4 éves fiúk megbetegedései esetében a vér és a vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek a leggyakoribbak. Tízezer megfelelő korúra jutó megbetegedés 826,1, illetve 502,2 volt, ebből a vashiányos megbetegedés 736,2, illetve 424,2. Ezt követi a 0–11 hónaposok esetében a visszamaradt magzati növekedéssel kapcsolatos rendellenességek (194,8). Az 1–4 éves korú fiúk megbetegedései közül pedig az asztma szerepel harmadik helyen (188,4).

Az 5–14 éves fiúk legtöbbször asztmában betegednek meg (tízezerből 334,2), magas a szemizmok betegségeinek, a binokuláris szemmozgás betegségeinek, a szem alkalmazkodása betegségeinek és a fénytörés betegségeinek az arányszáma (248,6), valamint szükséges megemlíteni a vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek előfordulását (202,8).

A 15–18 éves fiúk leggyakoribb megbetegedése a deformáló hátgerinc-elváltozások (tízezerre jutó megbetegedés 382,5), ezt követik a szemizmok a binokuláris szemmozgás, az alkalmazkodás és a fénytörés betegségeiben szenvedők (336,7), harmadik helyen pedig az asztmával sújtottak találhatók (294,7).



10 000 lakosra jutó megbetegedési arány

Fiúk (boys)

370,1–

310,1–370,0

250,1–310,0

190,1–250,0

–190,0

Leányok (girls)

265,1–

220,1–265,0

175,1–220,0

130,1–175,0

–130,0

V. Az asztma betegség előfordulási aránya megyénként, 2003

Asthma by counties, 2003

Forrás: Morbiditási adattár, 2003, KSH.

A 0–11 hónapos és az 1–4 éves leányok megbetegedései esetében a vér és a vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek a leggyakoribbak. Tízezer megfelelő korúra jutó megbetegedés 911,3, illetve 510,2. Ezt követi a vashiányos megbetegedések gyakorisága (820,2 és 441,0). Majd a 0–11 hónaposok esetében az idegrendszer veleszületett rendellenességei követik (202,7). Az 1–4 éves korú leányok megbetegedései közül pedig az asztma szerepel harmadik helyen (144,5).

A szemizmok, a binokuláris szemmozgás, a szem alkalmazkodása és a fénytörés betegségeiben szenvedtek a legtöbben az 5–14 évesek közül (287,4). Tízezerből 244,7 szenvedett a vér és vérképző szervek betegségeiben, 222,3 tanuló asztmában.

A 15–18 éves leányok leggyakrabban a deformáló hátgerinc-elváltozásban (tízezerre jutó megbetegedés 414,4) betegedtek meg. Ezt követi vér és vérképző szervek betegségei (388,6), valamint a szemizmok, a binokuláris szemmozgás, a szem alkalmazkodása és a fénytörés betegségei (374,6). Igen magas az asztmások száma is (214,8). Az adatok tízezer megfelelő korú leányra jutó megbetegedést jelentenek.

Mindkét nemnél növekszik az asztmások száma az életkorral, a maximumot az 5–14 éveseknél éri el, míg az 1–4 évesek között 6400, addig az 5–14 évesek esetében 32 000 szenved ebben a betegségben. Az iskolai évek alatt évről évre emelkedik a szemizmok, a binokuláris szemmozgás, a szem alkalmazkodása és a fénytörés betegségeinek a gyakorisága. Szintén mindkét nemnél iskoláskorban ugrásszerűen nő a deformáló hátgerinc-elváltozásban szenvedők száma, különösen a leányok esetében. A 15–18 éves fiúknál tízezer megfelelő korúra 382 eset jutott, a leányok esetében 414.

Az iskola-egészségügyi szolgálat által kiszűrt gyerekek száma összefüggést mutat a házi orvoshoz, illetve a házi gyermekorvoshoz bejelentkezett betegek számával. Mindkét felmérésben látható, hogy a gyermekek egészségi állapota romlik az iskolai évek során. Különösen igaz ez a szem és a hátgerinc megbetegedéseire.

3.3. Járóbeteg-szakellátás

A gondozó intézetekben ápolják a tartósan kezelésre szoruló betegeket. A tüdőgondozókban ápolott 0–14 évesek aránya kismértékben emelkedett az 1990-es évi százezer azonos korúra jutó évi átlag 0,5 főről. 2003-ra a mutató értéke 0,6 lett.

A bőr- és nemibeteg-gondozó intézetekben az összes gondozottból a friss tünetes syphilis-es és kezelésbe vett betegek aránya az 1990-es évi 10,3 százalékról 8,7 százalékra csökkent a 0–18 évesek körében. A gonorrhoeások aránya 11,1 százalékra nőtt 2003-ra, 1990-ben 8,2 százalék volt.

Az összes nyilvántartott és gondozott alkoholistákból 1990-ben 2,7 százalékot tett ki a 18 évesnél fiatalabbak aránya, a mutató értéke 13,8-re növekedett 2003-ra. A fiúk aránya kétszeresére, a leány alkoholistáké tízszeresére emelkedett.

A gyermek- és ifjúsági pszichiátriai gondozókban mind az új, mind a régi betegek száma a vizsgált időszak alatt a harmadára csökkent. A kezelt betegek 14 százaléka epilepsziás, 13,8 százalékuk pedig szorongásos és kötődési zavarokkal küzd.

3.4. Életmód

Az egészségi állapotra döntő hatást gyakorol az életmód. Adataink a különböző felmérésekből vannak.

A gyermekkorúak között nemcsak hazánkban, hanem világszerte egyre korábbi életkorban jelentkeznek az egészséget károsító szokások, amelyek nemcsak a jelenlegi egészségi

állapotukat, hanem a későbbi, a felnőttkort is befolyásolják. A serdülők életmódja jelentős meghatározója a népesség egészségi állapotának, mivel ez az életkor igen nagy jelentőségű a felnőttkori magatartásformák kialakításában.

3.4.1. Szenvedélybetegségek

Dohányzás

Az életkorral meredeken emelkedik a dohányzás kipróbálásának aránya. Az ötödik osztályosok 19 százaléka, a 17–18 évesek több mint 80 százaléka gyújtott rá életében legalább egyszer. Míg a fiatalabb korosztályoknál nagy a nembeli különbség a fiúk javára, addig az idősebb korosztályoknál egyre kisebb a fiúk és a lányok közötti eltérés. Az életkor előrehaladtával emelkedik a rendszeresen dohányzók száma. Arányuk háromszorosára nő a 7. és 9. osztály között, a 11. osztályban a fiúk 39,8 százaléka, a lányok 34,5 százaléka dohányzik rendszeresen. *(Forrás: Az iskolás gyermekek egészségmagatartása c. kutatás 2002. évi eredménye, OTH, ESZCSM.)*

Alkoholfogyasztás

Az alkoholt kipróbáló tanulók aránya az életkor előrehaladtával párhuzamosan emelkedik, ezzel szemben meredeken nő a magukat részegre leivó tanulók száma. Míg az ötödik osztályos tanulók közül a fiúk 3,7 százaléka, a lányok 1,5 százaléka, addig a 11. osztályos fiúk 63,7 százaléka a lányok 40,8 százaléka volt többször részeg. *(Forrás: Az iskolás gyermekek egészségmagatartása c. kutatás 2002. évi eredménye, OTH, ESZCSM.)*

Drogfogyasztás

A '90-es években az első kipróbálás 15–16 éves korban történt, ezzel szemben az utóbbi három évben megnőtt a 14 éves korban próbálkozók száma. 2003-ban az összes kábítószerfogyasztó 36,1 százaléka 13–18 év közötti fiatal, utóbbiakon belül a 15–18 éves fiúk 68,1 százalékot tettek ki. Legtöbbjük, valamivel több mint a fele marihuánát fogyasztott.

3.4.2. Korai szexuális élet kezdése és annak következményei

Az élveszületéseket az anya korcsoportja szerint vizsgálva megállapítható, hogy a mutató értéke a 14 évesen szültek esetében 1990-ben (237) érte el a legmagasabb értéket, majd a vizsgált időszak alatt csökkenő tendenciát mutatott, 2003-ra 118-ra esett le. A 15–19 éves korban szültek esetében 1970-ben volt a legmagasabb a mutató értéke (12 ezer), a '90-es évek alatt évről évre kevesebben szültek ebből a korosztályból, 2003-ban 6500 15–19 éves fiatal nő szült, ez 50 százalékkal alacsonyabb az 1990-es évi mutatóhoz képest. Ezer megfelelő korú 15–19 éves nőre 20,6 élveszületés jutott 2003-ban, ami 19 ezrelékpont csökkenést jelent az 1990-es (39,5 ezrelék) értékhez képest.

A koraszülések (2500 g alatti születési súly) gyakorisága 1995-ig évről évre fokozatos csökkenést mutatott, azonban ez a tendencia megállt, az 1995-ös évi 8,2%-os koraszülési arányszám azóta érdemben nem változott, sőt némi emelkedő tendenciát mutatott, majd 2003-ra 7,5-re csökkent. A gyermekszülés egészségügyi vonatkozásait vizsgálva megállapítható, hogy a fiatalkorú anyák születeinél gyakrabban léptek fel szövődmények és nagyobb

valószínűséggel hoztak a világra kissúlyú, éretlen magzatot, s a várandósság koraszüléssel végződött.

3.4.3. Terhességmegszakítások

A gyermekvállalások erős visszaszorulást mutatnak az elmúlt tíz évben, ezzel szemben a terhességmegszakítások száma és aránya kisebb-nagyobb hullámzásoktól eltekintve számottevően nem javult. Hazánkban a 18 éven aluli női népesség születeinek és terhességmegszakításainak aránya kedvezőtlenül magas, ezer serdülőből évente mintegy 30 esik teherbe. A terhességek többsége abortusszal végződik. Társadalmi és egészségügyi szempontból legveszélyeztetettebb korosztály a tizenéveseké.

A 19 évnél fiatalabb korú nők terhesség-megszakításainak száma 2003-ban 6100 volt, az 1995-ös évi mutatóhoz (13 ezer) képest a felére csökkent az eltelt 10 év alatt. A száz élveszületésre jutó terhességmegszakítások száma a legmagasabb értéket 2003-ban érte el, 94,7 volt, míg 1990-ben 71,9. Az ezer megfelelő 15–19 éves korú nőre jutó terhesség-megszakítások száma 19,5 volt 2003-ban. Kedvező jelenség, hogy a terhességek megszakító 19 éven aluli nők száma és aránya csökkenést mutatott.

4. Gyermekegészségügyi ellátórendszer

Az iskola-egészségügyi preventív munkát 240 főfoglalkozású ifjúsági iskolaorvos, 1464 házi gyermekorvos, 1418 vegyes praxist ellátó háziorvos és 99 részfoglalkozású orvos végezte 2003-ban. Számuk a vizsgált időszak alatt kismértékben ingadozott. Az iskola-egészségügyi feladatok ellátásában 4208 védőnő segítette az orvosok munkáját, ebből 483 főfoglalkozású iskolai védőnő. A tanulók 99 százaléka vizsgálatra került.

A házi gyermekorvosok száma 1582 volt 2003-ban, ezzel szemben 1990-ben 1400 volt, a növekedés 13 százalékos. Munkájuk során 9 millió 363 ezer orvos–beteg találkozás történt a rendelésben, 1 millió 176 ezer pedig a beteg otthonában. A házi gyermekorvosok preventív látogatásainak aránya 9 százalékponttal alacsonyabb volt 2003-ban (37,3%), mint 1990-ben (46,3%). A beteglátogatások aránya 9 százalékponttal volt magasabb 2003-ban (62,7%) az 1990-es (53,7%) évi mutatóhoz képest. 2003-ban a háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátottságot vizsgálva megállapítható, hogy az egy háziorvosra és házi gyermekorvosra jutó lakosok száma 1513 fő átlagosan. Legjobb az ellátottsági mutató Budapesten (1291), ezzel szemben igen magas a leterhelés Szabolcs-Szatmár-Bereg (1758) és Pest (1738) megyékben.

A fekvőbeteg-gyógyintézetek engedélyezett csecsemő- és gyermekosztályainak ágyszáma és aránya a vizsgált időszak folyamán folyamatos csökkenő tendenciát mutatott. 1990-ben 9200 volt az ágyszám a csecsemő- és gyermekgyógyászaton, ezzel szemben 2003-ban 4907, tízezer lakosra jutó aránya 8,9, illetve 4,9 volt 1990-ben és 2003-ban. A csökkenés 53 százalékos. Jelentősen redukálódott a csecsemő- és gyermekosztályokon hospitalizált betegek átlagos ápolási időtartama. 1990-ben 9,3 nap volt, ami 2003-ra 3,7 nappal volt kevesebb. Az ágykihasználási százalék az 1990-es évi 58,2 százalékról 72,7 százalékra emelkedett 2003-ra.

Főbb következtetések

Megállapítható, hogy a fiatalok népesség egészségi állapota évek óta egyre rosszabb, egyes betegségek és elváltozások aránya az azonos évjáratokban, azonos életkorúak körében

évről évre növekszik. Az iskolába lépő évfázatok egészségi állapota a tanulói évek során folyamatosan romlik. Rohamosan növekszik a légszennyezéssel és egyéb környezeti allergénekkel összefüggést mutató légúti és bőrgyógyászati allergiás megbetegedések aránya. Az életkortól függően 5–20 százalék gyakoriságú az elhízott gyermekek aránya. Magas a testtartási rendellenességgel (gerincferdülés, hanyag tartás, lúdtalp) rendelkezők aránya. A szaporodó testtartási és mozgásszervi problémák, valamint az elhízás elsősorban az életmód-változásnak tudható be. A gyermekek, serdülők kevesebbet mozognak, sok időt töltenek a számítógép, televízió, videó előtt. Táplálkozási szokásaikra jellemző, hogy egyre többen nassolnak (édesség, üdítőitalok fogyasztása) és gyorséttermi ételeket esznek. Emelkedik a túlmozgásos figyelemzavarral és a szorongásos problémákkal küzdő diákok aránya. Súlyos problémákat jelentenek a dohányzás és a mértéktelen alkoholfogyasztás magas aránya, a drogfogyasztás terjedése és az abortuszok élveszületésekhez viszonyított arányának növekedése a fiatalok között.

Mit szükséges tennünk gyermekeink egészségéért? Folytatni kell a rendszeres szűrővizsgálatokat, mert ezek segítségével időben fel lehet ismerni a betegségeket, elváltozásokat.

Meg kell teremteni azokat a lehetőségeket, amelyek biztosításával a fiatalok maguk is képesek lehetnek egészségük megőrzésére. Ehhez szükséges a rendszeres mozgás, a megfelelő táplálkozás, és tartózkodás az egészséget károsító szenvedélybetegségektől (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás). A túl korai nemi élettel és az abortusszal kapcsolatban a fiatalok hatékonyabb erkölcsi és családi életre nevelésére van szükség.

Magyarországon rendkívül fontos az ifjúság egészségi állapotának megjavítása a felnőttkori rossz halálózási és morbiditási mutatók jó irányba való fordulása érdekében.

IRODALOM

- Aszmann A.* (2002): Iskolásgyermekek egészségmagatartása (tanulmány).
Aszmann A. (2001): Magyar diákok egészségi állapota és az iskola (tanulmány).
Czinner A. (1993): Felnőttkori kóros állapotok megelőzése gyermekkorban (tanulmány).
Elekes Zs.–Paksi B. (1996): A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása. (tanulmány).

ADATOK FORRÁSAI

- KSH Demográfiai Évkönyv, 2004.
 Iskola-egészségügyi jelentések 1990–2003.
 Morbiditási adattár, 2003, KSH.
 KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2003.

Tárgyszavak:

Egészségügyi helyzet, Gyermek- és ifjúságvédelem

CHARACTERISTICS OF THE HUNGARIAN CHILDREN'S HEALTH STATUS