

Dr. Kósa Karolina

Debreceni Egyetem OEC

Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézet

Egészségfejlesztési Tanszék

Gyermekek esélyegyenlősége az egészség tekintetében, avagy fontos-e a szegény családok gyermekeinek egészsége?

A kanadai Ontario tartomány miniszterelnökének, M. Harrisnak 1999 februárjában egy „Korai évek tanulmány” (Early Years Study) című jelentést kézbesítettek, amelynek előszavában a következő állítás szerepelt: „Gazdaságunk jövőbeni erősítése és közösségeink élhetőségének javítása érdekében a legjobb fejlődési lehetőségeket kell nyújtanunk a következő generáció számára¹.” A riport az akkoriban rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok áttekintése alapján arra a következtetésre jutott, hogy a kora gyermekkori fejlődés időszaka legalább akkora jelentőségű a következő generációk humán minősége szempontjából, mint az iskolában eltöltött évek. Mire alapozta ezt az állítást a jelentés, és mit tudunk most, majd másfél évtizeddel később a gyermekek esélyegyenlőségéről a felnőttkori egészség szempontjából?

1. A méhen belüli alultápláltság veszélyezteti a felnőttkori egészségi állapotot

A kreativitás szerepét a tudományos kutatásban és a megbízható egészségügyi adminisztráció fontosságát is jól illusztrálja, hogy David Barker, a Southamptoni Egyetem professzora egészségföldrajzi adatok tanulmányozása közben jött rá, hogy Angliában és Wales-ben a felnőttkori halálozás a leginkább deprivált térségekben volt a legmagasabb, annak ellenére, hogy az akkori elméletek a koronária-betegségek kialakulásában az életmódnak döntő szerepet tulajdonítottak – mely szerint tehát a jobb körülmények közt élők körében lett volna magasabb halálozás várható. Mi több, az 1968-78 közt bekövetkezett szívkoszorúér-betegség okozta halálozás területileg szoros összefüggést mutatott az 1921-25 közt észlelt csecsemőhalálozással: minél magasabb volt a csecsemőhalálozás, annál magasabb volt 40-50 évvel később ugyanazon területen a szívkoszorúér-betegség okozta halálozás². Az erről szóló nevezetes cikk 1986-ban jelent meg, melyet számos további vizsgálat és közlemény követett. Mára tudományos egyetértés alakult arról, hogy a méhen belüli alultápláltság, amelyet a kis születési súly jelez, jelentős kockázati tényezője, előrejelzője többek közt a felnőttkori magasvérnyomásnak és szélütésnek, szívkoszorúér-betegségnek, elhízásnak és cukorbetegségnek.³ A jelenség magyarázata szerint a méhen belüli szuboptimális tápanyagellátáshoz való alkalmazkodás következtében a magzatban „takarékos fenotípus” alakul ki, amelynek következtében az újszülött teste kisebb, anyagcseréje lassúbb, aktivitása alacsonyabb lesz optimálisan fejlődő társaihoz képest. Gyermek- és felnőttkorban ez a fenotípus a tápanyagellátás korlátozottságának megszűnésével korábban és nagyobb kockázattal vezet elhízáshoz, és a fentebb felsorolt krónikus betegségek kialakulásához. Az elmélet szerint a kis súllyal születés tehát önmagában kockázati tényezője a felnőttkori egészségi állapotnak, ezért a méhen belüli fejlődést gátló kockázati tényezők csökkentése révén törekedni kell arra, hogy minden várandós magzata optimálisan fejlődhessen.

2. A hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetű családokban nevelkedő gyermekek felnőttkori egészsége kedvezőtlenebb

Számos tanulmány bizonyította, hogy nemcsak a gyermekkori, hanem a felnőttkori egészségre is döntő, hosszútávú hatást jelent az, hogy milyen a társadalmi és gazdasági helyzete (TGH) annak a családnak, amelyben a gyermek megszületik és felnő. Az Oslo Mortality Study keretében a norvég főváros, Oslo összes, 1990-ben 30-54 év közötti lakosának gyermekkori szociális helyzetét megállapították 1960-as népszámlálási adatok alapján; a felnőttkori szociális helyzet alapjául az 1990-es év jövedelmi adatai szolgáltak. A közel 60 ezer fős kohorszban bekövetkezett halálozást 1990 és 1998 közt vizsgálták hivatalos statisztikai adatok alapján. Az adatok azt mutatták, hogy a hátrányos gyermekkori szociális helyzet fokozta a felnőttkori vastagbélrák, a szívkoszorúér-betegség és a szélütés kockázatát⁴.

Az eddigi legnagyobb szabású, svédországi tanulmány közel kétfélmillió, 1944 és 1960 közt született, és 1970-ben életben lévő személy halálozását vizsgálta meg. A gyermekkori társadalmi-gazdasági helyzetet a háztartásfő 1960-as foglalkozása alapján állapították meg, amikor a vizsgáltak 0-16 év közöttiek voltak; a vizsgáltak halálozását pedig 1960 és 2001 közt követték. Az adatok szerint a kétkezi foglalkozású háztartásfők gyermekei a nem kétkezi foglalkozású háztartásfők gyermekeihez képest nagyobb valószínűséggel haltak meg dohányzással összefüggő daganatok, légzőszervi és keringési betegségek, valamint cukorbetegség miatt, tehát olyan halálokok következtében, amelyek magatartási kockázati tényezőkkel erősen összefüggenek. A kétkezi (manuális) családi háttérű férfiak a nem manuális háttérűekhez képest nagyobb valószínűséggel haláloztak el baleset, gyilkosság és alkoholos májzsugor következtében⁵.

2010-ben egy neves, az Amerikai Egyesült Államokban kiadott tudományos folyóirat (Annals of the New York Academy of Sciences) egy teljes kötetét szánta a MacArthur Alapítvány támogatásával 1999-ben létrejött, a társadalmi-gazdasági pozíció és az egészség közti kapcsolatot az USA-ban vizsgáló kutatóhálózat cikkeinek⁶. A gyermekkori TGH és a felnőttkori egészség összefüggését tárgyaló cikk összefoglalta a vonatkozó kutatási eredményeket, amelyek szerint a gyermekkori társadalmi-gazdasági helyzet előjelzi a gyermek felnőttkorában kialakuló szív-érrendszeri megbetegedés, valamint a szív-érrendszeri, és a bármilyen okból bekövetkező halálozás kockázatát, mégpedig oly módon, hogy az alacsonyabb gyermekkori státuszúak felnőttkori egészség-kockázata kedvezőtlenebb. Az összefüggés komplex hatások eredőjeként alakul ki, amelyben elsősorban az alacsony minőségű lakó-, iskolai és természeti környezet, a káros bel- és kültéri hatások, a rossz levegő- és vízminőség, a zsúfoltság és zaj, a kevés és gyenge minőségű élelem jelentik azokat a hatásokat, amelyek a gyermekek pszichológiai, magatartási és élettani fejlődésében is nyomot hagynak⁷. A kutatóhálózat az eredményeket annyira fontosnak tartotta, hogy azt a nagyközönségnek szánt formában is közzétette⁸.

A vonatkozó szakirodalom közelmúltbeli áttekintése alapján 106 tanulmány közül 93 azt találta, hogy a kis születési súly és a koraszülés is szignifikánsan gyakrabban fordul elő alacsony társadalmi-gazdasági helyzetű anyák terhességeiben, akár a foglalkozási osztály, akár jövedelem, akár az iskolázottság szerint határozták meg az anyák pozícióját⁹.

3. A gyermekkorban elszenvedett traumák tartósan rontják az egészségi állapotot

A család és a gyermekkori élmények tartós hatást gyakorolnak a későbbi, felnőttkori egészségi állapotra és jólétre. Az ezt igazoló vizsgálatok közül a legnagyobb szabású az Adverse Childhood Experiences (ACE – Ártalmas Gyermekkori Tapasztalatok) nevű követéses tanulmány, amely több mint 17 ezer felnőtt bevonásával folyik 1995 óta az Egyesült Államokban. A vizsgálat előzménye az volt, hogy a legnagyobb nonprofit menedzselte betegellátó szervezet (Kaiser Permanente) egyik orvosa, Vincent Felitti arra jött rá, hogy bizonyos kliensei csak akkor tudtak az életmódjukon változtatni, ha gyermekkori traumájuk napvilágra került, és annak megoldásához is segítséget kaptak¹⁰.

A követéses vizsgálatot az USA szövetségi kormányának népegészségügyi központja (CDC) és a Kaiser Permanente menedzselte betegellátó szervezet (Health Maintenance Organization) indította el. A vizsgálatban való részvételre a HMO San Diego-ban lévő részlegénél 1995-1997 közt állapotfelmérésre jelentkező személyeket kérték fel, akiknek 70%-a önként vállalkozott arra, hogy egészségi állapotának felmérésével egyidejűleg egy olyan kérdőívet is kitöltjön, amely 10 különféle gyermekkori trauma előfordulására kérdezett rá (érzelmi, testi vagy szexuális erőszak; jelen volt az anya elleni erőszak során; elhanyagolás; mentális beteg, börtönben lévő, szerfüggő vagy öngyilkosságot elkövetett rokon(ok) a háztartásban; egyik vagy mindkét vérszerinti szülő hiányzik). Azóta folyik a résztvevők egészségi állapotának, egészség-, illetve kockázati magatartásformáinak, valamint betegségeinek követése¹¹. Az eddigi eredmények szerint a gyermekkori traumák előfordulása szorosan összefügg a leggyakoribb egészségkockázati magatartásformákkal (alkoholizmus, dohányzás, drogfogyasztás, öngyilkossági kísérlet, korán kezdett nemi élet, gyakori partnercsere, nem kívánt/tizenéves terhesség, családon belüli erőszak megélése felnőttként); valamint a magzati halálozás, a szívkoszorúér-betegség, a krónikus obstruktív tüdőbetegség, depresszió, májbetegség, nemi betegségek, egészséggel összefüggő rossz életminőség kockázatával is, méghozzá lineáris módon, vagyis minél többféle gyermekkori traumát élt meg a személy, annál magasabb az előbb felsoroltak kockázata¹².

Az ACE vizsgálat szerint tehát az ártalmas gyermekkori tapasztalatok nagyon erősen befolyásolják a felnőttkori egészségkockázatokat, betegségeket, korai halálozást és társas kapcsolatokat is. Ezek az ártalmas gyermekkori élmények nagyon gyakoriak – az ACE vizsgálat szerint a válaszadóknak csak mintegy harmada *nem* számolt be gyermekkori traumáról, egyötödük viszont háromnál is többet szenvedett el –, de általában észrevétlenek maradnak a gyermek környezetében. E két tényező kombinációja miatt Felitti szerint a gyermekkori traumák a legfontosabb meghatározó tényezői a populáció egészségi állapotának és az ország gazdasági teljesítményének¹³.

A gyermekekkel való rossz bánásmód, vagyis a 18 éven aluliak elhanyagolása, érzelmi, fizikai vagy szexuális bántalmazása az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) szerint a gyermekek 25-50 százalékát érintheti. Az EVSZ is azon az állásponton van, hogy a gyermekkorban elszenvedett bántalmazás az élet teljes hosszán át tartó testi és lelki egészségromlást okoz, amely a társas kapcsolatokra és a munkavégzési képességre gyakorolt hatásokon keresztül végső soron lassítja az országok gazdasági és társadalmi fejlődését. Mindezek miatt a gyermekkori traumák kérdése globális népegészségügyi prioritás, melyek megelőzésére többek közt olyan programok alkalmasak, amelyek segítik a szülőket gyermeknevelési készségeik javításában¹⁴.

4. Modellprogramok a kora gyermekkori fejlődés segítésére

Manapság már számos olyan vizsgálat és program tapasztalatai állnak rendelkezésre, amelyek irányt mutatnak arra, hogyan lehet a gyermekek bántalmazását és elhanyagolását megelőzni, és a kora gyermekkori fejlődést segíteni. Jelentős tapasztalatokat nyújtott az USA Hawaii államában csaknem hatvan évvel ezelőtt indult és évtizedeken át tartott **Kauai követéses vizsgálat**, amely minden, 1955-ben Kauai szigetén született gyermeket követett 40 éven keresztül¹⁵. A gyermekek egyharmada krónikusan szegény és különféle diszfunkciókkal küzdő családokban született, amelyek kedvezőtlen körülményeket nyújtottak a felnevelkedésükhöz. Ennek ellenére a jelentős gyermekkori kockázattal indult gyermekek mintegy harmada jó megküzdési készségeket alakított ki 40 éves korára, amikor stabil párkapcsolata és munkája volt. A legkevésbé sikeresek azok a – döntően – férfiak voltak 40 éves korban, akiknek szülei krónikus alkoholproblémával és/vagy mentális betegséggel küzdtek. A kockázatos gyermekkort megélt, de jó megküzdési készségeket kialakított gyermekek nagyobb eséllyel kaptak felnevelkedésük során érzelmi támogatást erős helyettes szülőktől (rokonoktól, tanároktól, szomszédoktól), és vettek részt különféle közösségek életében (ifjúsági szervezet, katonaság).

A **High/Scope Perry Óvodai Program** egyike volt a legelső korai fejlesztő programoknak, melyet az USA Michigan államában folytattak 1962-67 közt, 123, szegény családban élő és iskolai kudarc szempontjából nagy kockázatnak kitett afrikai-amerikai kisgyermek bevonásával. 3 éves korban véletlenszerűen két csoportba sorolták őket: 58-an napi rendszerességgel óvodai foglalkozásokon vettek részt, családjaikat pedig hetente látogatták az óvónők. A kontroll csoportba került 65 kisgyermek nem vett részt semmilyen programban. A program két évig zajlott, ezt követően minden kisgyermek bekerült a közoktatásba, majd 15, 19, 27, és 40 éves korban vizsgálták élethelyzetüket és egészségi állapotukat. A programban résztvevők közül szignifikánsan több gyermek vált iskolaéretté; többen szereztek középiskolai végzettséget, és felnőttként többen váltak adófizető állampolgárokká. Ezek következtében a kiegészítő oktatás, a szociális juttatások, a bűnügyi költségek terén megtakarítások, a magasabb arányú munkavállalásból pedig további adóbevételek keletkeztek, melyek összegzése szerint minden, a programra költött dollár 12,9 dollár hozamot eredményezett¹⁶.

Brooks-Gunn kutatásai bizonyítékot szolgáltatottak nemcsak arra a köznépi bölcsességre, hogy a szülői hatás döntő jelentőségű a gyermekek fejlődése szempontjából, hanem arra is, hogy a szegény és nem szegény szülők gyermeknevelési készségei jelentősek különböznek, különösen azokban a dimenziókban, amelyek a gyermek iskolaérettsége szempontjából fontosak¹⁷. Arra is meggyőző bizonyítékot talált különféle intervenciók vizsgálata során, hogy a szülői készségek javíthatók, amelyek a gyermekek iskolaérettségének javulásában tükröződnek¹⁸.

Számos külföldi kormányzati program bizonyította, hogy a kora gyermekkori fejlődés társadalmi segítése tartós pozitív hatást eredményez az iskolai teljesítményre és a felnőttkori életútra. Az Egyesült Államokban 1965-ben kormányzati kezdeményezésre indult, és jelenleg is működő **Head Start** Program alacsony jövedelmű családokban élő 0-5 éves gyermekek és családjaik részére nyújt komplex, oktatási, táplálkozási, egészségügyi intervenciókat, illetve segíti a szülői készségek fejlesztését¹⁹. Ugyanezen a néven az ausztrál kormány 2004-ben indított hasonló programot²⁰. A kanadai Ontario-ban 1992-ben **Best Start** néven indult olyan program, amely olyan egészségügyi és oktatási szolgáltatóknak nyújtott segítséget oktatási, szabadidős, szülői készségeket fejlesztő és egyéb egészségfejlesztő szolgáltatások indításához, akik gyermeket váró családoknak, újszülötteknek és legfeljebb 6 éves

gyermeknek kínálták programjaikat²¹. Nagy-Britannia kormánya 1998-ban indított az amerikai minta nyomán kormányzati programot **Sure Start** néven, amelyet 2003-ban a helyi önkormányzatok hatáskörébe utaltak át²².

5. A hazai helyzet

Méhen belüli alultápláltság

A Magyarországon dolgozó több mint négyezer területi védőnő mindegyike jogszabályi előírás szerint évente 131 adatot jelent az ágazati informatikai rendszerben, ebből 121 adatot havi rendszerességgel²³, „a védőnői munka szakmai és stratégiai fejlesztése érdekében²⁴”. Az adatok közt számos olyan szerepel, amelyek alkalmasak lennének a méhen belüli és a születés utáni alultápláltság, az ezzel kapcsolatos anyai veszélyeztető tényezők, a gyermekbántalmazás, és a védőnői ellátás területi különbségeinek követésére. Ez hazánkban, ahol a csecsemőhalálozás az 5. legmagasabb, a kis születési súly pedig a 2. legmagasabb 29 fejlett ország közül, kulcsfontosságú lenne²⁵. Az évente keletkező, elképesztő volumenű védőnői adathalmaz feldolgozása azonban nem történik meg, vagy ha megtörténik, akkor nem kerül közlésre, mert várandósok, csecsemők és kisgyermek helyzetét évente országosan elemző védőnői jelentések a nyilvánosság számára nem hozzáférhetők. Pedig amint azt az országos vezető védőnő már 2007-ben leírta, „a jó minőségű – holisztikus, interdiszciplináris szemléletű – védőnői ellátáshoz nélkülözhetetlen a rendszeres kutatás²⁶”.

Hátrányos helyzetű családok gyermekei

Az UNICEF szerint depriváltak tekinthető a magyar gyermekek 31 százaléka, és ezzel 26 ország közül egyike vagyunk annak a mindössze négynek, amelyben a deprivált gyermekek aránya 25 százalék fölötti. A hazai gyermekek közel negyede szegény háztartásban él (nincs autó, nem utaznak el otthonról, nincs számítógépe, nincs saját hálószobája). A gyermekek jóléte Magyarországon más országokhoz képest összességében sem túl kedvező az UNICEF megállapítása szerint. 29 fejlett ország gyermekeinek jólétét 5 dimenzióban vizsgálva, hazánk az összesített rangsor 20. helyét foglalja el. Különösen rossz a helyzet a magatartás, erőszak, és pszichoaktív szerek használata vonatkozásában, ahol a 24., illetve a lakhatás és környezet szempontjából, amelyet tekintve a 22. helyen van az ország²⁵.

Gyermekkorban elszenvedett traumák

Az Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) vizsgálata alapján a szervezet által tömörített 27 legfejlettebb ország közül Magyarország a negyedik (az európai országok közül első) abban a rangsorban, amelyet a bántalmazás miatt bekövetkezett gyermekhalálozások csökkenő gyakorisága szerint állítottak fel; azon öt ország között van, amelyekben a bántalmazás miatti gyermekhalálozás 4-6-szor gyakoribb, mint a legjobb helyzetű országokban; és aközött a 6 ország között van, amelyekben a gyermekkori bántalmazás miatti sérülés és halálozás egyaránt a legmagasabb²⁷. A gyermekek elleni szexuális bántalmazás gyakoriságát a hazai jogrendszerben megjelenő esetekből, illetve egy, a közelmúltban készült felmérésből lehet becsülni²⁸. A felmérés során megkérdezett felső tagozatos tanulók 17 százaléka számolt be szexuális bántalmazásról vagy visszaélésről, amelyet a többség 10 és 14 éves kor közt szenvedett el. Ugyanakkor 2010-ben mindössze 521, gyermekek ellen elkövetett szexuális bűncselekmény jutott a rendőrség tudomására, vagyis a 18 éven aluliak nem egészen 3 tízezreléke volt érintett. A felmérésből származó és a rendőrségi adatok alapján valószínűsíthető, hogy a Magyarországon 12-36-szorosnak tartott látencia – miszerint 12-36 esetből egy derül ki – jelentős alulbecslés; a gyermekkori szexuális zaklatás gyakorisága ennél lényegesen magasabb lehet. A felderített ügyek száma azt jelzi,

hogy a gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszak és bántalmazás Magyarországon még ma is tabunak számít, amit a jogrend és a rendőrségi eljárások gyakorlata is alátámaszt²⁸.

Intézmények és tevékenységek a kora gyermekkori fejlődés támogatására

A magyar kormányzati politika az optimális kora gyermekkori fejlődés biztosítékát abban látja, ha a gyermekek életük első 3 évét az édesanyjukkal töltik. Ezt tükrözi a nemzetközi viszonylatban is egyedülállóan hosszú és kormányzati finanszírozású nevelési szabadság (gyermekgondozási díjjal a gyermek két-, gyermekgondozási segéllyel hároméves koráig), amelynek következtében a gyermekgondozási intézményekbe beíratott 3 éven aluli gyermekek aránya hazánkban 8,8 százalék a dániai 65,7, a holland 55,9 vagy a svédországi 46,7 százalékkal szemben²⁹.

A bölcsődei férőhelyek szűkössége és a fizetendő térítési díj együttesen biztosítják a magyar bölcsődék alapvető célkitűzésének érvényesülését, hogy a bölcsődék a munkavállaló (tehát magasabb társadalmi-gazdasági helyzetű) szülők gyermekeit fogadják. Az óvodába íratás jelenleg 5 éves kortól kötelező, vagyis a kormányzat az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű szülőkre, a munkahellyel nem rendelkező anyákra bízta, hogy beíratják-e a gyermekeiket 5 éves kor előtt óvodába; a 3 éves kor előtti intézményes ellátás igénybevételét pedig kifejezetten ellenzi.

A kora gyermekkori fejlődés támogatására hivatott intézmények bizonyos fokú konzervativizmusát tükrözi a 0-6 éves korosztály meghasítása 3 éves korban, melynek következményeként a 0-3 éves korosztály ellátását végző bölcsődék az egészségügy, a 3-6 éves korosztály ellátását biztosító óvodák viszont az oktatásügy hatálya alá tartoznak.

A hátrányos helyzetű, döntően alacsony jövedelmű és iskolázottságú, társadalmi támogatást igénylő családok és gyermekeik segítésére létrehozott, kormányzati finanszírozású hazai intézményrendszernek egyedülálló sajátossága, hogy a családok segítésére³⁰ és a gyermekek védelmére³¹ két különböző intézményrendszer szolgál, azt sugallva, hogy támogatásra szoruló családok és gyermekek ügye egymástól elválasztható.

A fentiekben írottak értelmében a hazai intézményrendszerben eddig nem jelent meg hangsúlyos szempontként, hogy a hátrányos helyzetű, és/vagy nem munkavállaló szülők gyermekeinek optimális (vagy legalábbis a család által biztosított lehetőségeknél jobb) gyermekkori fejlődése 0 és 6 év közt biztosítva legyen. A helyzet valamelyes javulását jelzi, hogy 2003-tól elkezdődött a korábban már említett külföldi programok, konkrétan a brit program mintájára kialakított Biztos Kezdet Program megvalósítása³², amelynek célja a hátrányos helyzetű településeken élő, alacsony társadalmi-gazdasági helyzetű családok és 0-6 éves gyermekeik komplex segítése. A 2012. évben 41 Biztos Kezdet gyerekház részesült támogatásban, összesen mintegy 700 gyermeket ellátva³³. A Programmal kapcsolatos legfontosabb fenntartások azzal kapcsolatosak, hogy 1) működésének intézményes keretei nem illeszkednek a létező gyermekellátási rendszerbe; 2) finanszírozása eddig Uniós forrásból történt, ami a hosszútávú fenntarthatóságot kérdésessé teszi; 3) hatékonysága a magyar óvodai ellátáshoz képest nem ismert; 4) ha hatékony is, jelenleg nagyon kevés gyermeket ér el ahhoz, hogy populációs szintű javulást eredményezzen a magyar emberi erőforrások jövőbeni minőségében.

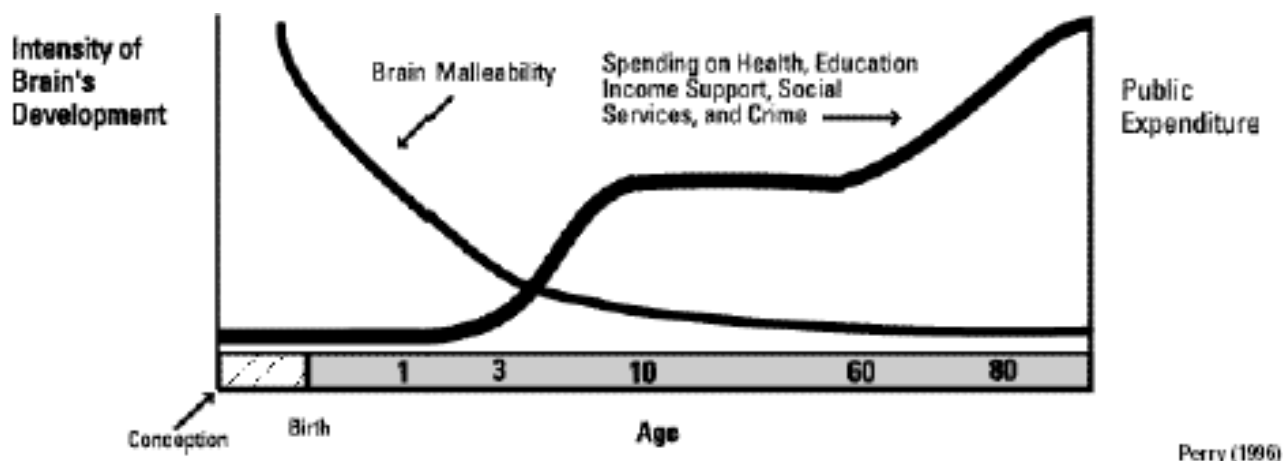
További örömdetes fejlemény, hogy 2014. szeptemberétől 3 éves kortól lesz kötelező az óvodába járás³⁴. Ennek jelentős pozitív hatása azonban csak akkor várható, ha ténylegesen elérhetőek lesznek az óvodai férőhelyek a szükséges létszámban, valamint ha megtörténik az

óvodapedagógusok továbbképzése azokkal az ismeretekkel, amelyek szükségesek ahhoz, hogy hátrányos helyzetű gyermekekkel és azok családjával is hatékonyan tudjanak dolgozni, a kora gyermekkori fejlődésre vonatkozó legkorszerűbb kutatási eredményeket alkalmazva.

5. Javaslát

A kora gyermekkori fejlődés (0-6 év közt) a tudomány jelenlegi állása szerint alapvető fontosságú a felnőttkori egészség és munkavégző képesség szempontjából. Az optimális kora gyermekkori fejlődés biztosítása nemcsak egyénileg határozza meg a jövőbeni életminőséget, hanem társadalmilag is döntő hatással van a következő generációk humán minőségének alakulására. Ennek ellenére a fejlett társadalmak lényegesen magasabb összegeket költenek az idősebb, felnőtt korosztályok egészségügyi és szociális ellátására a legfiatalabbak optimális fejlődésére szánt költségekhez képest, ami kedvezőtlen költség-hatékonyságot eredményez (1. ábra). Az optimális kora gyermekkori fejlődés társadalmi segítése különösen fontos hátrányos helyzetű, rossz szociális körülmények közt élő szülők számára, akik összetett okoknál fogva nem tudják azt önmaguk biztosítani gyermekeiknek. A tudomány jelenlegi állását, a kora gyermekkori fejlődést szolgáló külföldi programokat (különösen a kanadai Ontario állam rendszerét), a magyar óvodarendszer közel kétszáz, a bölcsődék százötven éves történetét, a gyermekellátást szolgáló, létező intézményhálózatot, valamint a felsőoktatásban a 0-6 éves gyermekek ellátására felkészítő alap- és mesterképzési szakokat figyelembe véve érdemes volna megfontolni egy olyan egységes intézményrendszer kialakítását, amely a hazai hagyományokra és erőforrásokra építve képes volna minden szülőt és gyermeket, de különösen a hátrányos helyzetű szülőket és azok 0-6 éves gyermekeit hozzásegíteni az optimális kora gyermekkori fejlődéshez – a magyar gazdaság és társadalom jövőbeni fellendítése érdekében.

1. ábra Az agy fejlődése és a közfinanszírozás



Irodalomjegyzék

- ¹ McCain M., F. Mustard (szerk.): Early Years Report. Ontario, Kanada, 1999
- ² Barker D.J.P., Osmond C.: Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*, 1986;327:1077-1081. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(86\)91340-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(86)91340-1)
- ³ DJP Barker: Mothers, babies and health in later life. Churchill Livingstone 1998.
- ⁴ Naess O., Claussen B., Davey Smith G.: Relative impact of childhood and adulthood socioeconomic conditions on cause specific mortality in men. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:597-598. doi:10.1136/jech.2003.012229
- ⁵ Lawlor D., Sterne J.A.C., Tynelius P., Davey Smith G., Rasmussen F.: Association of Childhood Socioeconomic Position with Cause-specific Mortality in a Prospective Record Linkage Study of 1,839,384 Individuals. *Am J Epidemiol* 2006;164(9):907-915. doi: 10.1093/aje/kwj319
- ⁶ The biology of disadvantage: socioeconomic status and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2010. Vol 1186. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nyas.2010.1186.issue-1/issuetoc>
- ⁷ Cohen S., Janicki-Deverts J., Chen E., Matthews K.A.: Childhood socioeconomic status and adult health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2010; 1186:37-55. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2009.05334.x/full>
- ⁸ Reaching for a healthier life. Facts on socioeconomic status and health in the U.S. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health. http://www.macses.ucsf.edu/downloads/Reaching_for_a_Healthier_Life.pdf
- ⁹ Blumenshine P., Egarter S., Barclay C.J., Cubbin C., Braveman P.A.: Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *Am J Prev Med*, 2010;39(3):263-272. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.05.012>
- ¹⁰ A history of total health. Kaiser Permanente. <http://www.kaiserpermanentehistory.org/tag/total-health-center/>
- ¹¹ The Adverse Childhood Experiences Study. <http://acestudy.org/>
- ¹² Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/ace/>
- ¹³ Felitti V.J.: Reverse Alchemy in Childhood: Turning Gold into Lead. *Health Alert* 2001; 8:1-4.
- ¹⁴ Child maltreatment. World Health Organization, Fact sheet No. 150; 2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>
- ¹⁵ Werner E.E.: Journeys from childhood to midlife: risk, resilience and recovery. *Pediatrics*, 2004; 114(2):492. <http://pediatrics.aappublications.org/content/114/2/492.1.full>
- ¹⁶ Schweinhart L., Montie J., Xiang Z., Barnett W.S., Belfield C.R., Nores M.: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40. High/Scope Educational Research Foundation, 2005. http://www.highscope.org/file/Research/PerryProject/specialsummary_rev2011_02_2.pdf
- ¹⁷ Brooks-Gunn J., Markman L.B.: The contribution of parenting to ethnic and racial gaps in school readiness. *Future Child*. 2005;15(1):139-168.
- ¹⁸ Brooks-Gunn J., Berlin L. J., Fuligni A. S.: Early childhood intervention programs: What about the family? In J. P. Shonkoff, S. J. Meisel (eds.) *The handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press 2000.
- ¹⁹ Head Start Program. Office of Head Start. <http://www.acf.hhs.gov/programs/ohs/about/head-start>
- ²⁰ A Head Start for Australia: An Early Years Framework. NSW Commission for Children and Young People, 2004. http://www.kids.nsw.gov.au/uploads/documents/headstart_full.pdf
- ²¹ Best Start. Government of Ontario http://www.beststart.org/about_us/index.html
- ²² Sure Start Children's Centres. Department for Education, United Kingdom. <http://www.education.gov.uk/childrenandyoungpeople/earlylearningandchildcare/delivery/surestart>
- ²³ Védőnői Jelentés adatlap. Egészségügyi Minisztérium 2009. http://193.225.50.35/dokumentum/Agazati_2009/R1003-09-v2_090801_Vedonoi_Jelentes_adatlap.pdf
- ²⁴ Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, 2013. https://www.antsz.hu/data/cms43588/Vedonoi_Szakfelugyeleti_iranymutas_vedonoi_adatgyujtes_jelentes_2013.pdf
- ²⁵ Child well-being in rich countries. A comparative overview. Innocenti Report Card 11, UNICEF 2013. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf
- ²⁶ Ódor A.: A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása. Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2007. http://www.oktatasikerekasztal.hu/hattertanulmanyok/01/odor_andrea_vedonoi_rendszer.pdf
- ²⁷ A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocenti Report Card Issue No. 5, 2003. The United Nations Children's Fund. <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard5e.pdf>
- ²⁸ Gyermekek szexuális bántalmazása. Független Médiaközpont Budapest 2011. http://www.cij.hu/hu/wp-content/uploads/2011/09/Pandora_szelenceje_bovített_verzio.pdf

²⁹ Makay Zs.: Bölcsődék: jogszabályváltozások és kutatási eredmények. Korfa Népesedési Hírlevél 2012;12(1):1-4.

³⁰ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról.

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99300003.TV

³¹ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról.

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV

³² Biztos Kezdet Program. Szociális és Munkaügyi Minisztérium 2007.

<http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=16364>

³³ Rendkívüli segítségnyújtás a Biztos Kezdet Gyerekházaknak. Emberi Erőforrások Minisztériuma, Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság. 2013. március 12. <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/tarsadalmi-felzarkozasert-felelos-allamtitkarsag/hirek/rendkivuli-segitsegnyujtas-a-biztos-kezdet-gyerekhazaknak>

³⁴ 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről.

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100190.TV