
**MTA TK Gyerekesély Műhelytanulmányok
2015/4**

**A koragyermekkori fejlesztéshez való
hozzájutás esélyei a hátrányos
helyzetű térségekben**

Lannert Judit

**MTA TK
Budapest
2015**

Készült az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont megbízásából,
a TÁMOP-5.2.1-12/1-2012-0001 program keretében

Írta: Lannert Judit

Kiadja az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont
1014 Budapest, Országház utca 30.
<http://gyerekesely.tk.mta.hu/>
ISSN 2064-910X

Tartalom

1. Bevezetés	4
2. A koragyermekkorai nevelés szerepe a gyermek fejlődésében	4
Az agy fejlődése a korai szakaszban.....	4
A koragyermekkorai nevelés gazdasági és társadalmi haszna	6
A család, szülő hatása a későbbi iskolai eredményességre	8
3. Veszélyeztetett gyermekek és a reziliencia.....	9
4. A magyarországi koragyermekkorai ellátórendszer	11
Egészségügyi adatok.....	11
Korai intervenció	14
Stratégiai elképzelések.....	15
Területi egyenlőtlenségek a demográfiai adatok és kisgyermekkorai nevelés terén.....	15
5. A korai fejlesztésbe kerülés esélyei a hátrányos helyzetű kistérségekben egy empirikus adatfelvétel alapján	18
Születési súly.....	19
Koraellátórendszerbe járás.....	24
Támogató családi háttér	27
Sérülés	28
Fejlesztés	32
A sérültség és fejlesztés és néhány háttérváltozó összefüggése.....	36
6. Összegzés	41
Melléklet	43

1. Bevezetés¹

A koragyermekkori nevelés központba kerülése egyaránt köszönhető az agykutatás és pszichológiai kutatások legújabb eredményeinek, mint az emberi tőkébe való beruházás megtérülését kimutató közgazdaságtani kutatásoknak. Ma már számtalan tudományos tény támasztja alá, hogy a fogantatástól a születésen át az első lépésekig az első egy-két év rendkívül fontos az egyén fejlődése szempontjából. Hihetetlen gyors és komplex folyamat játszódik le az első években, ahol a fizikai, kognitív és érzelmi kompetenciák a környezettel kölcsönhatásban fejlődnek. E komplex folyamat során a gének, a fizikai környezet és a család nyújtotta érzelmi-szociális kötődés egyaránt szerepet játszik abban, hogy hogyan fejlődik a kisgyermek.

2. A koragyermekkori nevelés szerepe a gyermek fejlődésében

Az agy fejlődése a korai szakaszban

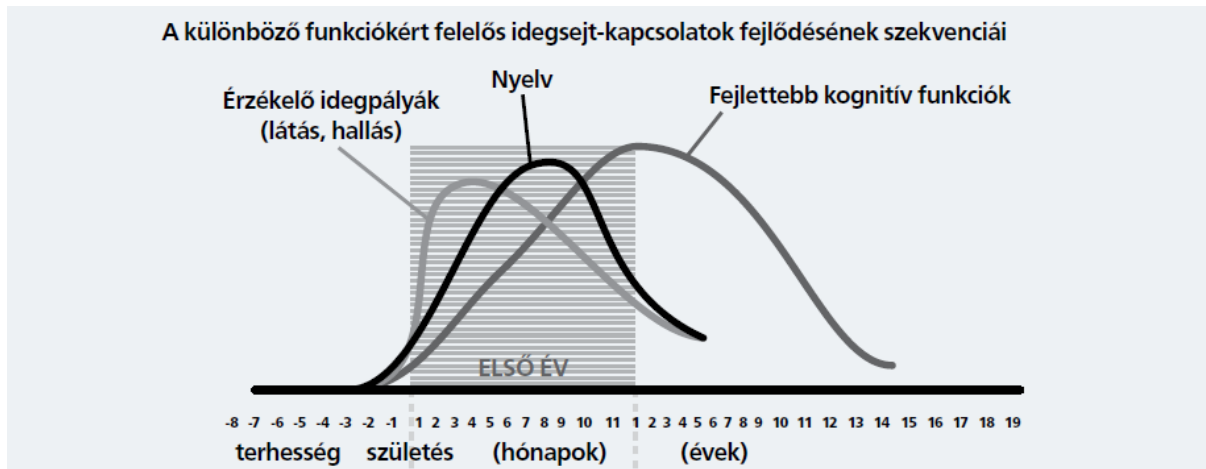
A kognitív fejlődés tudományok és a neurológiai kutatások azt mutatják, hogy a gyermekek bizonyos dolgokat bizonyos korszakokban tanulnak, meghatározott sorrendben, így az agy különböző funkciókat és készségeket illetően más és más korszakban jár „csúcs”ra. Az érzelmi kontroll elsajátítása az első életévben történik és négy éves kor után ezen a területen már lelassul a fejlődés. A társas kapcsolati készségek egy és két éves kor között fejlődnek nagyot és utána az agy érzékenysége ezen a területen folyamatosan csökken és négy éves korra közepes szintre áll be. A nyelv fejlődése terén az agy szintén az egy és két éves kor között dolgozik a legintenzívebben, a számolási készségek terén pedig az egy és három éves kor közötti korszak döntő (lásd 1. ábra).²

¹ Az adatbázis összeállításában és a táblák létrehozásában Vince Dániel segített.

² OECD (2012), *Starting Strong III: Early Childhood Education and Care*, OECD, Paris

1. ábra

Az agy fejlődésének érzékeny korai szakaszai



Forrás: Charles A. Nelson, University of Minnesota In: Schonkoff és Phillips (2004): From neurons to Neighborhood. Id: Szilvási Léna: Nézöpontok, elméletek, gyakorlatok – A magyar Biztos Kezdet Program előzményei és megvalósulása. In: A génektől a társadalomig: A koragyermekkorai nevelés szinterei. Biztos Kezdet kötetek. Szerk: Danis Ildikó–Farkas Mária–Herczog Mária–Szilvási Léna I. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2011 39.o.

Kutatások támasztják alá, hogy a koragyermekkorai szakaszban minden téren a koragyermekkorai nevelésnek a táplálkozást és a pénzügyi ösztönzőket meghaladó hatása van a gyermek kognitív, szociális fejlődésére, iskolai előmenetelére³ A legfrissebb neurológiai kutatások pedig azt is kimutatják, hogy a gyermek fejlődése erősen élményfüggö, éppen ezért a fejlesztés sok társas interakciót és strukturált gyakorlást igényel.⁴ A legfontosabb elemek, amit a koragyermekkorai nevelés terén érdemes kiemelni:

- A tanulási kapacitás az első négy évben a legérzékenyebb.
- Az interaktív környezet elősegíti az agy fejlődését.
- A tanulás erősen kötődik a szociális-érzelmi fejlődéshez.
- A gyerekek folyamatosan a korábbi élményeken és új információkon alapuló interakciókban építik megértésüket.

Habár az első három év kiemelt fontosságú, vannak, akik szerint jelentőségét túldimenzionálják, hiszen a fejlődés utána sem áll le.⁵ Ugyanakkor az is igaz, hogy az első három év alapozza meg a gyermek majd tanuló későbbi években történő fejlődését. Mindazonáltal az óvoda hatása is mérhető a gyermekek későbbi kognitív teljesítményére. Az óvoda hatását a későbbi tanulói teljesítményekre a PISA nemzetközi tanulói teljesítménymérési vizsgálat is alátámasztja. Azok a gyerekek, akik több mint egy évet töltöttek óvodában, jobban teljesítenek később az iskolában, akár számításba vesszük a családi háttérüket, akár nem (lásd 2. ábra).

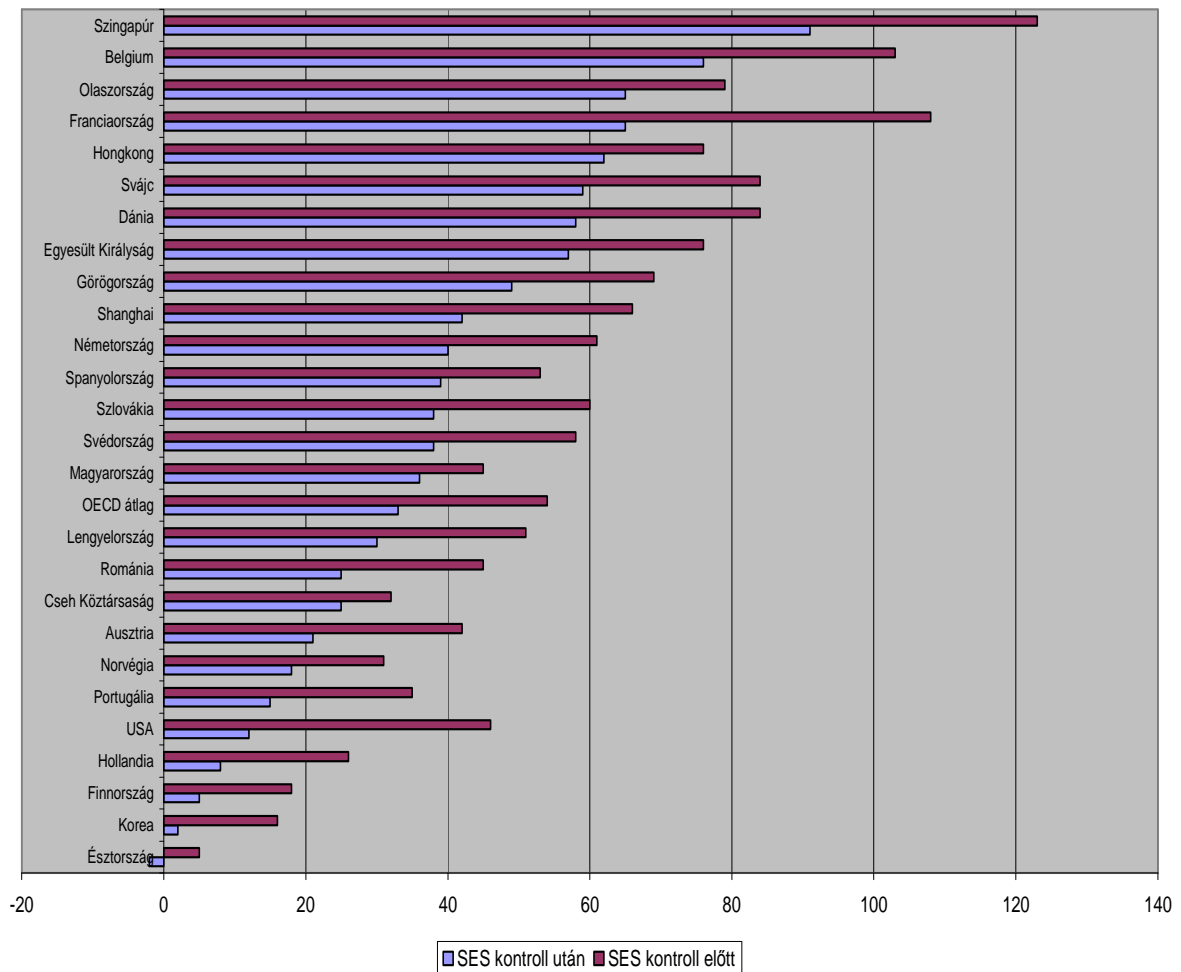
³Nores, M. and W.S. Barnett (2010), Benefits of Early Childhood Interventions Across the World: (Under) Investing in the Very Young, Economics of Education Review, Vol. 29.

⁴ OECD (2006), *Starting Strong II: Early Childhood Education and Care*, OECD, Paris

⁵ John T. Bruer (1999): *The myth of the first three years*, Simon and Schuster Inc

2. ábra

Az egy évnél hosszabb óvodai képzés utáni növekmény a szövegértés eredményben a családi háttérrel (SES) kontrollálva



Forrás: PISA adatbázis 2009

A koragyermekkori nevelés gazdasági és társadalmi haszna

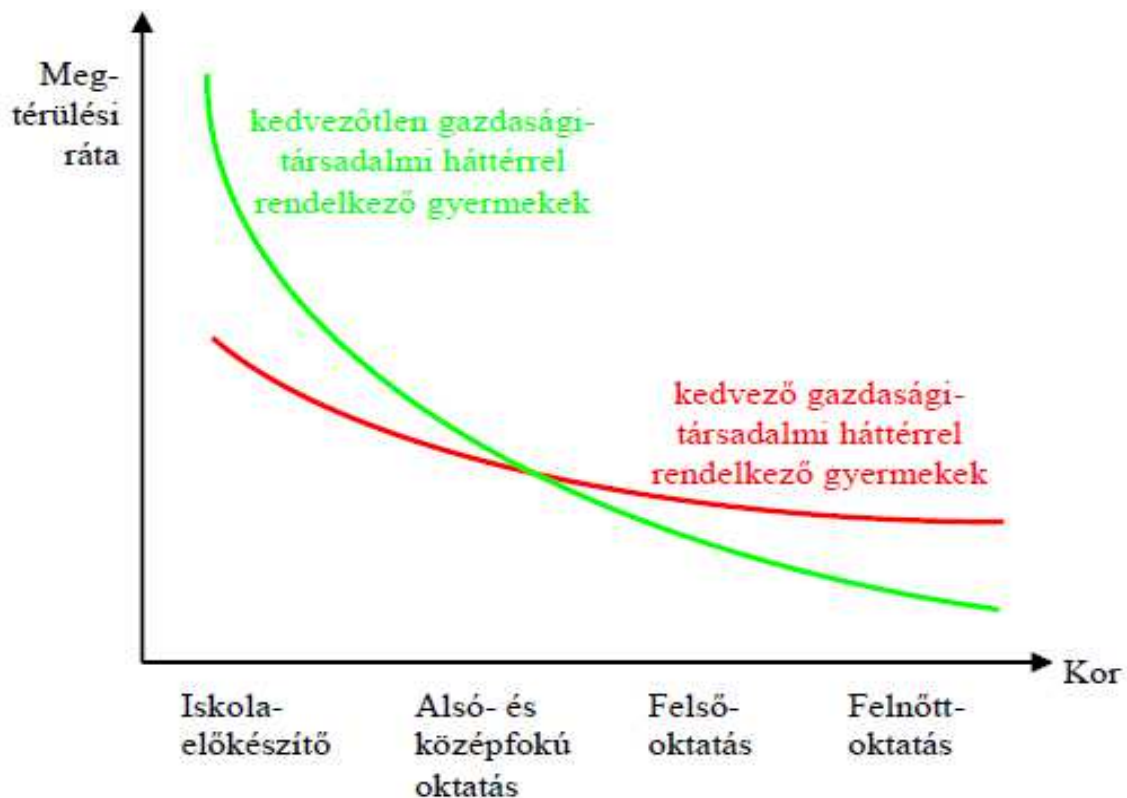
Az oktatásba való beruházás életcikluson át való szemléltetését egy amerikai közgazdásznak, James Heckmannak és társainak köszönhetjük.⁶ Az oktatási beruházások közül a koragyermekkori nevelésbe fektetett erőforrások megtérülése a legmagasabb, miután a későbbi tanulásra és annak hatékonyságára alapvető befolyással bír. Ez a megtérülési ráta különösen magas a hátrányosabb helyzetű gyermekek esetében, akik otthonról nem kapnak meg ezt az életre szóló fontos belépőt. A koragyermekkori nevelés tehát nem pusztán kompetenciákat fejleszt, de megteremti a későbbi hatékony tanulás alapját.

Az oktatásba fektetett Euro megtérülési rátája idővel csökken, de ez a csökkenés kifejezetten meredek a kedvezőtlen gazdasági társadalmi háttérrel rendelkező gyerekek esetén (lásd 3.

⁶ Heckman, James J., Peter J. Klenow (1997). Human Capital Policy. University of Chicago, Mimeo.

ábra). Ez a közösségi források felhasználását tekintve intő jel, az adóforintokat legjobban a korai szakaszban tudja elkölteni az állam! De ez nem jelenti azt, hogy komplett intézményrendszereket kellene így finanszírozni, hanem azokat a lehetőségeket, amikkel már a korai szakaszban kellőképpen felvérteződnek azokkal a kompetenciákkal a gyerekek, amire a későbbi boldogulásukhoz szükségük van. Ugyanakkor ez egyben igencsak hosszú távú szemléletet igényel, hiszen a koragyermekkorai beruházások haszna 20-30 évvel később lesz igazán látható.

3. ábra
Megtérülés az oktatás különböző szintjein



Forrás: Efficiency and Equity in European Education and Training Systems, 2008 , Cunha, Flavio, James J. Heckman, Lance Lochner, Dimitriy V. Masterov (2006). Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation. Forthcoming in: Eric A. Hanushek, Finis Welch (eds.), *Handbook of the Economics of Education*. Amsterdam: North-Holland

Fontos megjegyezni, hogy a longitudinális mintákon alapuló elemzések egységes tanulsága, hogy a kognitív képességekhez viszonyítva igen erős kapcsolat van a nem-kognitív képességek és a későbbi munka-erőpiaci sikerek között, vagyis a koragyermekkorai fejlődést és fejlesztést nem lehet leszűkíteni pusztán a kognitív folyamatokra.⁷

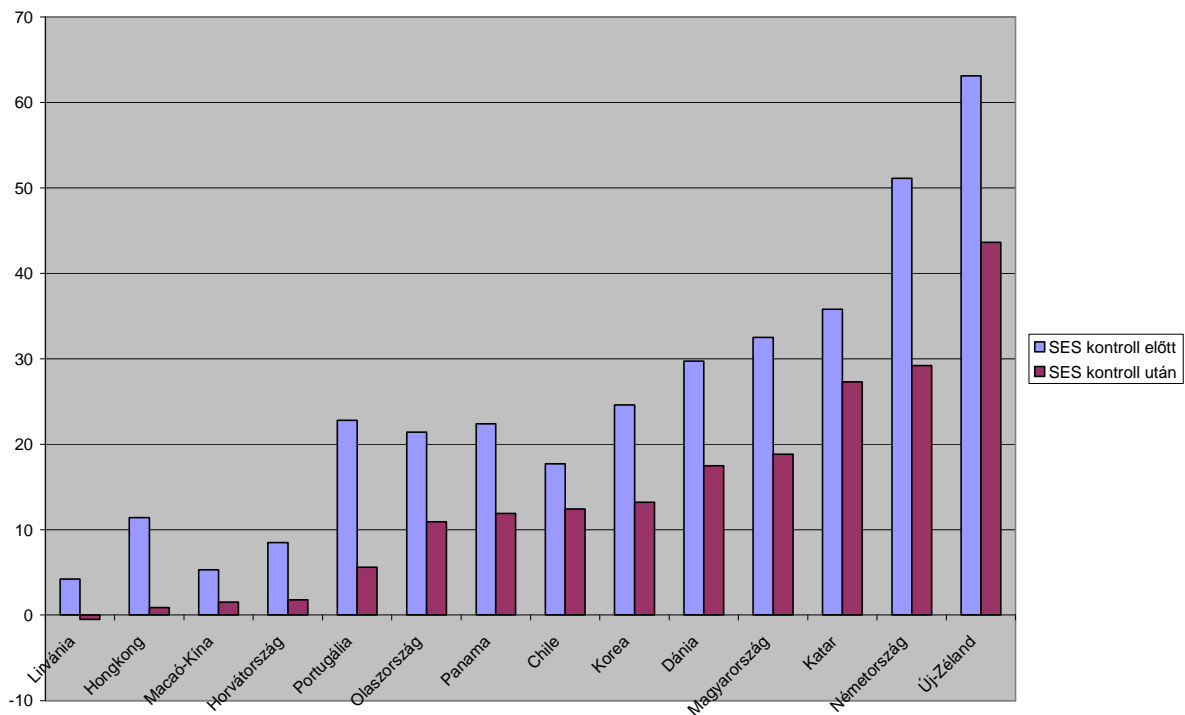
⁷ Surányi Éva (2008): A gyermeki fejlődés hatása a felnőttkori munkaerőpiaci sikerességre. Háttér tanulmány a Biztos Kezdet program hatásvizsgálatának kutatási koncepciójához. kézirat

A család, szülő hatása a későbbi iskolai eredményességre

A szülők hatása is kimutatható a korai szakaszban. Azok a gyerekek, akiknek a szülei gyakran olvastak kisgyermeküknek vagy beszélgettek velük, 15 éves korukban szignifikánsan jobban teljesítettek a PISA mérésen (lásd 4. és 5. ábrák).

4. ábra

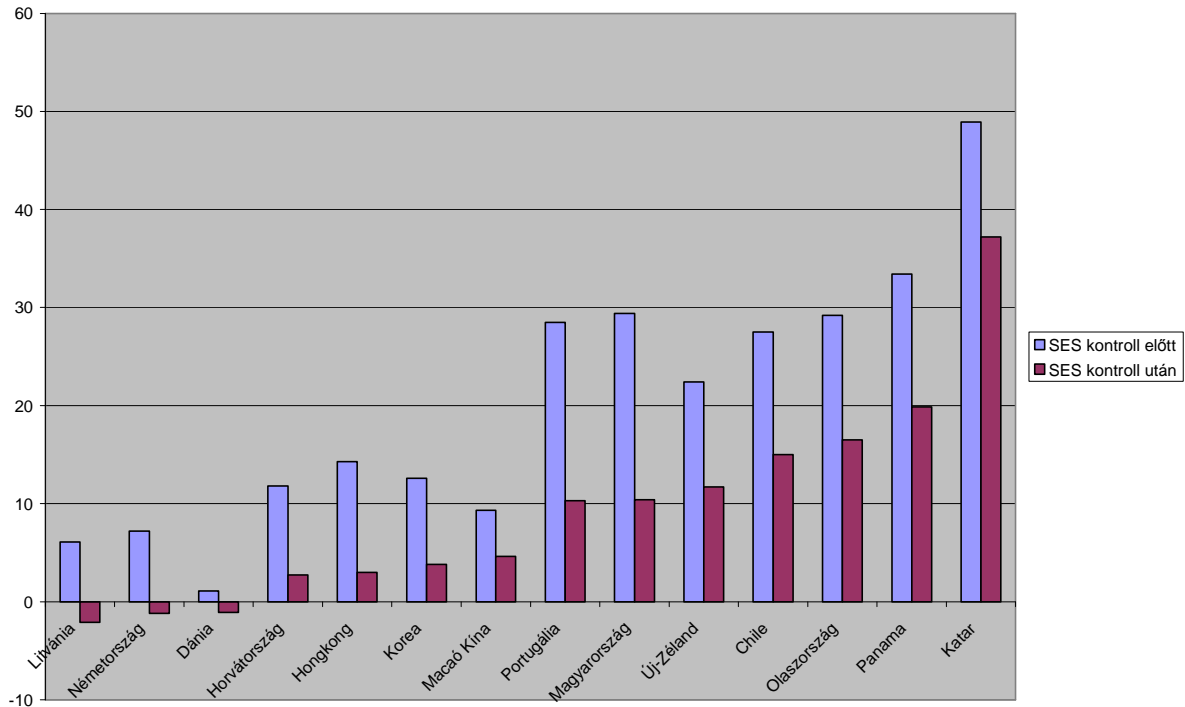
Szövegértés teljesítmény többletpontszám azokhoz képest, akiknek a szülei nem olvastak gyereküknek gyakran (hetente vagy naponta) az általános iskola kezdetén, családi háttérrel kontrollálva is



Forrás: PISA adatbázis 2009

5. ábra

Szövegértés teljesítmény többletpontszám azokhoz képest, akiknek a szülei nem beszéltek gyakran (hetente vagy naponta) otthon gyerekükhöz arról, hogy mit csináltak az általános iskola kezdetén, családi háttérrel kontrollálva is



Forrás: PISA adatbázis 2009

Magyarországon a roma fiataloknak a magyar kompetenciamérés adatai alapján kimutatható lemaradása szinte teljes mértékben a szegénységre, a szülők iskolázatlanságára és a munkapiacról való kiszorulásukra, valamint az ebből fakadó hátrányokra vezethetőek vissza. A kutatók három közvetítő mechanizmust azonosítottak, amelyek szinte teljes mértékben felelősek a kialakult hátrányokért. A készségek fejlődését segítő környezethez nem vagy csak kevésbé férnek hozzá ezek a gyerekek, az egészségi állapotuk sokkal rosszabb születéskor és gyermekkorban, emellett az iskolai környezet is sokkal hátrányosabb.⁸

3. Veszélyeztetett gyermekek és a reziliencia

Veszélyeztetett gyermeknek azokat tekintik a szakirodalom, akiknél várhatóan valamilyen okból az átlagosnál nagyobb eséllyel tapasztalhatunk értelmi, érzelmi vagy szociális elmaradást. Súlyos értelmi fogyatékoság esetén fennáll a biológiai kockázat, ahol a környezet befektetése ellenére sem lehetséges a kompetenciák fejlesztése, a legtöbb esetben mégis

⁸ Gábor Kertesi – Gábor Kézdi (2011): The Roma/Non-Roma Test Score Gap in Hungary. In: American Economic Review 101(3) 519–525. <http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/bwp1010.pdf> [2011-07-01]

tapasztalható „önkorrekciós tendencia”, amit leginkább az odafigyelő gondozói környezet tud biztosítani.⁹

A perinatális veszélyeztetettség egyik legfontosabb indikátora az alacsony születési súly. Kis súlyúnak tekintik a 2500 gramm alatti újszülötteket, ezen belül külön kategória az 1000-1500 gramm közötti kis súlyúak és az 1000 gramm alatti extrém kis súlyúak. Minél kisebb a születési súly, annál sérülékenyebb az újszülött a további perinatális komplikációk szempontjából. Mind a koraszülés, mind az intrauterin fejlődés-visszamaradás kockázata fokozott a rossz szociális körülmények között élő anyáknál. A közvetlen felelős ez esetben is az életmód, a háttérben a kevésbé tudatos gyermekvállalással járó felkészületlenség, a veszélyek nem ismerete, az anyagi feltételek szűkössége, a stressz-terhes otthoni légkör áll.¹⁰

A reziliencia fogalma napjainkra egyre népszerűbb. Egyre többet tudunk arról, hogy milyen faktoroknak köszönhető, hogy a kockázatokkal – mint például a nyomor, szülői visszaélés, mentális betegség, stressz, erőszak, stb. - szemben ellenállóbb valaki. A legfontosabb védőfaktor, ha a gyermeknek legalább egy stabil és odaadó kapcsolata van a támogató szülővel, gondozóval vagy más felnőttel. A támogató környezet, az adaptív készségek építése és a pozitív élmények alkotják a reziliencia alapjait. A reziliencia lehetővé teszi azt az egészséges fejlődést, ami megvédi a fejlődő agyat és egyéb szerveket a károsodástól, a mérgező stresszt elviselhető stresszé alakítva. Így a reziliencia a társadalmi környezet és a fogékony biológiai rendszerek protektív faktorai közötti interakciók sokaságának eredménye.

Az egészséges agy fejlődése a gyermek és gondozója közötti folyamatos „szerva-return” interakciókon alapszik. Ha ez az alapvető élmény hiányzik, vagy folyton megszakad, azt a szervezet veszélyként tételezi és aktiválja a stresszre válaszoló rendszerét. A negatív hatást ilyenkor ellensúlyozhatja:

- legalább egy stabil, odafigyelő és támogató kapcsolat a gyermek számára fontos felnőttel,
- a gyermek segítése abban, hogy az életkörülményein úrrá legyen,
- erős végrehajtó és önszabályozó készségek kialakítása,
- a kulturális tradíciók vagy megerősítő hit támogató ereje.¹¹

A koragyermekkorai fejlődés természete kapcsán kiemelik a szakértők, hogy az emberi fejlődés a biológia és tapasztalat közötti dinamikus és folyamatos interakcióban alakul, ahol a kultúra az emberi fejlődésnek minden aspektusát befolyásolja és tükröződik az egészséges adaptációt segítő gyermeknevelési hitekben és gyakorlatokban. A gyerekek közötti meglévő szerteágazó egyéni különbségek gyakran megnehezítik a normális és későn érés megkülönböztetését az átmeneti és tartós zavaroktól. A fejlődő gyermek egyaránt kitett a kockázatoknak de egyben nyitott a védelmező behatásokra. Hatékony beavatkozással meg

⁹ Danis Ildikó–Kalmár Magda: A fejlődés természete és modelljei. In: A génektől a társadalomig: A koragyermekkorai nevelés színterei. Biztos Kezdet kötetek. Szerk: Danis Ildikó–Farkas Mária–Herczog Mária–Szilvási Léna I. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2011. 106.o.

¹⁰ Kalmár Magda: Az agy fejlődését veszélyeztető tényezők és a veszélyek elhárításának lehetőségei. In: A génektől a társadalomig: A koragyermekkorai nevelés színterei. Biztos Kezdet kötetek. Szerk: Danis Ildikó–Farkas Mária–Herczog Mária–Szilvási Léna I. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 2011 215.o.

¹¹ Center on the Developing Child at Harvard University. (2015). *Supportive Relationships and Active Skill-Building Strengthen the Foundations of Resilience: Working Paper 13*. www.developingchild.harvard.edu

lehet változtatni a kockázatok és védőfaktorok közötti egyensúlyt, az utóbbi irányba tolva a tendenciákat.¹²

Az egyik legnagyobb gondként a szakemberek azt látják, hogy a társadalom gyorsan változik és a kisgyermek szükségletei nincsenek kellőképpen a fókuszban. A koragyermekkor vizsgáló tudományok, a szakmapolitika és a gyakorlat közötti interakciók nem mentesek a problémáktól és erőteljes újragondolást igényelnek.¹³

4. A magyarországi koragyermekkor ellátórendszer

Egészségügyi adatok

Az újszülöttek súlya az egyik legfontosabb indikátora a veszélyeztetettségnek. A kissúlyú újszülöttek, a 2500 grammnál kisebb súllyal született újszülöttek aránya az utóbbi tíz évben nem mutatott csökkenést, értéke 8,6 százalék körül mozog. Az élveszülöttek átlagos súlya 3250 gramm körül alakult, de 2013-ra erőteljes csökkenés látható (lásd 1. táblázat).

1. táblázat

Élve-születések az újszülött jellemzői szerint, 1970, 1990, 2000, 2010 és 2013

	Kissúlyú élveszülöttek aránya	Élveszülöttek átlagos súlya (gramm)	A 37. terhességi hét előtt élveszülöttek aránya	Többes születésből származó élveszülöttek aránya (%)	Az élveszületési sorrend átlaga
1970	10,7%	3154	10,2%	2,1	1,88
1990	9,3%	3185	8,7%	2,3	1,88
2000	8,4%	3246	8,1%	2,7	1,94
2010	8,6%	3255	8,9%	3,2	1,91
2013	8,8%	3241	9,0%	3,5	1,91

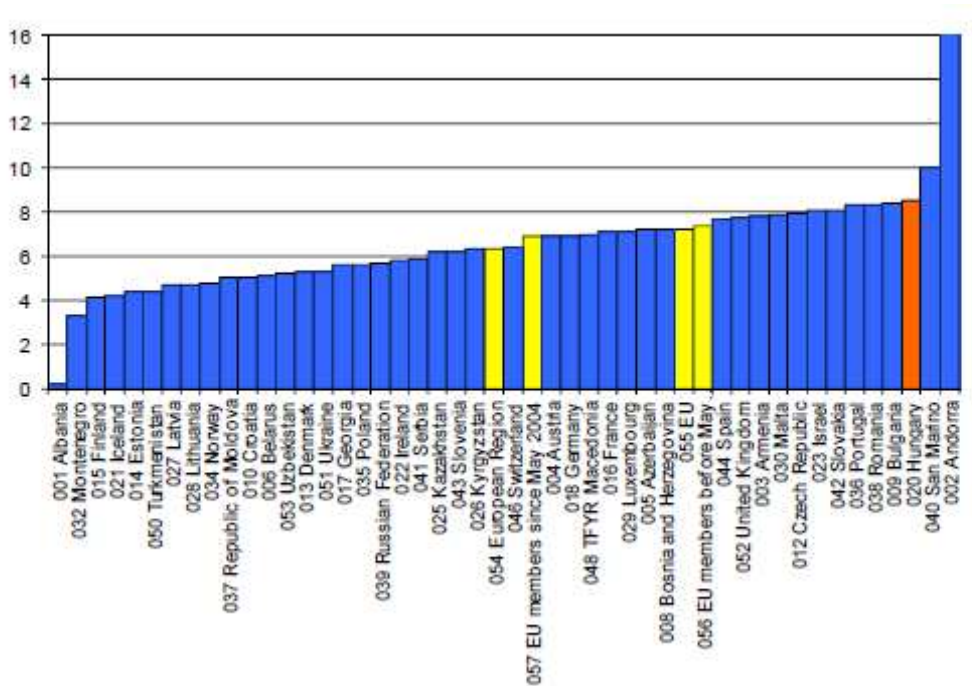
Forrás: Dr. Valek Andrea (2015): A 2013. évi demográfiai adatok értékelése, OGYEI, előadás

Sajnálatos módon a kissúlyú csecsemők arányát tekintve Magyarország a legutolsó helyek egyikén található (lásd 6. ábra).

¹² Jack P Schokoff és Deborah A. Phillips (ed) (2000): From Neurons to Neighborhoods. The Science of Early Childhood Development. National Academy Press, Washington D.C.

¹³ Jack P Schokoff és Deborah A. Phillips (ed) (2000): From Neurons to Neighborhoods. The Science of Early Childhood Development. National Academy Press, Washington D.C.

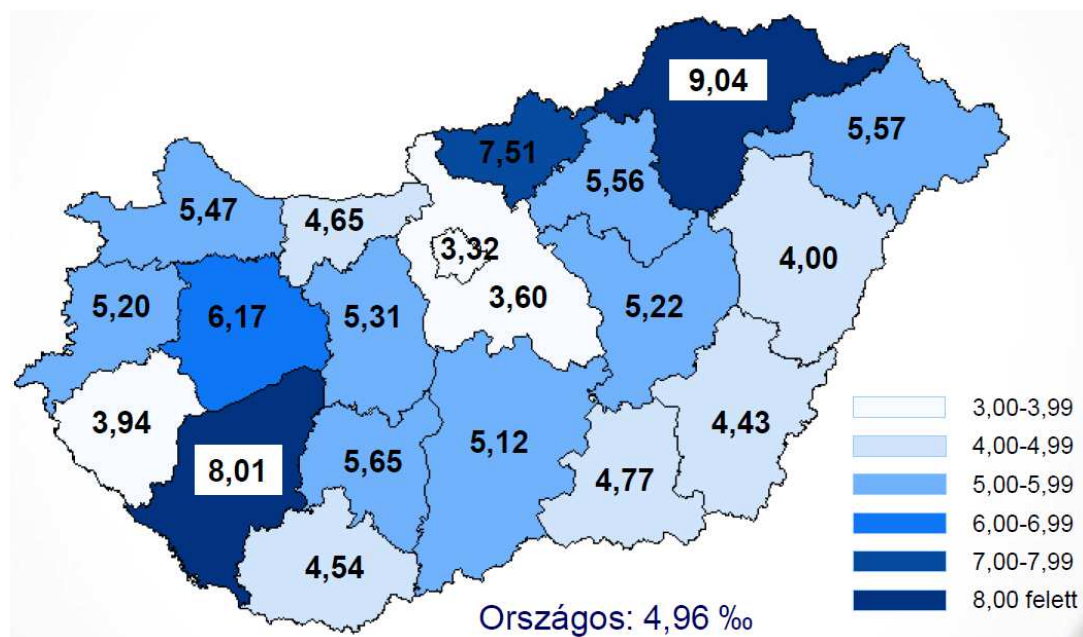
6. ábra
Kissúlyú újszülöttek Európában, 2011



Forrás: Merth Gabriella: A szülészeti események adatai. GYEMSZI Egészségügyi Évkönyv, 2011

A csecsemőhalálozás adatait tekintve kiugróan magas számot találunk Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (lásd 7. ábra), és ami még riasztóbb, az adatok jelentősen romlottak az utóbbi években (lásd 8. ábra).

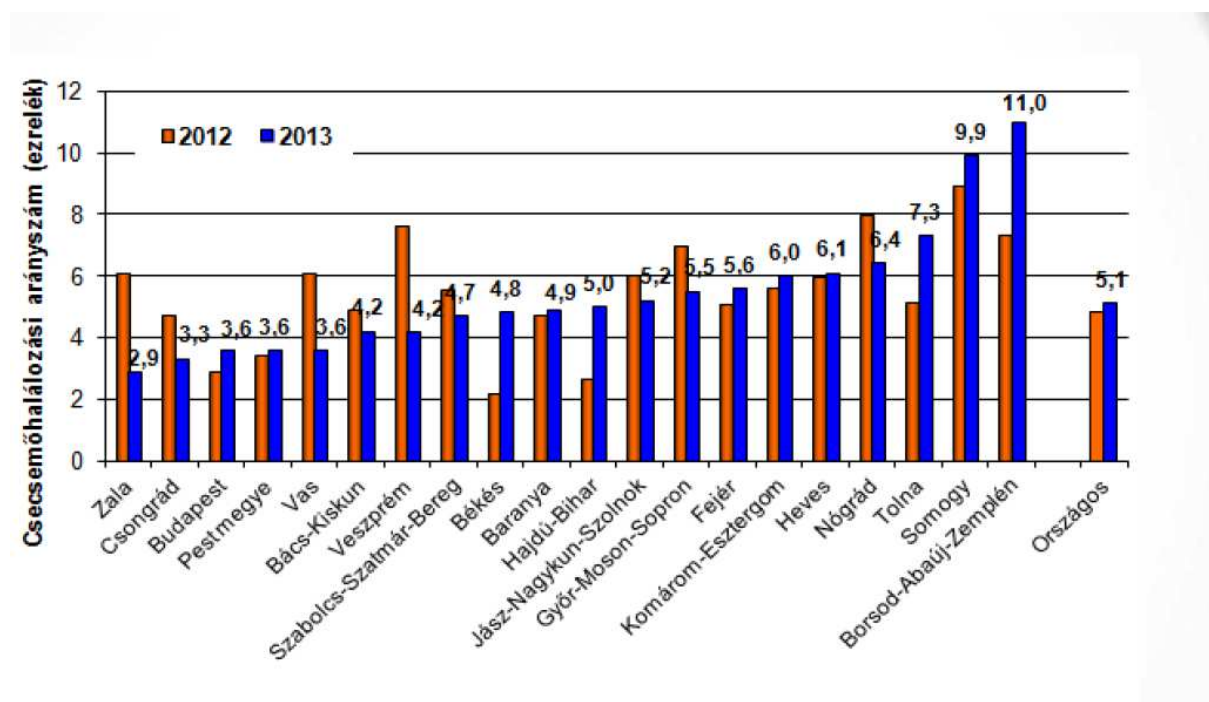
7. ábra
Csecsemőhalálozás megyénként, 2010-2012 %% (ezrelék)



Forrás: Dr. Valek Andrea (2015): A 2013. évi demográfiai adatok értékelése, OGYEI, előadás

8. ábra

Csecsemőhalandóság megyénként, 2012-2013

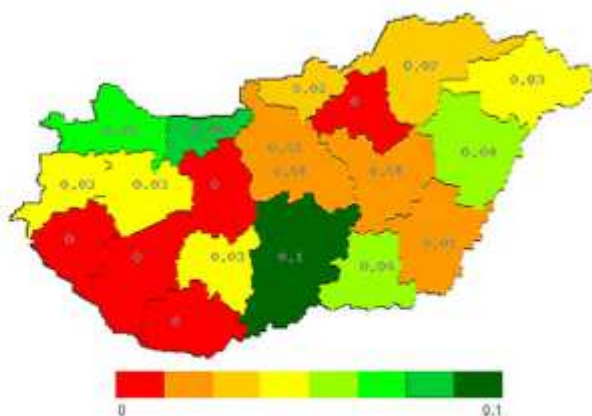


Forrás: Dr. Valek Andrea (2015): A 2013. évi demográfiai adatok értékelése, OGYEI, előadás

Habár a fejlődési rendellenességgel sújtott gyermekek száma Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legmagasabb, de arányaiban mégis Bács-Kiskun megye emelkedik ki (lásd. 9. ábra)

9. ábra

A fejlődési rendellenességgel sújtott gyerekek aránya, 2011



Forrás: <http://193.225.50.35/ujweb/apl/osznilokerdez2.php>

Forrás: Merth Gabriella: A szülészeti események adatai. GYEMSZI Egészségügyi Évkönyv, 2011

Korai intervenció

Egy, a korai intervenció rendszeréről mind a mai napig a leginkább teljes körű vizsgálat¹⁴ eredményei azt mutatták, hogy a sérült gyermek útja a rendszerben meglehetősen „gírbegurba”, a szűréstől a terápiáig meglehetősen sok egyenlőtlenséget lehet tapasztalni. Az ellátórendszer erőteljesen főváros centrikus, vidéken néhány nagyvároson kívül nagyon nehéz megtalálni a megfelelő szakembert. **A fejlesztett gyermekek majdnem 50 százalékát 2008-ban Budapesten látták el (miközben itt a 0-4 éves népességnek csak 14%-a lakott ott).** Baranya és Vas megye állt még jobban az intézményes fejlesztés arányait tekintve. Ugyanakkor Hajdú-Bihar, Nógrád, Somogy, Szabolcs-Szatmár, Heves és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében az intézményes fejlesztés arányaiban elmaradt attól a szinttől, amire az adott terület rászoruló gyermekeinek szükségük lett volna. **A legnagyobb ellátási gondokat az észak-magyarországi régió mutatta, amelynek megyéi szinte minden mutatóban alatta voltak az országos átlagnak.**

A kutatás eredményei azt igazolták, hogy az iskolázott szülők gyermekei előnyben vannak a hátrányosabb helyzetű társaikkal szemben. Egyik ilyen egyenlőtlenségi dimenzió a korai ellátásba kerülés ideje. Általában az iskolázottabb szülők gyermekei korábban kerülnek az ellátásba, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűeké, holott az iskolázatlanabb anyák körében magasabb a halmozottan sérült gyermekek aránya.

A sérültség jellegét tekintve a gyermekek majdnem egyötöde halmozottan sérült, 15 százalék értelmi fogyatékos, illetve mozgássérült. Magas még a mozgásfejlődésben elmaradtak aránya, 17 százalék, valamint a beszédfejlődésben elmaradtak aránya, 10%. Jóval kisebb arányt képviselnek a látás-, vagy hallássérült gyermekek.

Nemcsak a korai fejlesztésben nehéz kiigazodni, de az onnan kivezető út sem mindig egyértelmű. **A korai fejlesztés 5 éves korig tart, de több intézményvezető megfogalmazta, hogy szükséges lenne, hogy ez a lehetőség tovább kitolódjon.**

Az egy védőnőre jutó ellátott gyerekek számát tekintve Észak-Magyarország és Közép-Dunántúl álltak az első helyen (246,46-es, valamint 247,71-es átlag). Az észak-magyarországi régióban a védőnők szerint a fogyatékoságnak elsősorban a gyermekek elhanyagolása az oka. A szülői tudatosság területileg változó képet mutat. Míg Közép-Magyarországon az esetek 60 százalékában a védőnő jelzett, 36 százalékban a szülők is észlelték a bajt, addig Észak-Magyarországon az esetek 45 százalékát detektálta a védőnő, a szülőknek pedig csak 17 százaléka észlelte a gondot. Közép-Magyarországon a gyermekek 90 százalékát látta el szakorvos, addig az észak-magyarországi régióban csak a 75 százalékát.¹⁵

A védőnők a legnagyobb problémát az anyagi és közlekedési nehézségekben látták, ugyanakkor Észak-Magyarországon a szülői gondatlanságot az országos aránynál nagyobb problémának ítélték meg. Az adatok viszontarra is rámutattak, hogy a szülők alulinformáltsága abból is ered, hogy bizonyos régiókban a várandósokat ritkábban látogatják.

A szociális hátrányok egészségi hátrányokká változhatnak. Míg az egészségileg veszélyeztetett gyermekek arányának megítélésében a védőnők közt nincsenek regionális különbségek, addig a szociálisan veszélyeztetettek arányát jellegzetesen a romák által

¹⁴ A magyarországi korai intervenció rendszer vizsgálata, 2008, Tárki-Tudok

¹⁵ Kereki Judit–Lannert Judit: A magyarországi korai intervenció rendszer működése, 2008, Tárki-Tudok

sűrűbben lakott régiókban érzékelik. Jóval nagyobb arányban tételezik a szociálisan veszélyeztetetteket, mint a szociálisan és egészségileg veszélyeztetett gyermekek számát. Ez arra is utalhat, hogy alábecslik a szociális hátrány egészségi hátránnyá változásának mértékét.

Stratégiai elképzelések

Magyarországon e problémák orvoslására is fogadták el a gyerekszegénység elleni stratégiát (Legyen Jobb a Gyermekeknek) 2007-ben¹⁶, majd a felzárkóztatási stratégiát (Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia) 2010-ben.¹⁷ Ugyanakkor az intézményrendszerben végbement változások nem segítik a stratégiák célkitűzéseit. Az SNI (speciális nevelési igényű) gyermekek ellátása 2015-re jóval bizonytalanabbá vált, az erre szolgáló intézményrendszer szétesett.

A Közös kincsünk a gyermek program¹⁸ két területet jelöl meg, ahol az ellátásban a legnagyobbak a problémák, a gyermek-rehabilitáció és a gyermekpszichiátria területén, miközben gyermekkorházi ágyból a szükségleteknél több van. A korai fejlesztő központok kapacitását sem látják megfelelőnek.

Legfrissebb szakértői vélemények szerint a legújabb TÁMOP fejlesztés hatására „a gyermekek fejlődésének korai követésével, a szűrésre szolgáló objektívebb módszer bevezetésével várhatóan az eddiginél több problémás gyermek igényli majd az ellátó rendszer, konkrétan a diagnosztikai és fejlesztési feladatokat ellátó korai fejlesztők és a közoktatási rendszer keretében működő gyógypedagógiai hálózat tevékenységét. A diagnózis és fejlesztést végző rendszer azonban nagyon komoly kapacitás hiánnyal küzd, és ez a hiány jövőben előreláthatólag még sokkal inkább látható lesz, és ez komoly feszültségekkel járhat...Ezen felül a látás és hallás szűrésére vonatkozó módszertani irányelvek által előírt gyakorlatnak nincs meg minden esetben a feltételrendszere és nem megoldott a látás és a halláskorrigálás nyomon követése sem”.¹⁹

Területi egyenlőtlenségek a demográfiai adatok és kisgyermekkorai nevelés terén

Magyarországon a gyerekszegénység terén az utóbbi években romlás volt tapasztalható, ráadásul területileg erősen koncentráltan jelentkezik.²⁰ Az ország 33 leghátrányosabb kistérségeiben közel egymillió ember él. A Sure Start mintájára indított Biztos Kezdet program is ezeket a területeket célozta meg.

¹⁶ <http://misc.meh.hu/letoltheto/LegyenJobbAGyerekeknek.pdf>

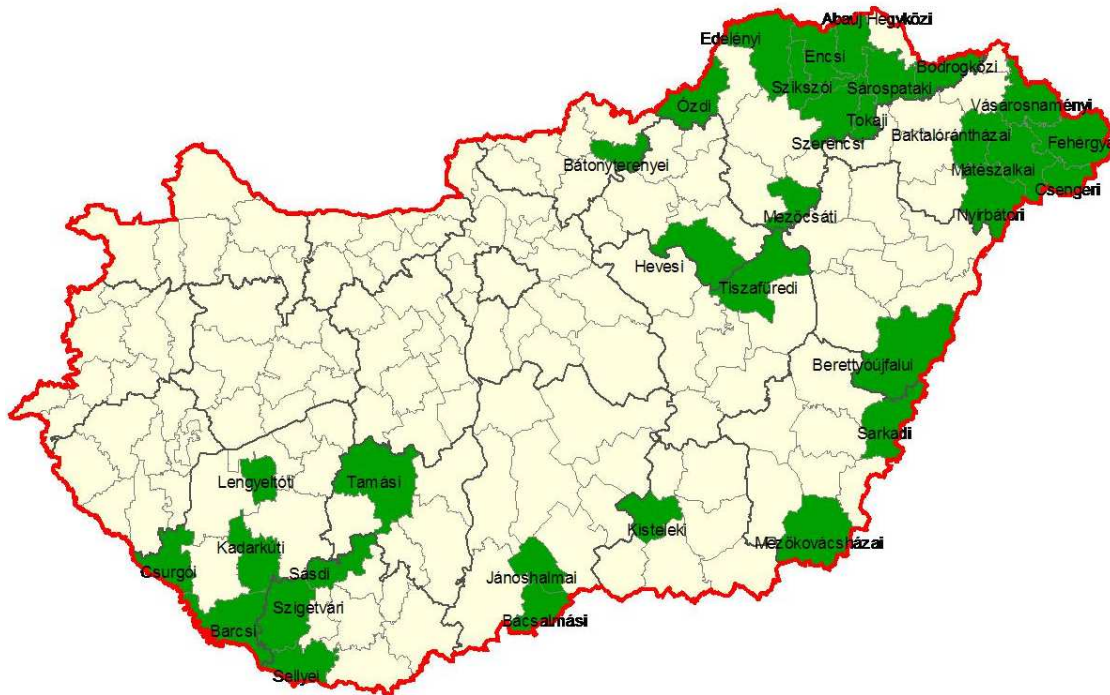
¹⁷ http://www.kormany.hu/download/1/9c/20000/Magyar%20NTFS%20II%20_2%20mell%20_NTFS%20II.pdf

¹⁸ <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/kozos-kincsunk-gyermek>

¹⁹ Összefoglaló „A korai iskolaelhagyás csökkentésére szolgáló lehetőségek az egészségügyi ellátórendszeren belül, különös tekintettel a köznevelési és egészségügyi szektor együttműködésére” OGYEI, 2014 február 11.

²⁰ Civil jelentés a gyermekesélyekről. 2012-2013. GYERE szerk: Ferge Zsuzsa és Darvas Ágnes

10. ábra
A 33 LHH térség



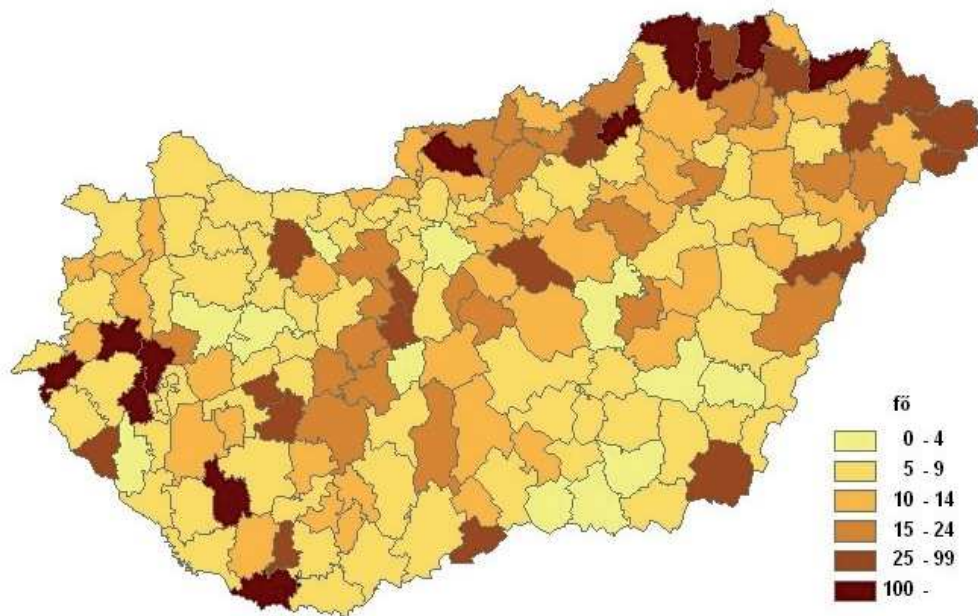
Forrás: <http://palyazat.gov.hu/lhh>

Habár Magyarországon a védőnői hálózat magas színvonalon kiépített, mégis a hátrányos helyzetű térségekben a védőnőkre jutó terhek jóval magasabbak, mint a többi térségben. Bölcsődei helyeket illetően egyszerre van jelen a területi egyenetlenség és a kapacitáshiány. A bölcsődék zömében 100 százalékos kihasználtság felett működnek, mivel viszonylag kevés van belőlük. Az óvodák terén az ellátottság magas szintű, de területileg itt is felfedezhetők az egyenetlenségek. Az észak-magyarországi régióban később kerülnek az óvodákba és itt a legkisebb az óvodába legalább három évet járók aránya. A gyermekorvos ezeken a helyeken ritkaságszámba megy, az alacsonyabb népességszámú településeken összevont körzeti ellátás van, ami azt jelenti, hogy a védőnő és orvos a hét egy-két napján elérhető csak.

A legkevesebb bölcsődei férőhellyel az ország északkeleti része bír. Ebben a régióban egymás melletti kistérségekben sincs elegendő napközbeni ellátást biztosító férőhely, így a szomszédos – megközelíthető – térség sem pótolja az esetleges hiányt. Ha nem is ilyen egybefüggően, de az ország dunántúli részében is vannak férőhelyhiánnyal küzdő kistérségek (lásd 11. ábra).

11. ábra

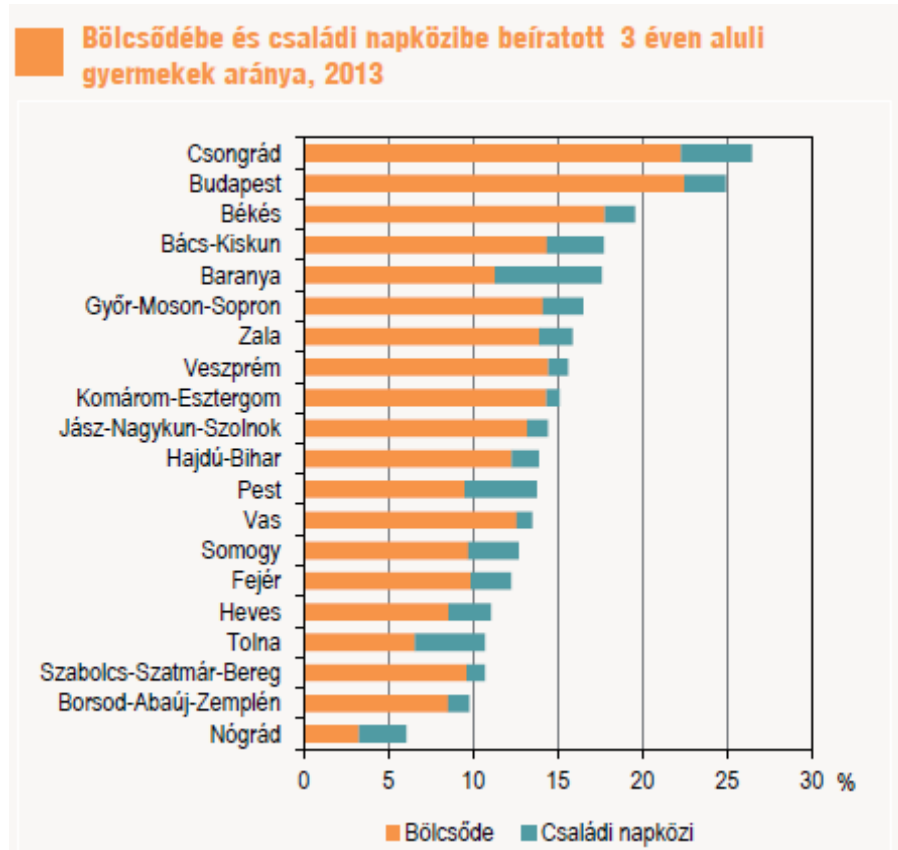
A napközbeni ellátást biztosító intézmények egy működő férőhelyére jutó, az adott kistérségben élő 0-2 éves gyermekek száma, 2011



Forrás: Kisgyermek napközbeni ellátása, KSH, 2012

2013-ben a korosztály 13,7 százaléka kapott bölcsődei ellátást. Ott a legnagyobb a részvételi arány, ahol van rendelkezésre megfelelő számú férőhely. Észak-Magyarországon feltűnően alacsony a kínálat ezen a téren (lásd 12. ábra).

12. ábra



Forrás: Statisztikai tükör, 2014/82, KSH

5. A korai fejlesztésbe kerülés esélyei a hátrányos helyzetű kistérségekben egy empirikus adatfelvétel alapján

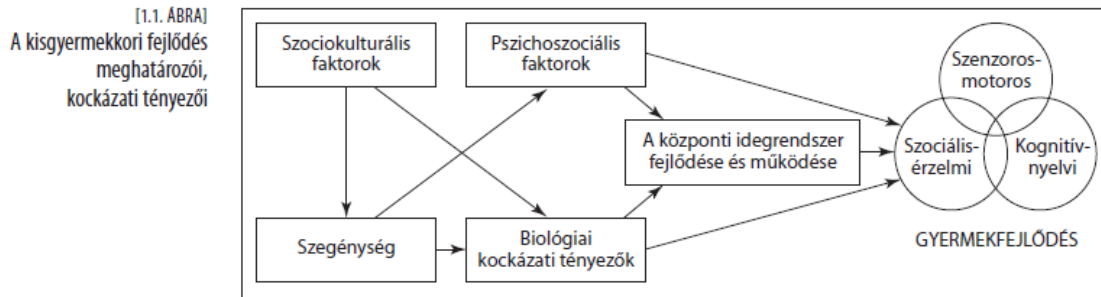
A következőkben egy a hátrányos helyzetű kistérségekben 12ezer gyermeket és családjukat felmérő 2013-as MTA kutatás alapján azt vizsgáljuk, hogy milyen faktorok állhatnak a gyermekek sérültsége és fejlesztésbe kerülése mögött. Az elemzési keretet a szakirodalom által meghatározott kisgyermekkorai fejlődést meghatározó kockázati tényezők jelentik (lásd 13. ábra). Így egyaránt vizsgáljuk a biológiai kockázati tényezőket (születési kis súly), a szegénységet (depriváció), a pszichoszociális faktorokat (családi együttékezés, meseolvasás), a szociokulturális faktorokat (szülők iskolázottsága, nemzetiség) valamint a kistérségi infrastrukturális ellátottságot (védőnőre jutó gyerekszám, orvos, mentő, bölcsőde megléte, illetve a koragyermekkorai intézményekben töltött idő).

A magyarázandó változóink a gyermekkorai sérültség megléte és jellege, valamint a fejlesztésbe kerülés ideje. Az adatokat csak korlátozott értelmező erővel rendelkeznek. A legnagyobb hiányosság, hogy a fejlesztésről nem tudunk semmit azon túl, hogy mikor kezdtek el. Így nem derül ki ennek jellege, gyakorisága, hogy állami vagy magánszolgáltatásként vették igénybe és hogy kellett-e és milyen messze utazni érte. Ugyanígy hiányzik az adatbázisból, érthető módon, miután egy keresztmetszeti felvételtől van szó, a fejlesztés eredményességére vonatkozó információ. Így nem tudjuk megítélni, hogy az adott

szolgáltatás mennyire volt sikeres. Ugyanakkor mindezen korlátok mellett is úgy gondoljuk érvényes és releváns információkat tudunk kinyerni.

13. ábra

A kisgyermekkorai fejlődés meghatározói, kockázati tényezői



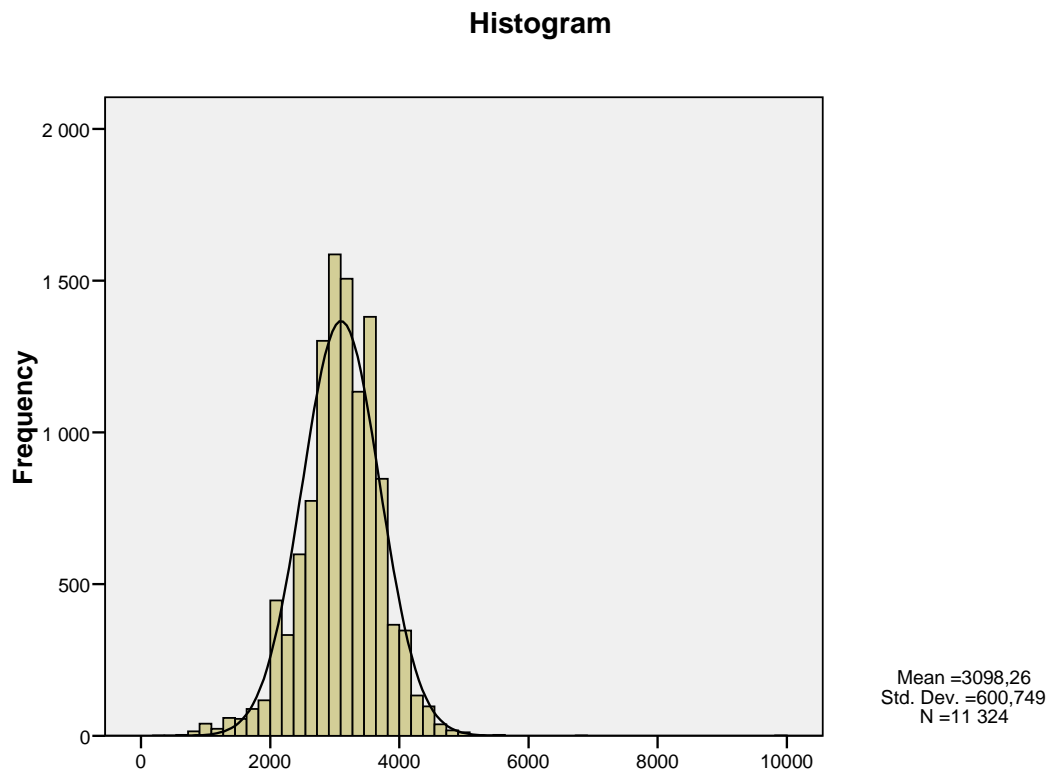
Forrás: Herczog Mária (2008): A kora gyermekkorai fejlődés elősegítése. In: Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért, 2008. Fazekas Károly–Köllő János–Varga Júlia (szerk), Budapest, Ecostat

Születési súly

Az adatfelvétel elsősorban a gyermekek koragyermekkorai ellátására és iskoláztatására irányult, ahol a család anyagi helyzetére is rákérdeztek, Jelen tanulmány középpontjában az a kérdés áll, hogy vajon a koragyermekkorai fizikai és fejlődési problémák és kezelésük mögött milyen mintázatot találhatunk. Mennyire befolyásolja a probléma kialakulását, felismerését és kezelését az, hogy hova született egy gyermek, milyen a családja anyagi, kulturális és társadalmi tőkéje, milyen az adott település infrastrukturális ellátottsága.

A 12609 gyermek életkori megoszlása egyenletes, fele 10 éves kor alatti, másik fele pedig 10-18 éves, A születési súly normális eloszlást mutat, az átlag 3098,26 gramm, a modulusz, vagyis leggyakoribb érték a 3500 gramm, a szórás 600 gramm. Az átlagos születési súly jóval alacsonyabb az országos átlagnál (3241 gramm, 2013), sőt az 1970-es országos átlagnál is!

14. ábra
A születési súly eloszlása a mintában



Térségenként szignifikánsan eltérnek a születési súlyok és azok szórása, A legmagasabb átlagsúllyal a kisteleki, szigetvári és jánoshalmi térségben születtek a gyerekek, míg az encsi, vásárosnaményi és a hevesi térségben a legkisebb az átlagsúly. Amennyiben a szórást is figyelembe vesszük, úgy találunk olyan térségeket, ahol kicsi a születési súly és kicsi a szórás is, tehát általában jellemzőbb a populációra az alacsony súly, mint az encsi, mátészalkai vagy berettyóújfalui kistérség. Ugyanakkor van olyan térség, ahol bár magasabb az átlagos születési súly, de nagyobb is a szórás, tehát nagyobb az egyenetlenség, mint bátonyterenyei, sásdi vagy szigetvári térségben (lásd 2. táblázat).

2. táblázat

Az átlagos születéskori súly kistérségenként

Kistérség	Átlag	N	Std, Deviation
Kisteleki	3285,07	200	502,8103
Szigetvári	3216,72	378	614,6522
Jánoshalmi	3208,51	375	586,5337
Baktalórántházi	3182,51	668	580,2719
Sarkadi	3157,90	481	572,8775
Szerencsi	3153,71	469	534,6399
Sásdi	3136,49	422	742,3882
Kadarkúti	3132,77	397	587,8901
Bátonyterenyei	3126,89	324	639,0294
Mezőcsáti	3111,21	433	586,3174
Ózdi	3101,47	559	642,7269
Nyírbátori	3098,86	649	585,3711
Szikszoói	3095,62	469	609,8175
Berettyóújfalui	3084,72	432	569,1329
Bodrogközi	3071,93	566	601,3302
Edelényi	3062,10	685	582,5581
Fehérgyarmati	3061,06	569	580,4788
Abaúj-Hegyközi	3057,73	611	613,6437
Csengeri	3047,22	564	587,6714
Mátészalkai	3042,69	380	573,7886
Encsi	3035,67	678	572,4956
Vásárosnaményi	3025,34	562	595,161
Hevesi	2976,08	453	651,6553
Összesen	3098,26	11324	600,7491

Feltett kérdés: Mennyi volt a gyermek súlya, amikor megszületett?

A nagyon kis súllyal született gyermekek aránya kifejezetten magas a kisteleki, sásdi, szikszoói és edelényi kistérségekben, a kis súllyal születettek aránya pedig az ózdi, hevesi és mátészalkai kistérségben magas (lásd 3. táblázat).

3. táblázat

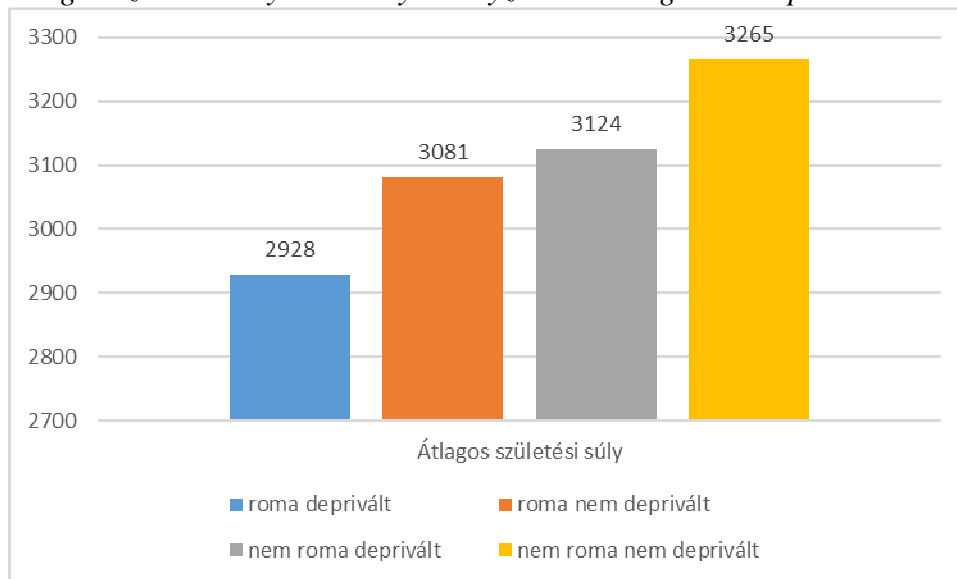
A nagyon kis, kis súllyal és normál súllyal született csecsemők aránya a kistérségekben (%)

	1500 gramm alatt	1501-2500 gramm	2500 gramm felett
Sarkadi	4,2	10,5	85,3
Jánoshalmi	4,1	11,1	84,8
Baktalórántházai	4,7	10,5	84,8
Nyírbátori	4,8	10,7	84,5
Szigetvári	6,5	9,8	83,6
Mezőcsáti	5,5	11,2	83,3
Bodrogközi	4,2	13,0	82,8
Kisteleki	10,0	7,3	82,7
Ózdi	3,8	15,0	81,1
Szerencsi	8,2	11,4	80,4
Encsi	5,0	14,7	80,3
Csengeri	5,8	13,9	80,3
Fehérgyarmati	5,1	14,7	80,2
Kadarkúti	7,7	12,2	80,0
Bátonyterenyei	8,9	11,5	79,6
Berettyóújfalui	6,3	15,3	78,4
Vásárosnaményi	7,0	15,3	77,7
Abaúj-Hegyközi	5,8	17,3	76,9
Sásdi	11,0	12,7	76,3
Szikszerényi	10,0	14,1	75,9
Hevesi	7,4	16,9	75,6
Mátészalkai	8,3	16,3	75,5
Edelényi	11,5	15,2	73,3
Átlagosan	6,6	13,3	80,0

A roma kisgyermek akár deprivált, akár nem deprivált környezetben születnek, mindig kisebb súlyúak, mint a nem romák (lásd 15. ábra)

15. ábra

Átlagos születési súly a hátrányos helyzetű kistérségekben depriváció és kisebbség szerint



$p \leq 0,000$

Felmerülhet az a szempont, hogy az ellátórendszer fejlődésével az idősebb gyermekek esetében rosszabb adatokat találunk, de nem találtunk semmilyen összefüggést az adott gyermek életkora és születési súlya között. Vagyis nem csökkent a kis súllyal születettek aránya.

A születési súly szignifikánsan összefügg a háztartásban lévő felnőttek iskolázottságával és a család deprivált helyzetével. A mintában súlyosan deprivált családból jövő gyermekek aránya igen magas, 44%, itt az átlagos születési súly 2964,54 gramm, míg a nem depriváltak esetében ez 3202,11 gramm.²¹

A gyermekek 68 százaléka olyan családban él, ahol a felnőttek alacsony iskolázottságúak²². Mindössze 19 százalékuknál találni magasan iskolázott felnőttet a családban. A családok iskolázottsága és a születési súly közötti összefüggés kistérségenként is jellemző. A legmagasabb átlagos születési súllyal rendelkező kistérségben találjuk a mintában a legiskolázottabb felnőtteket is (kisteleki, szigetvári, jánoshalmi), míg a skála másik oldalán találjuk a hevesi vagy encsi kistérséget.

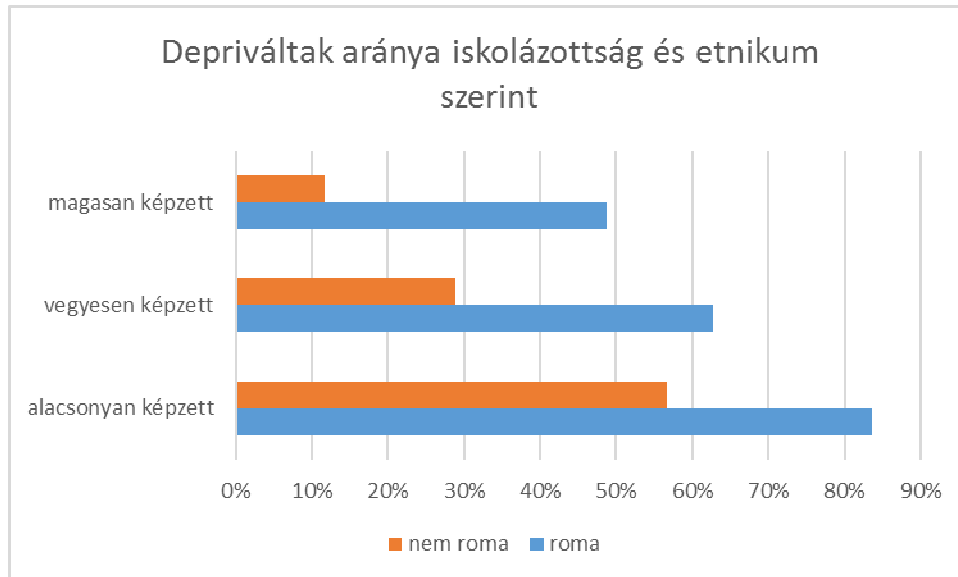
A gyermekek 45 százaléka olyan családban él, ahol van roma felnőtt. Az alacsonyan képzett háztartások 61 százalékában, a vegyesen képzetteknek már csak 16 százalékában, az iskolázott családoknak pedig már csak 5 százalékában van roma felnőtt.

A depriváltak aránya az iskolázottság szintjének emelkedésével csökken, de a roma és nem roma csoport közötti távolság nem csökken (lásd 16. ábra).

²¹ A deprivált illetve súlyosan deprivált dummy változókat az adatbázis tartalmazta, azokat az MTA munkatársai hozták létre.

²² A szülők iskolázottságára vonatkozóan nem voltak adatok, azokat a háztartásban élő két felnőtt iskolázottságából hoztuk létre. Alacsony iskolázottságúnak tekintettük, ha a két felnőttnek egyiknek sincs szakiskolai végzettségénél magasabb végzettsége, magas iskolázottságúnak azt, ahol mindkét szülőnek felsőfokú végzettsége van. A vegyes kategóriába azok kerültek azok, akik e két kategóriába nem illettek bele.

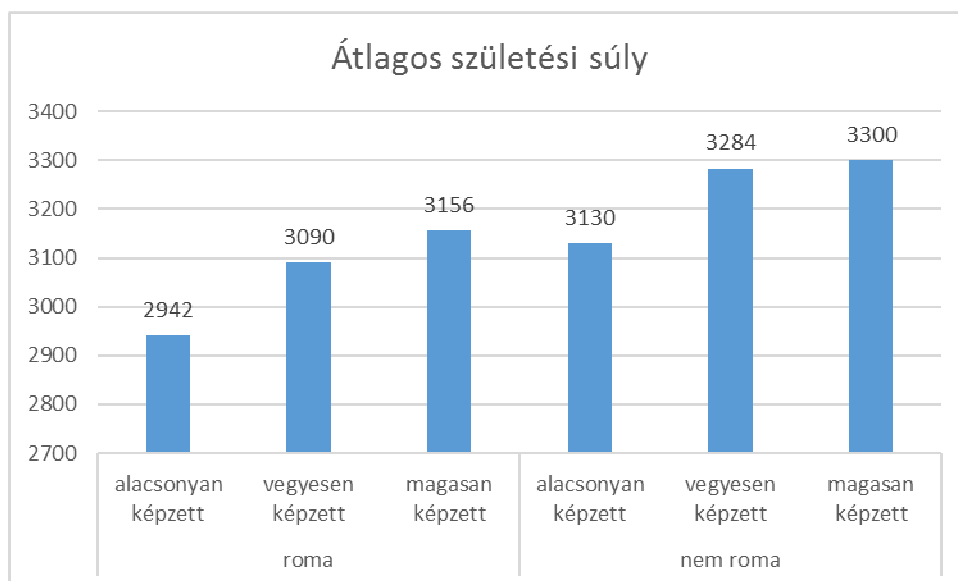
16. ábra



Mind a romák és nem romák esetén a szülők iskolázottságával nő az átlagos születési súly, de az iskolázott roma családok gyermekeinek a születési súlya alig magasabb, mint a nem roma alacsonyán képzett családok gyermekeinek (lásd 17. ábra).

17. ábra

A születési súly a család néhány tulajdonságának függvényében (gramm)



$p \leq 0,000$

Koraellátórendszerbe járás

A minta 6 százaléka járt bölcsődébe, függetlenül az életkorától, vagyis bármelyik korcsoportban ugyanez az arány adódott, ami arra utal, hogy ezen a területen az elmúlt időszakban nem tapasztalható bővülés. Ugyanakkor a bölcsődébe járás kezdete korábbra tolódott az évek során, az ötéves alatti korcsoportban két éves kor előtt már bölcsődébe járnak

átlagosan, míg a tizenévesek csoportjában a bölcsőde kezdés ideje 2,2 év. A Biztos Kezdet házak még igen alacsony arányát érik csak el a népességnek (4%) és jellemzően 1-3 hónapot töltöttek el ott jellemzően naponta vagy hetente többször. Kistérségenként szignifikánsan eltérő arányokat kapunk a koragyermekkorai intézményrendszerbe járó gyermekek arányát tekintve. Az országos arányokat messze meghaladja a berettyóújfalui, kadarkúti, sarkadi vagy vásárosnaményi kistérség, viszont jóval elmarad tőle az edelényi, encsi és hevesi és mezőcsáti kistérség. Mindegyik kistérségben jóval az országos átlag (13,7%, 2013) alatti a bölcsődések aránya, különösen drámaian alacsony arányt kapunk a sásdi, edelényi, baktalórántházai, szikszói és bodroghközi kistérségben. A bölcsődei látogatottság jobban közelíti az országos arányt az encsi, sarkadi és szerencsi kistérségben. Az óvodába három éves kortól járók 75%-os aránya is elmarad az országostól, az ország fejlettebb régióiban ez az arány 80 százalék feletti.²³ Az óvodáztatás terén az országos arányokat közelíti a berettyóújfalui, fehérgyarmati, sarkadi és vásárosnaményi kistérség (lásd 4. táblázat)

4. táblázat

A bölcsődébe, BK házba és három éves kortól óvodába járók aránya kistérségenként (%)

	Bölcsőde	BK ház	Óvoda három éves korától
Ózdi	7,61	1,87	69,13
Abaúj-Hegyközi	6,18	6,93	71,81
Bátonyterenyei	6,59	1,37	77,96
Baktalórántházi	2,43	1,83	70,75
Berettyóújfalui	4,35	0,00	87,68
Bodroghközi	2,66	8,38	67,98
Csengeri	8,31	7,48	80,52
Edelényi	2,82	0,64	59,51
Encsi	9,08	5,82	66,88
Fehérgyarmati	7,65	5,41	84,08
Hevesi	6,37	2,56	57,39
Jánoshalmi	7,88	2,68	81,94
Kadarkúti	8,39	3,23	82,27
Kisteleki	8,64	2,76	77,04
Mátészalkai	6,19	6,06	80,47
Mezőcsáti	5,79	7,14	67,65
Nyírbátori	4,72	2,62	71,39
Sásdi	1,75	4,66	76,82
Sarkadi	10,55	5,50	87,44
Szerencsi	9,20	2,74	71,69
Szigetvári	8,44	7,73	73,71
Szikszói	3,35	4,44	79,73
Vásárosnaményi	6,15	0,74	86,63
Átlag	6,12	4,01	74,61

²³ A három éves kortól kötelező óvodáztatás az adatfelvétel idején még nem lépett életbe. A nemzetközi statisztikák szerint is Magyarországon a háromévesek óvodáztatása 75%, de négy éves kortól már 93 százalékos az óvodáztatási arány. (Education at a Glance, 2014, OECD, Paris).

Az óvodáztatást illetően igaz, hogy a roma gyerekek később mennek óvodába és az iskolázottabb szülők korábban viszik a gyerekeket az óvodába, ugyanakkor érdekes módon az iskolázott roma családokra jellemző leginkább, hogy a gyermekek a leghosszabb időt töltik az óvodában (lásd 5. táblázat), vagyis bár az iskolázott nem roma családok korábban viszik a gyerekeket óvodába, de korábban viszik iskolába is, ellentétben az iskolázottabb roma családoknál.

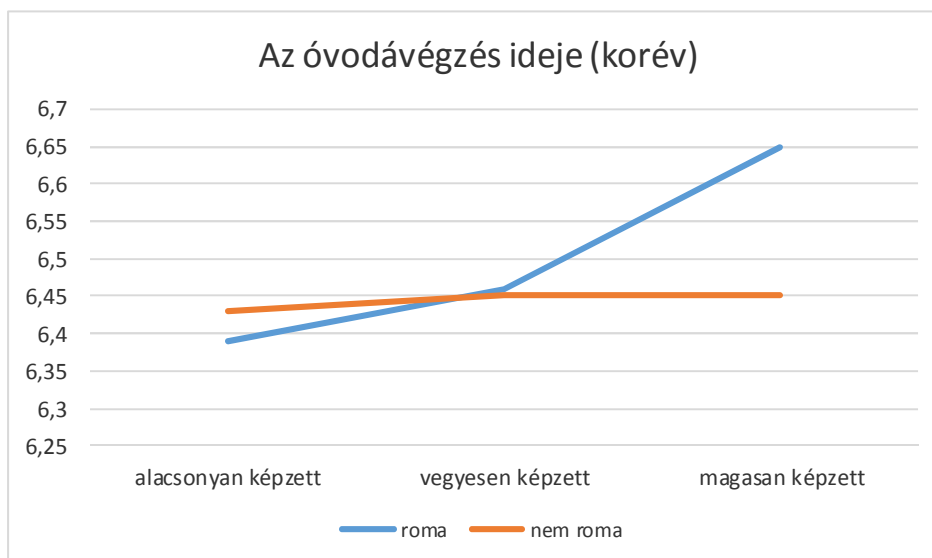
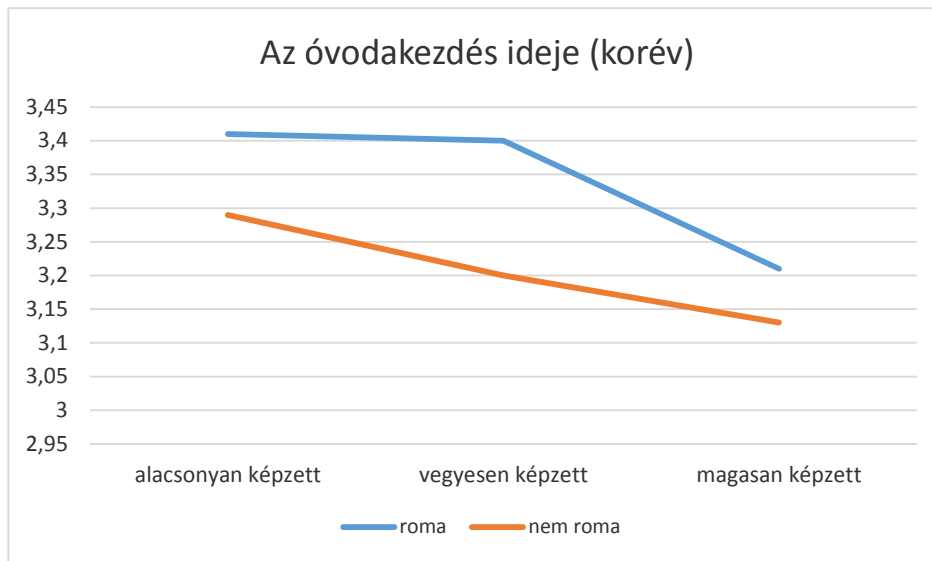
5. táblázat

Az óvodáztatás hossza a családban élő felnőttek etnikuma és iskolázottság szerint (%)

Etnikum	Háztartásban élő felnőttek Iskolázottsága	Hány éves korától jár(t) a gyermek óvodába?	Hány éves koráig járt a gyermek óvodába?	Óvodában töltött évek száma
Roma	Alacsony	3,41	6,39	2,93
	Vegyes	3,40	6,46	3,02
	Magas	3,21	6,65	3,47
	Összesen	3,40	6,40	2,94
Nem roma	Alacsony	3,29	6,43	3,12
	Vegyes	3,20	6,45	3,22
	Magas	3,13	6,45	3,29
	Összes	3,23	6,44	3,18

A gyermek óvodáztatását illetően tehát a roma családoknál az iskolázottságnak erőteljesebb hatása van, mint a nem roma családok esetén.

18-19. ábrák



Támogató családi háttér

A szakirodalom is kiemeli, hogy mennyire fontos a kisgyermek fejlődésében a támogató családi háttér. A kérdőívben néhány kérdéssel közvetve információt nyerhetünk erről is. A családok 88 százaléka étkezik együtt a gyerekekkel, a 10 évesnél fiatalabb gyermekeiknek 73 százaléka olvas esti mesét. 76 százaléka válaszolta, hogy a gyermeknek van életkorának megfelelő könyve. Három alatt 18 százaléknak, 4-9 könyve 24,4 százaléknak, 10-19 könyve 23 százaléknak és 20-nál több könyve 32,5 százaléknak. A roma szülők kevesebbet olvasnak a gyerekeiknek, mint a nem roma szülők, de ha az iskolázottsággal kontrollálunk, akkor ez a különbség megszűnik. Ellentétben az étkezéssel, ahol az iskolázottsággal kontrollálva is igaz, hogy az alacsonyán képzettek közt a roma szülők gyakrabban étkeznek együtt a gyermekeikkel, mint a nem roma szülők. Kontrollálva a gyermek koragyermekkorai intézménybe járásával is fennmarad ez a különbség.

Sérülés

A kérdőívben rákérdeztek a gyermek egészségi állapotára. Leggyakoribb az asztma és allergia, ezek a problémák a gyermekek egynegyedét-harmadát érintik (lásd 6. táblázat). Viszonylag gyakori a mozgásszervi rendellenesség és a látásprobléma, de ez utóbbi esetében ennek zömét az egyszerű, szemüveggel korrigálható látáscsökkenés teszi ki. Érdekes módon a viszonylag jól detektálható hallásprobléma vagy testsúlyproblémák a legritkébbak, két százalék alatti értékkel. A szemüveggel korrigálható látásproblémát a továbbiakban nem vettük be a sérültségek közé. E nélkül a gyermekek 17 százaléka szorul fejlesztésre és a kör mintegy 4 százaléka tekinthető halmozottan sérültnek.

6. táblázat

A mintában szereplő egészségügyi problémával küzdő gyermekek megoszlása a probléma jellege szerint (%)

	Problémák
Allergia	31,0
Asztma	26,8
Mozgásszervi rendellenesség	13,2
Látásprobléma	11,1
Keringési betegség	7,3
Tartós idegrendszeri betegség	5,8
Egyéb légzőszervi betegség	5,4
Emésztőrendszeri betegség	4,5
Depresszió	3,9
Hallásprobléma	1,9
Kóros soványság	1,2
Kóros kövérség	1,1
N	2180

A különböző egészségi probléma kistérségenként nagyon eltérő arányban jelentkezik. Hallási problémák a hevesi kistérségben, látási problémák a baktalórántházai, mozgásszervi a nyírbátori, légzőszervi a fehérgyarmati és mátészalkai, asztma az ózdi és mezőcsáti, tartós idegrendszeri a bátonyterenyi kistérségben fordul elő kiugró mértékben (lásd 7. és 8. táblázat).

7. táblázat

A különböző problémacsoportok előfordulása kistérségenként (%), N=12569

	Érzék- és mozgásszervi	Belgyógyászati, légzőszervi	Idegrendszeri
Sarkadi	16,41	14,29	2,12
Nyírbátori	18,00	9,20	2,00
Baktalórántházai	20,55	11,03	1,66
Mezőcsáti	13,93	12,09	2,05
Berettyóújfalui	14,40	9,05	2,47
Jánoshalmi	19,04	6,75	1,93
Bodrogközi	17,88	7,95	1,82
Kisteleki	14,55	10,00	1,82
Hevesi	19,28	7,20	1,69
Kadarkúti	17,23	11,91	1,28
Bátonyterenyei	9,97	10,51	3,23
Encsi	14,27	10,80	1,80
Abaúj-Hegyközi	16,64	7,05	1,35
Ózdi	12,19	13,69	1,17
Szerencsi	14,29	9,14	1,14
Szigetvári	11,60	19,26	0,99
Csengeri	11,95	6,45	1,89
Mátészalkai	13,18	7,05	1,59
Vásárosnaményi	14,60	6,36	1,30
Fehérgyarmati	14,38	8,40	1,13
Sásdi	17,42	6,67	1,08
Edelényi	12,20	8,64	1,27
Szikszerűi	9,72	4,59	1,47
	15,04	9,33	1,63

8. táblázat

	Hallás- probléma	Látás- probléma	Mozgásszer- vi probléma	Keringési	Tartós idegrendszeri	Emésztő- rendszeri	Asztma	Egyéb légzőszervi	Allergia	Depresz- zió	Kóros soványtság	Kóros kövérség
Fehérgyarmati	1,62	10,60	23,19	10,29	4,41	4,48	26,47	17,65	52,17	5,88	5,97	1,49
Abaúj-Hegyközi	3,46	10,64	26,76	16,90	8,57	1,45	35,06	2,90	39,44	2,90	4,29	0,00
Berettyóújfalui	2,28	9,90	10,77	15,15	10,61	4,69	34,78	12,90	35,21	9,09	0,00	3,13
Szigetvári	2,47	6,93	10,20	2,04	4,08	7,22	62,24	2,04	45,36	1,02	0,00	2,04
Bodrogközi	2,17	12,19	22,37	18,67	9,09	2,67	20,78	8,11	40,26	4,00	2,67	2,63
Edelényi	1,02	7,39	21,10	13,46	1,92	11,43	40,00	4,76	31,43	6,67	1,90	2,88
Bátonyterenyei	1,37	6,87	7,27	5,45	12,50	9,09	26,79	10,91	43,10	15,25	0,00	3,64
Nyírbátori	1,20	13,62	28,04	4,76	7,62	3,85	24,30	6,73	43,52	7,55	0,00	0,96
Kisteleki	1,82	11,36	16,13	9,68	9,68	12,90	27,27	3,33	45,45	3,23	0,00	0,00
Mátészalkai	1,59	11,16	10,42	6,25	14,58	4,17	19,15	12,50	52,08	4,17	4,17	0,00
Mezőcsáti	2,27	10,74	10,39	5,06	7,69	2,60	50,00	7,69	35,00	1,30	3,90	2,60
Csengeri	2,04	9,59	20,31	6,56	11,29	11,67	27,69	6,56	32,79	3,23	5,00	1,69
Sarkadi	1,36	11,74	16,49	8,33	8,42	10,42	35,24	3,13	35,92	3,13	0,00	1,05
Szerencsi	1,34	9,83	21,74	13,43	5,97	2,94	31,08	1,52	41,89	2,99	0,00	1,52
Encsi	2,24	9,37	15,25	12,61	8,47	6,78	40,00	8,33	26,27	3,39	0,00	0,85
Baktalórántházai	1,93	17,22	14,17	7,14	6,40	4,80	21,54	9,52	45,86	3,15	1,60	0,00
Ózdi	0,67	8,43	10,62	8,93	5,31	1,79	49,11	7,96	30,97	1,79	1,79	1,79
Sziksói	0,74	7,58	18,18	11,36	6,82	4,55	20,45	0,00	43,48	11,36	0,00	0,00
Kadarkúti	2,99	13,86	7,69	2,56	5,13	5,13	32,05	5,13	43,59	3,85	0,00	0,00
Vásárosnaményi	1,45	12,23	16,67	0,00	6,94	4,17	22,22	8,45	38,89	5,56	1,39	0,00
Jánoshalmi	0,97	16,99	16,67	3,77	9,43	5,56	24,07	1,89	29,09	5,66	3,77	0,00
Sásdi	2,37	12,69	13,64	7,58	3,03	1,52	19,40	6,06	22,73	4,55	0,00	3,03
Hevesi	5,08	12,50	1,48	2,54	0,64	0,85	4,03	0,42	4,03	1,27	0,00	0,00
Átlag	1,90	11,05	13,17	7,29	5,77	4,50	26,76	5,42	30,98	3,92	1,21	0,00

A sérültség, az életkor és születési súly között szignifikáns az összefüggés. Minél kisebb súllyal született egy gyermek, annál nagyobb eséllyel lesz valamilyen területen érzékelhető elmaradása, míg az életkor növekedése is növeli a sérülés felfedezésének esélyét. Míg az 1500 gramm felett születettek közt a sérülés aránya 25%, addig az 1500 gramm alatt születettek körében ez majdnem 40 százalék. Az életkor esetén pedig az öt éveseknél fiatalabbaknál még csak 14%, az 5-9 éveseknél már 24%, a 9 éves kor felettiak körében pedig már 30-33 százalék a sérültség aránya. Ezek az adatok egyrészt azt jelzik, hogy az 1500 gramm születési súly egy komoly választóvív. A korral egyre inkább kiütöző fogyatékoság, rendellenesség részben érthető, hiszen sok probléma csak idővel derül ki, de utalhat az ellátórendszer késlekedő viselkedésre, ahol nem fedezik fel időben a problémát.

A betegségeket illetően a család felnőtt tagjainak iskolázottsága függvényében térnek el a mintázatok. Az iskolázatlan szülők gyermekeire jellemzőbb a hallásprobléma, keringési és tartós idegrendszeri (epilepszia, depresszió vagy kóros kövérség) betegség. A vegyes iskolázottságú családoknál az emésztőrendszeri (fekély, reflux) probléma, kóros soványság és asztma. Az iskolázottak családjában pedig a látásprobléma és allergia a jellemző. Mintha a szülők iskolázottságának függvényében alakulna a betegség típusa: az iskolázottak körében a tipikusan civilizációs betegségek, a közepesen iskolázottak körében a stressz okozta betegségek, míg az iskolázatlan szülők gyerekeinél találjuk leginkább a tartós, súlyosabb betegségeket (lásd 9. táblázat).

9. táblázat

Egészségügyi problémák aránya a család felnőtt tagjainak iskolázottsága függvényében

	Alacsonyan iskolázott	Vegyes	Magas	Összesen
Hallásprobléma	2,27	1,10	1,01	1,89
Látásprobléma	9,64	14,22	14,10	14,10
Mozgásszervi probléma	13,45	12,67	12,37	13,15
Keringési	9,08	4,09	3,19	7,27
Tartós idegrendszeri	6,25	5,68	3,53	5,77
Emésztőrendszeri	4,01	6,56	3,89	4,52
Asztma	25,16	32,09	27,53	26,92
Egyéb légzőszervi	4,99	7,08	4,98	5,42
Allergia	26,40	36,26	45,86	31,06
Depresszió	4,75	2,96	1,42	3,94
Kóros soványság	1,22	2,05	0,00	1,23
Kóros kövérség	1,22	0,91	0,71	1,09

Nemek szerint érdekes módon a lányoknál inkább érzék és mozgásszervi panaszok, a fiúknál inkább a belgyógyászati, légúti sérülések a jellemzőbbek, míg az idegrendszeri jellegű betegségek előfordulása esetén nincs ilyen különbség. Ugyanakkor figyelemreméltó, hogy az első két betegségcsoport esetén a fiúk nagyobb eséllyel kerültek korai fejlesztésbe, mint a lányok. Korcsoport szerint viszont árnyaltabb a kép. A 9 éveseknél fiatalabbak esetén a lányok kisebb eséllyel kerülnek fejlesztésre, az idősebb korosztályban viszont fordított a helyzet. Összességében igaz, hogy a fiúk korábban kerülnek fejlesztésre, mint a lányok (5,09 és 5,61 életév).

Fejlesztés

Nem minden sérült gyermek kap fejlesztést, mint ahogy nem minden fejlesztést kapó gyermek sérült. A rendszer igazságossága szempontjából fontos szempont, hogy azok használják-e a fejlesztő rendszert, akik valóban rászorulnak vagy vannak-e olyanok, akik kiszorulnak belőle, esetleg anélkül veszik igénybe a szolgáltatásokat, hogy igazából nincs is rá szükségük. A gyerekek 11 százaléka sérült és nem részesül fejlesztésben, ezzel szemben a gyerekek 17 százaléka nem sérült és részesül fejlesztésben. Ugyanakkor a nem sérült és nem fejlesztett gyermekek esetén sem lehetünk biztosak abban, hogy ennek magas aránya egy bizonyos térségben nem inkább a szűrés nem hatékony működését mutatja, vagy azt, hogy a szolgáltatási kínálathoz igazítják a szűrést és próbálják az ellátórendszert nem túlterhelni. A túlfogyasztás az iskolázott családokra jellemző. A 10 éven aluli gyermekek esetében a nem sérült, de fejlesztésben részesülők átlagosan fél évvel később kerülnek a fejlesztésbe, mint sérült társaik (4,14 és 3,63).

Az érzék- és mozgásszervi gondokkal küzdő gyerekek esetében a betegek 52 százalékát nem fejlesztették. A tendencia a belgyógyászati betegségek esetén is hasonló, a betegek 64 százalékát nem fejlesztették. Feltételezésünk szerint az adatfelvétel során kevesebben vallották be – tartva a stigmatizációtól –, hogy gyereküknek valamilyen mentális betegsége van, ezért is lett csak 1 százalék körüli az arányuk a mintában. Azonban annak ellenére, hogy Magyarországon viszonylag alulfejlett a gyermekpszichiátriai ellátás²⁴, a betegek 58 százalékát fejlesztik. Ez a többi betegségtípushoz képest magas arány lehet, hogy a kis elemszámból adódik.

Vajon mi jellemző a két ellentmondásosan viselkedő csoportra, tehát ahol sérült a gyermek, de nem fejlesztik, illetve azokra, ahol nem sérült, de fejlesztik. A nem sérült, de fejlesztésben részesülő gyermekek fejlesztése átlagosan 5,4 éves korukban kezdődik el, ami gyakorlatilag megegyezik a mintabeli átlaggal. A teljes mintában a romák aránya 45 százalék, ebben az alcsoportban 10 százalékponttal alacsonyabb, 35 százalékos a részesedésük. A fejlesztésben részesülő, de nem beteg gyerekek családjára az jellemző, hogy valamivel magasabban képzetek, mint a teljes minta és kevesebb a deprivált is közöttük. Egy védőnőre a vizsgált csoportban átlagosan kb. tízzel kevesebb gyermek jut, mint a teljes mintában. Tehát a minta átlagánál valamivel jobb helyzetűek tartoznak ebbe a csoportba, akik valószínűleg kevésbé leterhelt infrastruktúrájú településen laknak. Ezt a jobb helyzetet tudják arra használni, hogy olyan fejlesztésekhez juttassák gyermekeiket, amelyekre nem feltétlenül lenne szükségük.

A fejlesztésben nem részesülő sérült gyermekek a leghátrányosabb helyzetűek, akik annak ellenére sem jutnak hozzá a szolgáltatásokhoz, hogy rászorulnak. Ebben a csoportban valamivel magasabb a romák aránya, mint a teljes mintában, bár a két felnőtt háztartástag iskolai végzettsége hasonlít a minta egészében megfigyelt átlagra. Valamivel magasabb a depriváltak részaránya, mint a teljes sokaságban és átlagosan több gyerek jut egy védőnőre.

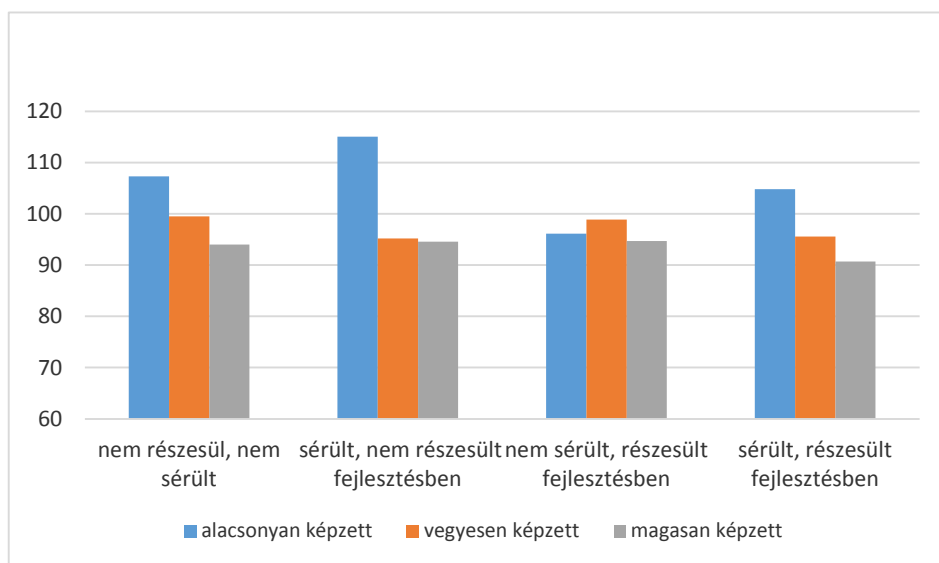
Ugyanakkor az infrastrukturális adottságokkal (házi orvosi szolgálat, védőnői betöltött állás, stb.) leginkább a nem sérült és nem fejlesztett csoport korrelált negatívan, ami valóban azt húzza alá, hogy az elérhető szolgáltatások függvényében alakul a szűrés és fejlesztés. Vagyis, ahol kevesebb a koragyermekkorai egészségügyi szolgáltatás, ott nagyobb arányban találunk nem sérült és nem fejlesztett gyerekeket. Akár pozitív összefüggést is kaphatnánk, ha arra gondolunk, hogy minél jobb az egészségügyi szolgáltatás, annál inkább nagyobb ez a csoport és nem fordítva. Az ellátórendszer képtelen a prevencióra, így csak annak mértékében detektálja a problémát és kezeli, amilyen mértékben erre kapacitása van. Egy ilyen rendszer csak az igazán súlyos problémákat

²⁴ <http://www.webbeteg.hu/cikkek/psziches/11816/gyermekpszichiatriai-ellatas-helyzete>

tárja fel és kezeli, mint láttuk a mentális betegségek esetén. Az enyhébb fokú problémákat nem szűri, így ennek észrevétele és kezelése sokkal inkább a családok hozzáállásán múlik. A nem sérült, de fejlesztett gyermekek esetén nem kizárt, hogy valódi problémák lehetnek a háttérben, de nem olyan súlyúak, amit egy alacsony kapacitású rendszer ki tudna és akarna szűrni. Amennyiben a romák vagy iskolázottak arányát nézzük, szembevetve, hogy az iskolázottak, illetve nem romák olyan településen élnek, ahol kevesebb gyermek jut egy védőnőre. A romák, illetve alacsonyan iskolázottak esetében azért van ennek jelentősége, mert ott a védőnői leterheltség megmutatkozik a fejlesztési esélyekben. A sérültek, de fejlesztésbe nem kerülők csoportjában leterheltebbek a védőnők, így lehetséges, hogy kevesebb kapacitásuk van ellenőrizni a folyamatokat (lásd 20. ábra).

20. ábra

Az egy védőnőre jutó 0-5 évesek száma a vizsgált csoportonként és a szülők iskolázottsága szerint



A sérült, de nem fejlesztett gyermekek csoportja legnagyobb arányú a szigetvári kistérségben, míg a szikszói kistérségben a legkisebb az arányuk. Annak, hogy mi lehet e mögött, nehéz rájönni. Az egy védőnőre jutó gyermekszámot tekintve például nincs összefüggés (lásd 10. táblázat). A lakosság összetétele és az infrastrukturális ellátottság egymással való interakciója az, ami a folyamatokat befolyásolja.

10. táblázat

A vizsgált csoportok aránya kistérségenként

Kistérség	Nem fejlesztik, nem sérült	Sérült, nem részesült fejlesztésben	Nem sérült, részesült fejlesztésben	Sérült, részesült fejlesztésben	Összesen	Nem fejlesztik	Fejlesztik
Szigetvári	60	17	15	9	100	76	24
Ózdi	69	14	11	5	100	83	17
Berettyóújfalvai	63	14	18	5	100	77	23
Sarkadi	54	14	22	10	100	68	32
Encsi	68	13	13	6	100	81	19
Hevesi	65	13	15	7	100	78	22
Mezőcsáti	68	12	14	6	100	80	20
Abaúj-Hegyközi	71	12	11	7	100	83	17
Bátonyterenyei	68	12	14	7	100	79	21
Baktalórántházai	60	11	20	9	100	70	30
Csengeri	76	10	11	3	100	86	14
Edelényi	73	10	11	6	100	83	17
Bodrogközi	59	10	24	7	100	69	31
Szerencsi	62	10	21	8	100	71	29
Nyírbátori	67	10	16	8	100	76	24
Vásárosnaményi	82	9	6	3	100	91	9
Kadarkúti	47	9	33	10	100	57	43
Mátészalkai	71	9	16	4	100	80	20
Sásdi	51	8	31	10	100	59	41
Fehérgyarmati	70	8	17	6	100	78	23
Kisteleki	61	8	22	9	100	69	31
Jánoshalmi	56	7	29	8	100	63	37
Szikszói	72	6	17	5	100	78	22
	66	11	17	7	100	76	24

Az egyes kistérségek nagyon különböznek az általunk vizsgált szempontok alapján (*lásd Melléklet 1-3. táblázat*). A legtöbb kistérségben nincs kórház és van olyan térség is, ahol gyerekorvos sincsen. Két kistérség között akár ötszörös is lehet a különbség az egy gyerekorvosra jutó gyerekszám alapján. Hasonlóan nagyok a különbségek a bölcsődék tekintetében. Van olyan kistérség, ahol a települések 23 százalékában van csak ilyen intézmény, viszont olyan is, ahol 60 százalék feletti az ellátottság.

A deprivált családok arányában is lehetnek jelentős, akár háromszoros különbségek az egyes kistérségek között, ami komoly egyenlőtlenségre utal. Viszont a családok több mint 80 százaléka az összes területen törekszik a rendszeres közös étkezésre, ahogy egy kivétel az összes területen legalább 65 százalék a rendszeresen mesét olvasók aránya.

Az egyes kistérségek között akár ötszörös is lehet a különbség abban a tekintetben, hogy a gyerekek hány százalékát fejlesztik, miközben a valamilyen betegséggel rendelkezők arányában nincs ekkora különbség. A családsegítő vagy gyermekjóléti szolgálatnak is fontos

szerepe lehet a problémák detektálásában, de az adatok alapján azt láthatjuk, hogy a romák nagyobb arányban élnek olyan településeken, ahol nincsen se gyermekjóléti, se családsegítő szolgálat

A kistérségi dimenzió erőteljesen működik, de e dimenzió több hatás együttesét tartalmazza. Megpróbáltuk bizonyos dimenziók mentén klaszterekbe csoportosítani a népességet és ez alapján a kistérségeket valamilyen skála mentén besorolni. A korai fejlesztéssel kapcsolatos dimenziókat választottuk, elsősorban a születési súly, védőnői ellátottság, fejlesztés, mentális sérülés és családi támogatás mentén (lásd 11. táblázat).²⁵

11. táblázat

Klasztercsoportok a koragyermekkori fejlesztést meghatározó dimenziók mentén (N=4266)

	1. Alacsony születési súly, leterhelt infrastruktúra, magas roma arány	2. Magasabb roma arány, mérsékeltebb leterheltség az infrastruktúrában	3. Közepesen deprivált	4. Kedvező infrastruktúra	5. Magas születési súly ³
Mennyi volt a gyermek súlya, amikor megszületett?	1821	2504	3015	3526	4112
Együtt étkeznek-e? (1=igen, 0, nem)	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9
Olvasnak-e a gyermeknek (1=igen, 0=nem)	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
roma (1=nem roma, 0=roma)	0,4	0,4	0,5	0,6	0,7
Fejlesztik a gyermeket (1=igen, 0=nem)	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Egy védőnőre jutó gyerekszám	113,88	108,74	106,84	102,82	104,86
Mentális és neurológiai sérülés van-e (1=igen, 0=nincs)	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01
Deprivált (1=igen, 2=nem)	1,31	1,27	1,42	1,53	1,54
N	285	615	1635	1340	391
%	6,7	14,4	38,3	31,4	9,2

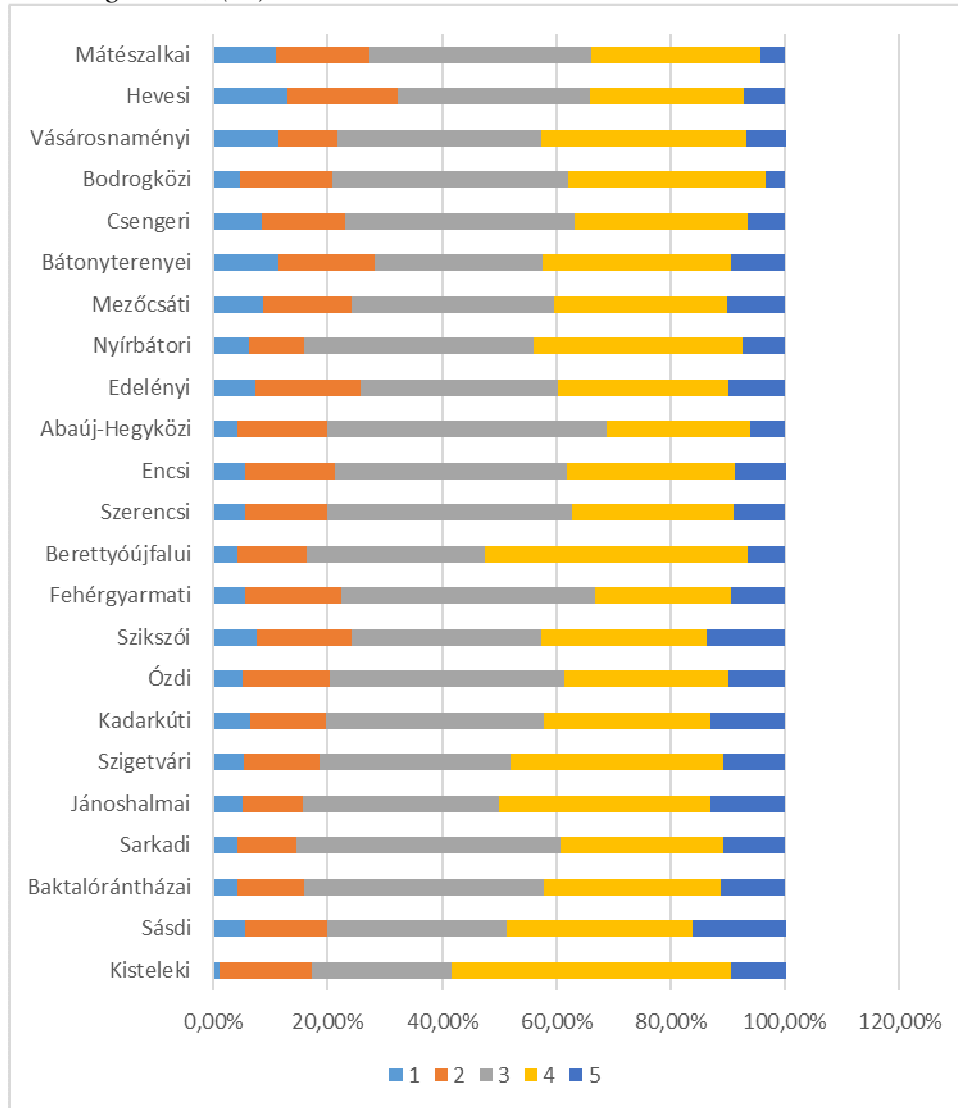
Kistérségenként a legjobb és legrosszabb helyzetűek arányát tekintve a legkedvezőtlenebb arányokat a mátészalkai, hevesi és vásárosnaményi kistérség mutatja. A legjobb helyzetben a kisteleki, sásdi, jánoshalmi kistérségek vannak (lásd 21. ábra). Ugyanakkor az egészségügyi infrastruktúra vagy a koragyermekkori intézmények szempontjából más

²⁵ Miután az olvasás kérdés csak a 10 éven aluli gyermekek esetén lett feltéve, ezért az elemszám is lecsökkent.

rangsort kapnánk. Ez utóbbi dimenzió esetén az encsi, edelényi és ózdi kistérség bizonyult a leghátrányosabbnak.

21. ábra

A koragyermekkori lehetőségek mentén különböző mértékben deprivált gyermekek megoszlása kistérségenként, (%)



A sérültség és fejlesztés és néhány háttérváltozó összefüggése

A továbbiakban azt elemezzük, hogy a sérültség megléte, jellege, a fejlesztésbe kerülés és annak kezdőpontja milyen tényezőkkel jár együtt. Amennyiben a magyarázni kívánt változó bináris, úgy a bináris logisztikus regressziót alkalmaztuk, amikor a függő változónk folytonos változó, akkor a lineáris regresszió módszerét alkalmaztuk.²⁶

²⁶ Fontos megjegyezni, hogy a modellek magyarázóereje elég alacsony, a variancia 10-20 százalékát magyarázzák csupán. Ez azt is mutatja, hogy számtalan fontos tényezőre e kérdőíves felmérésben nem volt mód rákérdezni. Mint ahogy a 0-17 éves gyerekek vizsgálata ugyan hordoz magában némi retrospektív és longitudinális jelleget, de a magyarázó háttérváltozók mind jelen idejűek, így csekély mértékben tudják magyarázni a múlt eseményeit.

A gyermekek fejlesztése függhet a sérültség meglététől, a család jellemzőitől (szülők iskolázottsága, nemzetiség, gyermekek száma, depriváltság), függhet még a gyermek jellemzőitől (nem, életkor, születési súly) valamint a meglévő infrastrukturális ellátottságtól. Ez utóbbi esetben elsősorban a gyermekjóléti szolgálat és a házi gyermekorvosi szolgálat megléte volt az, ami szignifikánsan megmaradt a modellekben (lásd 12. táblázat). A szülők iskolázottsága, amennyiben a depriváltság és a gyermekszám is bekerül a modellbe, már nem szignifikáns hatású. Ugyanakkor a roma változó nem esik ki. A felnőttek iskolázottsága és a család depriváltsága és nagysága ezek szerint azonos dimenziók, míg a roma nemzetiség más látens dimenziókat is hordoz. Az exponenciális béták esélyhányadosként foghatók fel. Ez alapján azt mondhatjuk, hogy a roma gyermekek kisebb eséllyel kerülnek fejlesztésre, mint a nem roma gyermekek, még akkor is, ha figyelembe vesszük a szülők iskolázottságát, a család nagyságát és a depriváltságot. Ez azt mutatja, hogy nem pusztán ezen tényezők határozzák meg a romák fejlesztésbe kerülés alacsonyabb esélyét, hanem más, látens tényezők is munkálnak. Valószínűleg a hátrányos megkülönböztetés és az elzárt szegregátumokban a védőnői és egyéb szolgáltatásokhoz való korlátozott hozzáférés is lehet az ok.

A gyermek születési súlya szignifikáns modellképző változó, de a fejlesztés esélyét a modell többi változója inkább befolyásolja. A fiúk nagyobb eséllyel kerülnek fejlesztésre, mint ahogy az életkor növekedésével is nő az esélye a fejlesztésbe kerülésnek. A család deprivált helyzete és a nagyobb gyerekszám csökkenti a fejlesztés esélyét, míg a meglévő fogyatékoságok értelemszerűen növelik azt. Ezen belül érdekes, hogy leginkább a mentális betegség növeli a fejlesztés esélyét és legkevésbé a belgyógyászati, légúti rendellenességek megléte. A gyermekjóléti szolgálat jelenléte növeli a fejlesztésbe kerülés esélyét.

12. táblázat

Fejlesztik-e vagy nem a gyermeket (logisztikus regresszió)

Változó	B	Standard hiba	Wald	df	Szignifikancia	Exp(B)
Roma nemzetiségű (roma=1, nem roma=0)	-0,229	0,058	15,898	1	0,000	0,795
A gyermek életkora	0,07	0,005	208,838	1	0,000	1,072
A gyermek születési súlya	0	0	8,296	1	0,004	1
A gyermek neme (fiú=1, lány=0))	0,192	0,047	16,924	1	0,000	1,212
A szülők iskolai végzettsége	0,001	0,003	0,244	1	0,621	1,001
Depriváltság (deprivált=1, nem deprivált=0)	-0,215	0,055	15,222	1	0,000	0,806
A családban lévő 17 éven aluli gyermekek száma	-0,061	0,016	14,102	1	0,000	0,941
Érzékszervi fogyatékoság (van=1, nincs=0)	0,706	0,058	146,283	1	0,000	2,027
Belgyógyászati, légúti rendellenesség (van=1, nincs=0)	0,369	0,073	25,774	1	0,000	1,447
Mentális betegség =van=1, nincs=0)	1,259	0,162	60,237	1	0,000	3,523
Gyermekjóléti szolgálat (van=1, nincs=0)	0,159	0,048	10,938	1	0,001	1,172
Konstans	-1,502	0,163	84,934	1	0,000	0,223

Azt is vizsgáltuk, hogy milyen tényezőkkel jár együtt a gyermek sérültségének megléte. A kevésbé súlyos látási problémákat is magába foglaló sérültség esetén. Ebben az esetben a roma nemzetiség, az óvodakezdés ideje, a gyerek neme nincs szignifikáns hatással a vizsgálni kívánt változóra (lásd 13. táblázat). Ugyanakkor a depriváltság, a gyermek életkora, a szülők iskolázottsága és a gyermekjóléti szolgálat növeli a sérültség esélyét, míg a családban lévő gyermekek száma csökkenti. Itt valószínűleg több hatás működik egyszerre. Míg a depriváltság léte veszélyeztető hatású és ezért növeli a sérültség esélyét, addig a szülők iskolázottsága vagy a gyermekjóléti szolgálat léte növelheti annak az esélyét, hogy a sérülés kiderüljön.

13. táblázat

Az egyszerű látásproblémát is magába foglaló sérültség és néhány háttérváltozó együttjárása (logisztikus regresszió)

Változó	B	Standard hiba	Wald	df	Szignifikancia	Exp(B)
A családban lévő 17 éven aluli gyermekek száma	-0,154	0,017	81,34	1	0,000	0,857
Depriváltság (deprivált=1, nem deprivált=0)	0,134	0,056	5,712	1	0,017	1,143
Óvodakezdés ideje	-0,011	0,036	0,095	1	0,758	0,989
A gyermek neme (fiú=1, lány=0)	-0,028	0,047	0,363	1	0,547	0,972
Roma nemzetiségű (roma=1, nem roma=0)	-0,07	0,058	1,481	1	0,224	0,932
A gyermek születési súlya	0	0	7,933	1	0,005	1
A gyermek életkora	0,065	0,006	126,78 2	1	0,000	1,067
A szülők iskolai végzettsége	0,006	0,003	3,984	1	0,046	1,006
Gyermekjóléti szolgálat (van=1, nincs=0)	0,174	0,049	12,73	1	0,000	1,19
Konstans	-1,066	0,179	35,635	1	0,000	0,344

Amennyiben az egyszerű látásproblémát kivesszük és a súlyosabb sérültség meglétét magyarázó tényezőkre vagyunk kíváncsiak, akkor az óvodakezdés ideje vagy a roma nemzetiség már szignifikáns hatást mutat (lásd 14. táblázat). A fiúk nagyobb eséllyel kerülnek ebbe a csoportba, a roma nemzetiség, a depriváltság megléte, a gyermekjóléti szolgálat jelenléte növeli a komolyabb sérültség meglétének illetve felfedezésének esélyét. Minél később kezd egy gyermek az óvodát és minél idősebb, annál nagyobb az esélye, hogy valamilyen komolyabb sérültséget mutasson fel. Ugyanakkor a családban lévő gyermekek száma ellenkező módon hat, csökkenti ennek az esélyét.

14. táblázat

A komolyabb sérültség és bizonyos háttértényezők együttjárása (logisztikus regresszió)

Változó	B	Standard hiba	Wald	df	Szignifikancia	Exp(B)
A családban lévő 17 éven aluli gyermekek száma	-0,143	0,019	55,366	1	0,000	0,867
Depriváltság (deprivált=1, nem deprivált=0)	0,226	0,064	12,453	1	0,000	1,254
Óvodakezdés ideje	0,075	0,039	3,667	1	0,055	1,078
A gyermek neme (fiú=1, lány=0))	0,156	0,054	8,479	1	0,004	1,169
Roma nemzetiségű (roma=1, nem roma=0)	0,13	0,065	4,031	1	0,045	1,139
A gyermek születési súlya	0	0	7,733	1	0,005	1
A gyermek életkora	0,026	0,006	15,819	1	0,000	1,026
A szülők iskolai végzettsége	0,004	0,003	1,536	1	0,215	1,004
Gyermekjóléti szolgálat (van=1, nincs=0)	0,209	0,055	14,501	1	0,000	1,233
Konstans	-1,466	0,202	52,9	1	0,000	0,231

Általában a modellek magyarázóereje megnövekszik, amennyiben a fiatalabb gyermekekre korlátozzuk a vizsgálatot. Ennek oka részben az, hogy az idősebb gyermekek korai szakaszára a szülők sem emlékeznek pontosan, másrészt a háttértényezők a mai helyzetet jellemzik, ezért kevésbé magyarázzák a több mint 10 évvel ezelőtt történeteket. Éppen ezért a 10 évesnél fiatalabb gyermekek csoportjára külön is elvégeztük az elemzést. A már bemutatott modellekhez hasonló mintázatot kapunk (lásd 15. táblázat). A fiúk, deprivált családból jövőek, romák inkább esnek ebbe a csoportba. Ami érdekes, hogy a nagycsalád megint védőfaktoroként működik (de lehetséges, hogy a magyarázat inkább az, hogy ott, ahol van sérült gyerek, kevesebb gyermeket vállalnak), mint ahogy a közös étkezés és a házi gyermekorvosi szolgálat is. A házi gyermekorvosi szolgálat valószínűleg segíti, hogy minél hamarabb kiderüljenek a fejlődési problémák és így hatékonyan tudja megelőzni a súlyosabb fogyatékoság kialakulását. A közös étkezés esetén nehéz megítélni, hogy azért jár fordítottan együtt a komolyabb sérüléssel, mert a súlyosabb sérüléssel bíró gyermekekkel ritkábban étkeznek együtt, vagy pedig valóban lehet valamilyen preventív ereje. Inkább az előbbi magyarázatot támasztja alá, hogy elsősorban a mentális betegségek esetén található szignifikáns fordított összefüggés.

15. táblázat

A komolyabb sérültség és a háttértényezők együtt járása (logisztikus regresszió, 10 éven aluli gyermekek esetén)

	B	Standard hiba	Wald	df	Szignifikancia	Exp(B)
A családban lévő 17 éven aluli gyermekek száma	-0,098	0,026	14,773	1	0,000	0,906
Depriváltság (deprivált=1, nem deprivált=0) (1)	0,278	0,093	8,868	1	0,003	1,32
A gyermek neme (fiú=1, lány=0) (1)	0,255	0,077	11,117	1	0,001	1,291
Roma nemzetiségű (roma=1, nem roma=0) (1)	0,124	0,091	1,853	1	0,173	1,132
A gyermek születési súlya	0	0	9,325	1	0,002	1
A gyermek életkora	0,084	0,014	36,855	1	0,000	1,087
A szülők iskolai végzettsége	0,003	0,005	0,36	1	0,549	1,003
Házi gyermekorvos szolgálat (van=1, nincs=0)	-0,255	0,088	8,391	1	0,004	0,775
Szoktak együtt étkezni a gyerekekkel (igen=1, nem=0)	-0,236	0,115	4,263	1	0,039	0,789
Konstans	-1,279	0,287	19,857	1	0,000	0,278

Azt, hogy mikor kezdődik a fejlesztés, nem befolyásolják a családi és kistérségi tényezők, itt egyértelműen a gyermek jellemzői azok, amelyek hatnak (lásd 16. táblázat). A lányok később kerülnek fejlesztésre, mint ahogy minél idősebb a gyermek, annál később, ami mégis jelezheti, hogy valamennyi fejlődés kimutatható, és az idő haladtával a fejlesztésbe kerülés időpontja korábbra tolódott, habár még mindig későinek mondható a sérülések jellegéhez viszonyítva. A sérültség jellege csak a mentális betegségek esetén működik szignifikánsan. Ez azt jelenti, hogy a mentális sérüléssel küszködő kisgyermekek szignifikánsan korábban kerülnek fejlesztésre. Ez jó hír, ugyanakkor valamennyire árnyalja a képet, hogy alig 1,5% a detektált mentális sérült gyerekek aránya a hátrányos helyzetű kistérségekben, ami az országos 3% körüli arálynak csupán csak a fele. Ez azt jelzi, hogy a betegségek egy része nem szűrődik ki és így a probléma is ellátatlan marad. Valószínűleg a másfél százalék fogyatékosága olyan mérvű, ami még egy rosszabbul működő ellátórendszerben is kitűnik és így ellátásra kerül. Az érzék- és mozgásszervi fogyatékoságok esetén még ennyire sem működik a rendszer. Amennyiben viszont csak a 10 éven alúkat nézzük, úgy az érzék és mozgásszervi betegségek esetén is felfedezhetjük annak hatását a fejlesztés kezdőpontjára, bár nem olyan intenzitással, mint a mentális betegség esetén. Ez arra utalhat, hogy az ellátórendszer az érzék- és mozgásszervi sérülések ellátása terén mutat fel némi javulást.

16. táblázat

A fejlesztés kezdete és néhány háttérváltozó (lineáris regresszió)

Változók	Standardizálatlan koefficiens		Standardizált koefficiens		
	B	Standard hiba	Beta	t	Szignifikancia
Konstans	1,058	0,299		3,532	0,000
A gyerek neme	-0,435	0,108	-0,073	-4,012	0,000
Mennyi volt a gyermek súlya, amikor megszületett?	0,000	0,000	0,073	4,05	0,000
Hány éves	0,326	0,014	0,435	23,942	0,000
Érzék- és mozgásszervi sérültség	-0,012	0,126	-0,002	-0,096	0,923
Belgyógyászati, légúti stb sérülés	0,033	0,156	0,004	0,209	0,835
Mentális és neurológiai sérülés	-1,968	0,294	-0,123	-6,692	0,000

6. Összegzés

Az egészségügyi adatok (születési súly, sérültség aránya, fejlesztés aránya) azt mutatják, hogy a hátrányos helyzetű kistérségekben az elmúlt években a koragyermekkori intervenció terén nemhogy javulás, de inkább romlás tapasztalható. Ezekben a térségekben 2013-ban az átlagos születési súly a magyar hetvenes évekbeli átlagot sem közelíti meg. A sérülteknek pusztán 40-60 százalékát fejlesztik. A fejlesztésbe kerülés ideje sem csökkent a fiatalabb korosztály esetén szignifikáns mértékben. A súlyos mentális betegségek esetén a legjobb a fejlesztési arány (58%), ugyanakkor a 1,5 százalékot sem éri el a detektált esetek aránya, ami az országos átlagot tekintve alacsonynak mondható, így ez a jobb fejlesztési arány betudható a nagyon kicsi elemszámnak is. Az érzék- és mozgásszervi betegségek felderítése esetén tapasztalható csak némi javulás, a fiatalabbak már korábban kerülnek fejlesztésre, mint az idősebbek. A koragyermekkori intézményekbe járó gyermekek aránya viszont szintén elmarad az országos átlagtól ezekben a térségekben.

Az MTA adatfelvételének nem a korai fejlesztés volt a fókuszában, így az erre irányuló kérdések sem elég célzottak és a válaszok, lévén szubjektívek, nem megbízhatóak, így magyarázóerejük is gyenge. Nem tudjuk kit milyen szakember, hol és mennyiért fejlesztett, és nem tudjuk a fejlesztés eredményét sem, így nehéz megítélni annak sikerességét. Ugyanígy nem tudjuk, hogy a sérülés esetében a diagnózis mennyire megbízható. Valószínű, hogy jóval inkább a kínálatot, mint a keresletet követi a szolgáltatás. A kereslet gyakran nem a valós igényeken alapul, hanem azon az igényen, amit a szűrést végző szakemberek „létrehoznak, vagy elismernek”, akik viszont valószínűleg igazodnak a meglévő kapacitásokhoz. Ha a sérültségeket nem szűrik megfelelően, akkor a kereslet elmaradhat a valós szükséglettől, (mert a szülő nem veszi észre, a védőnő nem veszi észre, nem akarja észrevenni, észreveszi, de nem tud szolgáltatást hozzá ajánlatni, stb.). Az ellátó rendszer bár mennyiségben próbálja követni a keresletet, de csak követi, preventív jellege nincsen.

Az iskolázottabbak kétszeresen is előnyt élveznek. Egyrészt mert általában jobban ellátott területeken élnek, másrészt pedig, amennyiben nem, akkor is ők azok, akik kevésbé szorulnak rá a rendszer szűrő-legitimáló funkciójára. Nem véletlen, hogy az iskolázottabb szülőkre jellemző az is, hogy akkor is fejlesztik gyermekeiket, ha azok nem sérültek. Ugyanakkor éppen a leghátrányosabb helyzetű családokban fordul elő, hogy a detektált sérültség ellenére sem fejlesztik a gyermeket.

A hátrányos helyzetet valószínűsítő változók nem feltétlenül mozognak egy dimenzióban. Miközben az iskolázottság és családméret erőteljesen meghatározza a depriváltság fokát, addig a romaság megléte nem feltétlenül vág egybe és mozog együtt a deprivációval. Sajátos jellemzője a roma családoknak, hogy körükben az iskolázottság emelkedésével itt jóval nagyobb arányban nő az óvodáztatás iránti igény, mint a nem roma lakosságnál. Ugyanígy a roma családokban minden más változóval kontrollálva is jóval jellemzőbb a gyermekekkel való együttékezés. Ugyanakkor a fejlesztéshez való hozzájutás esélye az ő körükben a legkevésbé méltányos, az iskolázottság, családméret és depriváció változóival kontrollálva is megmarad a roma kisebbségi lét esélycsökkentő hatása, ami a koragyermekkorai ellátórendszerben meglévő erőteljes diszkriminációra utal. Nem pusztán elzártan és távolabb élnek az ellátórendszertől, de a romák által lakott térségekben a legleterheltebb a védőnő és itt jut a legkevesebb személyes látogatás is a családokra.

Az egészségügyi intézmények megléte és leterheltsége alapvetően befolyásolja a koragyermekkorai fejlődés esélyeit. A gyermekorvosi szolgálat és az egy védőnőre jutó kevesebb gyerek szám általában együtt jár a kisebb arányú gyermekkorai fogyatékossgal. Ugyanakkor ezen a területen nagy a hiányosság. Éppen a romák által lakott térségekben található a legkevesebb családsegítő és gyermekjóléti szolgálat. A legtöbb kistérségben nemcsak kórház nincsen, de gyermekorvos sem. Miután ez a szakember találkozik legkorábban a kisgyermekkel, ezért ennek az egészségügyi szolgáltatásnak a fejlesztése legalább annyira fontos lenne, ha nem fontosabb, mint a koragyermekkorai ellátó intézmény bővítése.

A hátrányos helyzetű kistérségek nagyon eltérő mintázatot mutatnak, ami azt mutatja, hogy nem egyformák, így a térségi megoldásokat sem lehet egy kaptafára végezni. Mind a lakosság összetételét, mind a szülői nevelési habitust, az egészségügyi illetve a koragyermekkorai ellátó intézményekkel való ellátottságot, vagy a gyermekkorai sérültségek jellegét tekintve is nagyon színes a kép. Nem lehet egy dimenzióra felfűzni őket, így aki hatékonyan akar beavatkozni, annak a helyi sajátosságokkal is tisztában kell lennie. Ez arra is figyelmeztet, hogy az országos méretű, egészségpályás programok nem biztos, hogy pontosan meg tudják célozni a leghátrányosabb helyzetű térségek valós igényeit.

Melléklet

Fontosabb változók eloszlása kistérségenként

1. táblázat

	Fejlesztett aránya (%)	Fejlesztés kezdete (átlagos korév)	Van sérülése (%)	Van sérülése*	Védőnők által ellátott gyerekek száma	Védőnők által ellátott gyerekek száma**	Gyerek születési súlya (gramm)
Fehérgyarmati	22,4	5,28	13,7	21,5	234	82	3061
Abaúj-Hegyközi	17	4,63	18,4	25,5	292	110	3058
Berettyóújfalui	22,9	4,92	18,9	25,3	300	106	3085
Szigetvári	23,6	3,91	25,9	30,1	157	53	3217
Bodrogközi	30,8	4,52	16,7	24,3	366	135	3072
Edelényi	17,1	4,76	16,4	20,3	363	149	3062
Bátonyterenyei	20,9	5,41	18,9	24	263	84	3136
Nyírbátori	23,9	5,2	17,2	26	362	128	3099
Kisteleki	30,9	4,98	16,4	23,6	287	96	3285
Mátészalkai	20,2	6,05	12,5	20,9	345	130	3043
Mezőcsáti	20	4,83	18,6	25	343	129	3111
Csengeri	14,3	5,99	13,7	19,3	263	89	3047
Sarkadi	32,2	5,75	23,7	31,7	289	101	3154
Szerencsi	28,7	5,86	17,5	23,6	277	101	3154
Encsi	19,4	5,07	18,8	24,7	300	105	3036
Baktalórántházai	29,7	6,26	19,7	31,4	303	101	3179
Ózdi	16,6	5,46	19,5	25,5	308	115	3090
Sziksói	22	5,25	10,8	15,4	266	93	3090
Kadarkúti	43,3	6	19,4	28,3	243	82	3133
Vásárosnaményi	9,1	4,86	12	21,5	304	113	3025
Jánoshalmi	37,1	5,42	14,9	27,7	272	90	3209
Sásdi	41	5,42	17,6	25,8	159	55	3120
Hevesi	22,1	-	19,5	26,5	345	126	2971
Átlag	23,7	5,33	17,3	24,6	295	106	3097

* Szemüveggel kezelhető látássérülteket is beleszámítva.

** Csak a 0-5 éves korosztályra számítva.

2. táblázat

	Év-vesztes gyerekek aránya (%)	Depriváltak aránya	Olvasnak-e mesét (11 éves kor alatt) (%)	Van-e korának megfelelő könyve? (%)	Közös étkezés	Alacsony végzettségű felnőttek aránya	Magas végzettség ű felnőttek aránya
Fehérgyarmati	4,4	54,4	72,5	81,6	91	63,1	18,3
Abaúj-Hegyközi	5,9	72,3	75,2	65,8	83,1	78,4	9
Berettyóújfalui	3,6	62,8	70,7	78,3	87,7	64,4	11,4
Szigetvári	3,8	49,9	79	86,6	84	58,5	15,7
Bodrogközi	3,6	58,8	68,2	68,3	90,2	79	6,8
Edelényi	7,3	70,5	67,3	66,3	88,1	77,2	8,5
Bátonyterenyei	2,5	59,6	69,4	79,3	84,8	62,1	16,1
Nyírbátori	5,7	58,9	82,8	78,5	85,9	76,1	10,1
Kisteleki	1,7	20,5	82,2	87,7	89,1	50,7	17,8
Mátészalkai	2,1	62,3	66,5	66,1	88,3	67,4	16,9
Mezőcsáti	4,8	58	79,7	77,9	84,9	68	11,1
Csengeri	4,9	58,3	69,4	73,2	90,5	69	14,9
Sarkadi	4,3	48,1	75,8	84,4	89,2	61,4	12
Szerencsi	4,1	56	74,1	77,2	89,7	61,3	20,4
Encsi	4,8	74,2	71	66,8	87,3	73,7	8,1
Baktalórántházai	6,7	48,8	66,4	84,2	90,4	61,6	12,3
Ózdi	6,8	66,6	73	77,2	89,9	69,9	11,5
Sziksói	3,3	58,5	73,3	69,1	92,7	73,8	8,3
Kadarkúti	5	47,7	74,5	79,5	90,2	59,6	15,2
Vásárosnaményi	3,5	51,2	75,8	83	90	60,5	22,2
Jánoshalmi	4	36,4	80,3	86,9	87,9	58,8	16,4
Sásdi	3,6	51,8	75,3	84,4	83,9	66,7	14,8
Hevesi	3,4	70,3	57,8	58,1	86,9	79,6	6,9
Átlag	4,3	58	72,8	75,8	88,2	68,1	12,9

3. táblázat

	Bölcsöd e (%)	Óvodára jutó gyereke k száma	Gyerekjólét i szolgálat	Gyerekorvosr a jutó gyerekek száma	Háziorvosr a jutó gyerekek száma	Kórházra jutó gyerekek száma	Mentőáll omásra jutó gyerekek száma
Fehérgyarmati	23,9	232	36,2	435	285	1010	1010
Abaúj-Hegyközi	0	310	8,8	Nincs gyerekorvos	296	Nincs kórház	356
Berettyóújfalui	27,8	285	57,2	726	404	2021	1500
Szigetvári	32,6	271	32,6	700	196	1400	1400
Bodrogközi	19,5	385	19,5	Nincs gyerekorvos	272	Nincs kórház	375
Edelényi	16,6	440	39,4	824	479	1475	1214
Bátonyterenyei	23,2	260	23,2	602	250	Nincs kórház	1807
Nyírbátori	24,9	449	46	706	463	Nincs kórház	2117
Kisteleki	65	401	27,3	474	223	Nincs kórház	948
Mátészalkai	29,3	451	44,3	663	414	2456	2456
Mezőcsáti	41,6	345	20,3	1007	275	Nincs kórház	1007
Csengeri	16	383	49,1	752	372	Nincs kórház	752
Sarkadi	24,1	291	24,1	561	248	Nincs kórház	1141
Szerencsi	69,1	471	77,7	760	451	Nincs kórház	1062
Encsi	24,2	334	50,1	549	342	Nincs kórház	1098
Baktalórántházai	0	327	24,3	Nincs gyerekorvos	386	Nincs kórház	771
Ózdi	45,2	440	71,6	751	389	6005	4586
Szikszóí	0	240	22,2	877	289	Nincs kórház	877
Kadarkúti	15,1	250	37,9	542	203	Nincs kórház	Nincs állomás
Vásárosnaményi	11,8	327	20,4	623	326	Nincs kórház	1245
Jánoshalmi	0	232	69,4	698	307	Nincs kórház	Nincs állomás
Sásdi	23,7	158	23,7	386	143	Nincs kórház	Nincs állomás
Hevesi	23,7	358	14,4	1746	365	Nincs kórház	1746
Átlag	22,4	340	36,6	716	341	2995	1694