

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum
Népegészségügyi Iskola

Egészség és egészségkockázati magatartás hátrányos helyzetű gyermekek körében

Dr. Kósa Karolina Ph.D.,
Kovács Dóra

Kulcsszavak: hátrányos helyzet, gyermekkor, egészség

A dolgozat a fiatal korosztály hátrányos helyzetű csoportjainak, konkrétan a veszélyeztetett és a gyermekvédelmi szakellátásban (azon belül az otthont nyújtó ellátásban) részesülő fiataloknak az egészségi állapotát írja le magyar adatok, illetve a szakirodalomban megjelent közlemények felhasználásával. A veszélyeztetettség hátterében többnyire anyagi és környezeti tényezők állnak; a veszélyeztetett gyermekek aránya különösen magas az ország keleti felének két megyéjében. Az otthont nyújtó ellátásban részesülő gyermekek körében gyakoriak az egészséget veszélyeztető magatartásformák; a korosztályos átlaghoz képest alacsonyabb az iskolai végzettség, amelynek hosszú távú következményei jelentkeznek az otthonteremtés és a munkavégzés nehézségeiben is. A honvédség érdekeltségét a fiatal korosztály egészségi állapotának meghatározásában az indokolhatja, hogy jelenleg a kötelező sorkatonai szolgálat révén kapcsolatba kerül e korosztály jelentős részével; a jövőben pedig a hivatásos állomány kialakításához, a toborzási stratégia és a célcsoportok megfelelő meghatározásához lesz szükség a fiatalok különféle rétegeinek minél pontosabb jellemzésére.

Bevezetés

A magyar lakosság túlélését és halálózását tükröző statisztikák az elmúlt években többnyire kedvezőtlen tendenciákat mutattak. Miközben az elmúlt húsz évben az Európai Unió tagországaiban folyamatosan és jelentősen emelkedett a születéskor várható élettartam, Magyarországon 1995-ig csökkenés, illetve stagnálás volt megfigyelhető. 1995 óta e mutatóra nézve kedvező tendencia indult el, de ennek

ellenére is a várható élettartam tekintetében az 1999-ben Magyarországon születettek több mint hét évvel kevesebb megélt életévet remélhettek az Európai Unióban születettekhez képest. Még csüggesztőbbek a számok a férfiak tekintetében: 1999-ben a magyar fiúgyermekek születéskor várható élettartama közel 8,5 évvel volt kevesebb, mint az Európai Unióban születetteké; s bár azóta ez az indikátor növekedést mutatott, 2001-ben is még csak 68,3 év volt [1].

A várható élettartamot és a népesség egészségét befolyásoló legfontosabb tényezők vizsgálata egyre több bizonyítékot hoz felszínre arról, hogy az egészségre a legjelentősebb hatást társadalmi-gazdasági (szocio-ökonómikus) tényezők gyakorolják: jó társadalmi-gazdasági körülmények között élő emberek egészségesebbek és tovább élnek, mint kedvezőtlen körülmények között élők [1] [34].

A társadalmi-gazdasági helyzet legfontosabb determináló tényezői a gazdasági pozíció (munkahely és jövedelem), iskolai végzettség, szakértelem és alkalmazkodási készség [6], amelyet igen jelentős mértékben meghatároz a gyermekkor, a korai testi és lelki fejlődést befolyásoló fizikai és társas környezet [4] [19].

A honvédség érdeklődésére a népesség, és ezen belül is a fiatal korosztály egészsége alapvetően két szempontból tarthat igényt. Egyrészt jelenleg a kötelező katonai szolgálatra behívottak ezen fiatal korosztályból kerülnek ki; másrészt a honvédség már zajló, és a jövőben még inkább kibontakozó átalakulása szükségessé teszi, hogy a katonai szolgálatra alkalmas, megfelelő számú hivatásos katona toborzása érdekében azonosítani lehessen a fiatalok azon alcsoportjait, akik érdeklődnek a hivatásos katonai életpálya iránt és arra potenciálisan alkalmasak is.

A jelen munka a fiatal korosztály egy olyan rétegének egészségi állapotát kívánja jellemezni, amely számos szempontból hátrányos helyzetűként írható le. A hátrányos helyzetű fiatalok további alcsoportjait a veszélyez-

tetett és a gyermekvédelmi szakellátásban (azon belül az otthont nyújtó ellátásban) részesülő fiatalok alkotják. A veszélyeztetettség az 1997. évi XXXI. (gyermekvédelmi) törvény szerint olyan állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolhatja vagy akadályozza. A veszélyeztetettnek minősíthető gyermeket a lakóhely szerinti gyermekjóléti szolgálat, vagy bizonyos esetekben a gyámhatóság is nyilvántartásba veszi. A gyermekvédelmi szakellátásra jogosultak ugyancsak a fenti törvényben meghatározottak szerint személyes gondoskodást nyújtó ellátásban részesülhetnek; vagyis ezek a fiatalok családjukból kiemelve, ideiglenesen vagy tartósan családotthonokban vagy intézetekben élnek. A dolgozat a továbbiakban e csoportok helyzetét kísérli meg jellemezni.

Adatok és módszerek

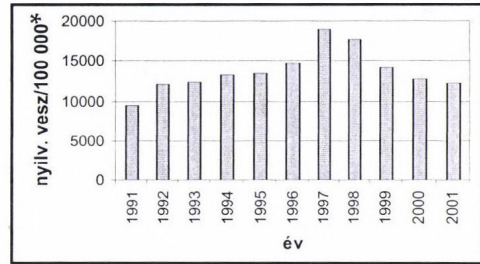
A hátrányos helyzetű fiatalokra vonatkozó létszámadatokat a szakminisztérium (korábbi nevén: Népjóléti Minisztérium) évente megjelenő, a gyermek- és ifjúságvédelem helyzetéről szóló tájékoztatóiból (Tájékoztató a Család, Gyermek- és Ifjúságvédelemről), illetve a Központi Statisztikai Hivatal megfelelő kiadványaiból (Magyar Statisztikai Évkönyv, Demográfiai Évkönyv, Szociális Statisztikai Évkönyv, Egészségügyi Évkönyv) gyűjtöttük. A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülők egészség-magatartására, illetve egészségi állapotára vonatkozó információkat a releváns szakirodalom áttekintésével és interjúk révén szereztük és dolgoztuk fel.

Tekintettel arra, hogy az állami gondozásban lévő gyermekek egészségi állapotára és egészségmagatartására vonatkozó magyar adatok rendkívül gyérek, a tanulmányban más iparilag fejlett országokból, elsősorban Nagy-Britanniából származó adatokat is felhasználunk. A brit adatok természetesen nem alkalmazhatók a magyar helyzet jellemzésére, de a két ország lakosságának halálozási és iskolázottsági mutatóit figyelembe véve nincs okunk azt gondolni, hogy a magyar állami gondoskodásban részesülő gyermekek helyzete lényegesen különböző (jobb) volna, mint a brit állami gondoskodásban részesülő gyermekeké.

Eredmények

Hátrányos helyzetű gyermekek létszáma Magyarországon

A hátrányos helyzetű fiatalok közül azokat, akik anyagi, egészségügyi, környezeti és/vagy magatartási okok miatt kiemelt figyelmet érdemelnek, a gyermekorvos, rendőr vagy más olyan szakember azonosítja, aki a gyermekkel munkája során kapcsolatba kerül. Ezt követően hívja fel a gyermekjóléti szolgálat figyelmét a gyermekre. A gyermekjóléti szolgálatok a gyámhatóságok felé továbbítják azoknak a kiskorúaknak az adatait, akik a fent megjelölt okok valamelyike vagy ezek kombinációja miatt súlyosan veszélyeztetettként kezelendők. Ebben a tanulmányban a veszélyeztetett kiskorúaknak a gyámhatóságoknál nyilvántartott és a szakminisztérium éves kiadványában hozzáférhető létszámadatait az ugyanazon évben regisztrált 18 éven

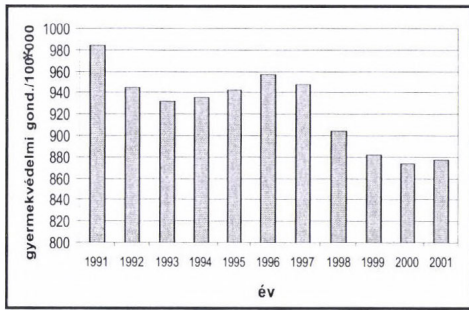


1. ábra: Nyilvántartott veszélyeztetett kiskorúak korszpecifikus arányszáma Magyarországon

aluliak létszámához viszonyítva számoltuk ki a veszélyeztetettek korszpecifikus arányszámait, amelyet az 1. ábra mutat. Eszerint a gyámhatóságoknál nyilvántartott veszélyeztetettek aránya a 18 éven aluliak körében 1991 és 1997 között jelentősen, több mint kétszeresére emelkedett. 1997 és 2001 között a veszélyeztetettek aránya mintegy 40%-kal csökkent, de ennek ellenére is 2001-ben az összes 18 éven aluli gyermek 12%-a veszélyeztetettként volt nyilvántartva.

A veszélyeztetettség hátterében álló okokat elemezve megállapítható, hogy minden vizsgált évben a veszélyeztetettség oka az esetek több mint felében anyagi tényezőkkel állt összefüggésben; második helyen a környezeti tényezők (lakáskörülmények) voltak felelősek a gyermek veszélyeztetettségéért; harmadik helyen magatartási okok álltak, s csak az esetek igen kis százalékában (minden vizsgált évben 4 % alatt) volt a gyermek egészségi állapota oka a veszélyeztetettként való nyilvántartásnak (2. ábra).

A gyámhatóságoknál az anyagi, egészségügyi, környezeti és/vagy



4. ábra: Gyermekvédelmi gondoskodásban részesülők korspecifikus arányszáma Magyarországon

nak (a szülő ismeretlen volta, halála, illetve a gyermek ellátására való ideiglenes vagy tartós alkalmatlansága miatt; korábbi szóhasználat: állami gondozottak). A gyermekvédelmi gondoskodásban részesülők száma a veszélyeztetetteknél jóval alacsonyabb, és 1991 óta csökkenő tendenciát mutat (4. ábra). Ebben szerepe lehet annak a szemléletváltásnak, amelyet a 1997. évi XXXI. gyermekvédelmi törvény tükröz, s amely a korábbiakhoz képest nagyobb hangsúlyt fektet a gyermekeknek a családban történő nevelésére.

Hátrányos helyzetű gyermekek egészségmagartása

A hátrányos helyzetű gyermekek egészségi állapotáról országos felmérés tudomásunk szerint nem történt; a rendelkezésre álló adatok szórványosak. A továbbiakban ezért külföldi, elsősorban brit adatokat is idézünk, amelyek természetesen nem feltétlenül jellemzőek a hátrányos helyzetű magyar gyermekekre, de körvonalazzák a valószínűsíthetően körükben is fennálló problémákat.

Angliában a szociális gondoskodásban részesülő gyermekek 10%-a szenved valamilyen betegségben; 20 százalékuknál nem akut ellátást igénylő egészségügyi probléma mutatható ki (halláskárosodás, látásromlás vagy mozgásszervi zavar). Ugyanakkor a gondoskodásba vételkor kevesebb, mint 25 százalékuknál történt kötelező orvosi vizsgálat; 75% a vizsgálatba nem egyezett bele. A gondozott fiatalok 40%-a került pszichológushoz vagy elmeorvoshoz legalább egyszer; 71% saját bevallása szerint dohányzik, 65% fogyaszt alkoholt, több mint 30% használ kábítószert, 13% oldószert (kábitószer gyanánt). Mindezen számadatok megközelítőleg kétszeresei a brit lakosság azonos korcsoportjában ismert adatoknak. Az élvezeti szerek használatának csökkentésére irányuló erőfeszítések ezen fiatalok körében még nagyobb nehézségekbe ütköznek, mint a lakosság egészét tekintve, és sok esetben az elért pozitív változások is eltűnnek a fiatalok gondozásból való kikerülése után [11].

Magyarországon a gyermekvédelmi szakellátásban részesülő gyermekek ingyenes orvosi ellátásra jogosultak (melybe az ingyenes gyógyszerellátás is beletartozik). Ez a különleges státusz megalapozott azt figyelembevéve, hogy közöttük gyakoribbak és súlyosabbak az orvosi problémák, mint a nem veszélyeztetett gyermekek között. Testi fejlődésük egyik fontos jellemzője a korosztályukhoz képest elmaradott növekedés; testsúly és testmagasság vonatkozásában az alsó percentilekben helyezkednek el; vashiányos vérszegénység, fer-

tőzékes megbetegedések (elsősorban légúti és emésztőszervi) szintén gyakoriak, csakúgy, mint különböző pszichoszomatikus, érzelmi és tanulással kapcsolatos problémák [10, 13, 16, 17, 18, 33].

Mindezek ellenére a gondozásba vételkor kötelező általános orvosi vizsgálatot követően nincs rendszeres, mindenre kiterjedő állapotkövetés, így a nyilvánvaló tüneteket nem okozó egészségügyi problémák gyakran nem kerülnek kivizsgálásra és kezelésre. Bár adatok nem állnak rendelkezésre, több gyermekvédelmi szakember is elmondta, hogy sok, otthon nyújtó ellátásban részesülő gyermek a nagykorúságot követően a rendszerből való kikerülés után hamarosan rokkantnyugdíjassá válik, gyermekkori eredetű, kezeletlen vagy nem megfelelően kezelt betegsége következtében [16, 18].

A kábítószerhasználatra vonatkozóan egy korábbi magyar vizsgálat azt találta, hogy az intézetekben élő fiatalok 60%-a rendszeresen használt kábítószerket, leggyakrabban oldószereket; illetve az összes válaszadók 50%-a volt intézetben különböző ideig [9]. Amint az más vizsgálatokból ismert, a kábítószeres fogyasztása a legtöbb esetben gyakran alkoholfogyasztással társul, illetve a kémiai szerek abúzusuk gyakran kapcsolódik egyéb, az egészségre nézve kockázati tényezőt jelentő magatartásformával [8, 27].

Magatartás és érzelmi fejlődés

A gondozott gyermekek magatartását gyakran halmozott problémák jellem-

zik. Brit adatok szerint ezek a gyermekek megrögzött szabályszegők; több mint 70% megszőkött (otthonról vagy intézetből), 60% iskolakerülő, 45% magatartása agresszívnek, illetve időnként támadónak jellemezhető [11]. Az elszökés a velük szemben tanúsított érzelmi válaszkészség hiányával hozható összefüggésbe [2]. 299, intézetekben élő tizenéves fiatal vizsgálata szerint 51,7 százalékuk enyhén, 33,6 százalékuk súlyosan depressziós volt, ami az öngyilkosság ismert rizikófaktora [29]. Intézetben lévő fiatalok bűnelkövetők tanulmányozása azt mutatta, hogy ezek a fiatalok pszichésen igen sebezhetőek, és bizonyos kockázati tényezők, például a társaktól elszennvedett bosszantás és megfélemlítés, valamint a szülők látogatásának elmaradása esetén hamar öngyilkossági készletük támadt [30]. Bebörtönzött hajléktalanok között aránytalanul magas a korábban szociális gondoskodásban részesültek vagy egyéb nem családi környezetben éltek száma [12]. Az intézetekben élő tizenévesek számára súlyos probléma az önbizalom hiánya, a szegényes énkép, felszínes kapcsolatok, mások bántalmazása, depresszió, öngyilkossági készlet; mindennapos a különféle egészségromboló szerek használata [14, 15].

Szexuális viselkedés

A korán kezdett nemi élet fokozott kockázatot jelent arra, hogy az egyének nagyszámú nemi partnere legyen – ami kockázati tényező nemi betegségek szempontjából – valamint arra, hogy nem kívánt terhesség forduljon

elő. Azon kevés számú tanulmány, ami e témakörben készült, megerősíti azt az általános benyomást, hogy a szociális gondozásban részesült gyermekek fokozott veszélyben vannak a nemi élet korai kezdete szempontjából. Általánosságban is igaz az, hogy a házasság előtti nemi élet gyakoribb olyan fiatalok között, akiknek a tartózkodási helye gyakran változik, illetve olyanok között, akik nem kívánnak továbbtanulni [35]. Egy USA-beli tanulmány szerint 14–22 éves fiatalok között a legfontosabb kockázati tényezők többszörös nemi partnersere tekintetében az alkohol- és kábítószerfogyasztás volt, illetve alacsony életkor az első nemi együttlét idején [31]. Egy fiatalkorú bűnözőket befogadó intézetben végzett felmérés azt találta, hogy a bentlakók 62%-a 12 éves korában már szexuálisan aktív volt, 14 éves korra ez a szám 89%-ra emelkedett [20]. A gyermekkorban elszenvedett bántalmazás, érzelmi depriváció és szegényes szociális készségek valószínűleg mind hozzájárulnak szexuálisan deviáns magatartás kialakulásához [7, 26].

A korai nemi aktivitás eredményeként a szociális ellátásban részesülők között nem ritkák a váratlan, illetve nem kívánt terhességek. Nagy-Britanniában a gondozásból kikerülő fiatalok egyharmada két éven belül szülővé válik, és ezen terhességek több mint fele nem tervezett [11]. Magyarországon ilyen jellegű adatok nem ismertek, de a probléma létezik. Bár az intézetek nagy részében a növendékek kapnak ismereteket a nemi életre vonatkozóan, a nem kívánt

terhességek visszatérő problémát jelentenek [10].

Oktatás és munkavállalás

Az oktatás, illetve különösen a középiskolában való továbbtanulás a megfelelő jövedelmet biztosító, jó állás megszerzésének kulcsfontosságú feltétele. A tizenhat éves korra megszerzett iskolai végzettség a legpontosabb előrejelzője annak, hogy a leendő munkavállaló később milyen pályát fog befutni [3]. Mindazonáltal az erre irányuló angol vizsgálatok tanúsága szerint a szociális gondoskodást igénylő tizenévesek kétharmada iskolai gondokkal küzd, és több mint egynegyedük legalább egy éven keresztül nem járt iskolába. A szociális ellátást kapó 14–16 éves gyerekek 25%-ának voltak évekre visszamenő problémái az iskolalátogatással, vagy kizárták őket [11]. Az ellátásból nagykorúság miatt kikerülő kétharmadának (ezen belül a nevelőotthonokból kikerültek 72,5%-ának, a nevelőszülők által gondozottak 52%-ának) nem volt semmiféle képesítése, és mindössze 8,5% folytatta tanulmányait teljes időben (nappali tagozaton). Amint azt 1984-ben a brit parlament Alsóháza szociális bizottságának a szociális gondoskodásban részesülő gyermekekről készített jelentése megfogalmazta, a szociális gondoskodás az abban részesülő gyermekekre oktatási szempontból veszélyeztetettség tényező [28]. Mindezek fényében nem meglepő, hogy Nagy-Britanniában a korábban szociális gondoskodásban részesült fiatalok körében a munkanélküliség több mint másfélszerese

a gondoskodásban nem részesült, azonos korosztályhoz képest [32]

A szociális gondoskodásban való részesülés és a hajléktalanság összefüggését vizsgáló kutatások szerint a 16-19 éves hajléktalanok mintegy egyharmada szociális gondozott volt élete valamely korábbi szakaszában. Tekintve, hogy a munkavállalás alapfeltétele annak, hogy valakinek rendszeres jövedelme legyen, valamint hogy egy háztartás (lakás) fenntartásához rendszeres jövedelem szükséges, nem meglepő, hogy a munkanélküliség, jövedelem és hajléktalanság között egyértelmű összefüggés volt kimutatható: például a hajléktalan fiatalok kétharmada munkanélküli volt [5]. A munkanélküli fiatalok gyakran visszatérnek a szülői otthonba, amit a volt gondozottak jelentős része nem tehet meg. Ezt figyelembe véve az sem meglepő, hogy a volt gondozottak körében is szoros összefüggés volt kimutatható a munkanélküliség és hajléktalanság között [5, 12].

Magyarországon lényegesen kevesebb adat létezik az otthont nyújtó ellátásban részesülő gyermekek iskolai teljesítményéről, végzettségéről és munkavállalásáról, a helyzet azonban valószínűleg hasonlóan (vagy még inkább) elszomorító. Bár az otthont nyújtó ellátásban lévő gyermekek nagy többsége mentálisan nem retardált, értelmi és kognitív képességeik a családban élő, nem veszélyeztetett gyermekekhez képest gyengébbek [18, 33]. A rendelkezésre álló adatok szerint 1992-ben a nevelőotthonokban általános iskolába járó

gyermekek 30%-a az iskolai év végén megbukott. Az általános iskolát befejezett gondozottak 85%-a folytatta tanulmányait középfokú iskolában vagy tanfolyamon, ezek 10%-a azonban azt nem fejezte be. Az összes, tanulmányait folytató gyermek közül csak 7% került olyan iskolába, ahol érettségi vizsgát lehet tenni. Az intézeti és nevelőszülői ellátásban részesülő összes gyermeknek 1992-ben mindössze 0,1%-a került felsőoktatási intézménybe [21]. Továbbtanulásra vonatkozó adatok azóta nem ismeretesek, de az érettségizők aránya az elmúlt években is igen alacsony volt: 1998 és 2000 között a 0-24 éves korosztályból nappali képzésben érettségizettek aránya országosan 3-5-ször volt magasabb, mint az otthont nyújtó ellátásban részesülő 0-24 évesek közül érettségizők aránya (I. táblázat) [23, 24, 25].

Az otthont nyújtó gondoskodásban részesülők sorsa 24 éves koruk (a gondoskodás megszűnte) után országos adatok híján nem ismert, de a helyzetük valószínűleg tükrözi az iskolai végzettséggel kapcsolatban fentebb mondottakat. Ezt a vélekedést az is alátámasztja, hogy a nevelőintézetekből kikerülő fiataloknak mindössze 7-23%-a dolgozott 1991 és 2000 között a rendelkezésre álló adatok alapján [21, 22, 25].

Év	Gyermekotthonban élők	Országos
1998	0,45	2,28
1999	0,60	2,41
2000	0,89	2,33

I. táblázat: Nappali tagozaton érettségizők aránya a 0-24 évesek számához képest

Megbeszélés

Magyarországon a 18 éven aluliak mintegy nyolcada a gyámhatóságoknál veszélyeztetettként van nyilván tartva. A veszélyeztetettség leggyakoribb oka a család anyagi helyzete; egészségi okok csak a gyermekek elenyésző részénél képezik a veszélyeztetettség háttérét. A gyermekvédelmi szakellátásban (otthont nyújtó ellátásban) részesülő gyermekek a veszélyeztetetteknek sokkal kisebb létszámúak, a 18 éven aluliaknak kevesebb mint 1%-a tartozik ebbe a csoportba.

A veszélyeztetett gyermekek egészségi állapotáról nem állnak rendelkezésre olyan kutatási adatok, amelyek alapján helyzetükről országosan jellemző képet lehetne alkotni. Az elérhető információk az otthont nyújtó ellátásban részesülő gyermekek egészségi állapotáról is szegényesek, de a személyes közlések és a külföldi kutatási adatok alapján összességében az állapítható meg, hogy az állami gondoskodás jelentős kockázati tényezőnek tekinthető az egészségi állapot és az egészségkárosító magatartások szempontjából. A Magyarországon gyermekvédelmi ellátásban részesülő és veszélyeztetett fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása egyértelműen további kutatásokat érdemel annak érdekében, hogy a leginkább segítségre szorulókat és azok problémáit pontosan azonosítani lehessen. Ez az igényekhez képest mindig szűkösebb erőforrások hatékony elosztásához is nélkülözhetetlen. A honvédség érdekeltségét a fiatal korosztály egészségi ál-

lapotának meghatározásában az indokolhatja, hogy jelenleg a kötelező sorkatonai szolgálat révén kapcsolatba kerül e korosztály jelentős részével; a jövőben pedig a hivatásos állomány kialakításához, a toborzási stratégia és célcsoportok megfelelő meghatározásához szükség lesz a fiatalok különféle rétegeinek minél pontosabb jellemzésére. Igaz ugyan, hogy az otthont nyújtó ellátás keretei között felnövekedett fiatalok egészségi állapota kedvezőtlenebb lehet, mint a családban felnövekvő fiataloké, de azok körében, akik a katonai életpályára lépéshez szükséges alkalmassági vizsgálatokon egyébként megfelelnek, az intézményi keretek között eltöltött fiatalkori évek megkönnyíthetik a honvédség intézményes rendszeréhez való alkalmazkodást.

Köszönetnyilvánítás:

A szerzők köszönetüket fejezik ki Kéryné Dr. Fülöp Ildikónak a 3. ábra megszerkesztéséért.

IRODALOM

- [1] Health for All Database. World Health Organization. 2002.
- [2] Angenent H.L., Beke B.M., Shane P.G.: Structural problems in institutional care for youth. *Journal of Health and Social Policy*, 1991, 2: 83-98.
- [3] Banks M., Bates I., Breakwell G., Bynner J., Emler W., Jamieson L., Roberts K.: *Careers and identities*. Open University Press, 1992, Buckingham.
- [4] Barker D.J.P.: *Mothers, babies and health in later life*. Churchill Livingstone, 1998, Edinburgh.
- [5] Biehal N., Clayden J., Stein M., Wade J.: *Leaving care in England: a research per-*

- spective. 1994. *Children and Youth Services Review* 16(3-4): 231-254.
- [6] Bobak M. and Marmot M.: East-West health divide and potential explanations., p. 3-15. In C. Hertzman, S. Kelly, and M. Bobak (ed.), *East-West life expectancy gap in Europe*. Kluwer Academic Publishers, 1996, Amsterdam.
- [7] Dong M., Anda R.F., Dube S.R., Giles W.H., and Felitti V.J.: The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect and household dysfunction during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 2003, 27: 625-639.
- [8] Elekes Zs.: Drogfogyasztó fiatalok ivási szokásai. *Alkohológia*, 1990, 21: 22-27.
- [9] Elekes Zs.: Vizsgálat a magyarországi drogfogyasztók néhány csoportja körében. *Alkohológia*, 1991, 22: 1-55.
- [10] Farkas Á. személyes közlés. 1997.
- [11] FOCUS. Focus on teenagers-research into practice. 1996. London, HMSO.
- [12] Heffron W.A.B., Skipper B.J., Lambert L.: Health and lifestyle issues as risk factors for homelessness. *Journal of the American Board of Family Practitioners*, 1997, 10: 6-12.
- [13] Herczog M.: A gyermekvédelem dilemmái. Pont Kiadó, 1997, Budapest.
- [14] Hodges J., B. Tizard.: IQ and behavioral adjustment of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1989, 30: 53-75.
- [15] Hutchinson R.L., Tess D.E., Gleckman. A.D., Spence W.C.: Psychosocial characteristics of institutionalized adolescents: resilient or at risk? *Adolescence*, 1992, 27: 339-356.
- [16] Jámbor Gy. személyes közlés. 2002.
- [17] Katz K. személyes közlés. 1997.
- [18] Lukács E. személyes közlés. 1997.
- [19] McCain, M and Mustard, J. F.: *Early Years Study*. 1999. Toronto, Ontario Children's Secretariat.
- [20] Morris R.E., Harrison E.A., Knox G.W., *Tromanhauser E., Marquis D.K., Watts L.L.*: Health risk behavioural survey from 39 juvenile correctional facilities in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 1995, 17(6): 334-344.
- [21] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről, 1992. év. 1993. Budapest.
- [22] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről 1995. év. 1996. Budapest.
- [23] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről 1998. év. 1999. Budapest.
- [24] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről 1999. év. 2000. Budapest.
- [25] Népjóléti Minisztérium. Tájékoztató a család-, gyermek- és ifjúságvédelemről 2000. év. 2001. Budapest.
- [26] O'Halloran M., Carr A., O'Reilly G., Sheerin D., Cherry J., Turner R., Beckett R., Brown S.: Psychological profiles of sexually abusive adolescents in Ireland. *Child Abuse and Neglect*, 2002, 26: 349-370.
- [27] Pennings E.J., Leccese A.P., Wolff F.A.: Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 2002, 97: 773-783.
- [28] Pinkerton J., Stein M.: Responding to the needs of young people leaving state care: law, practice and policy in England and Northern Ireland. *Children and Youth Services Review*, 1995, 17(5-6): 697-709.
- [29] Pumariega, A.J. N.P.S.D. Johnson.: 1995. Emotional disturbance and substance abuse in youth placed in residential group homes. *Journal of Mental Health Administration*, 1995, 22: 426-432.
- [30] Puri, B.K., M.T. Lambert, C.C. Cordess.: Characteristics of young offenders detained under section 53(2) at a young offenders' institution. *Medicine Science and Law*, 1996, 36: 69-76.
- [31] Santelli J.S., Brener N., Lowry R., Bhatt A., Zabin L.: Multiple sexual partners among US adolescents and young adults. *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(6): 271-275.

- [32] *Stein M.*: Leaving care, education and career trajectories. *Oxford Review of Education*, 1994, 20(3): 349-360.
- [33] *Takács, S.* személyes közlés. 1997.
- [34] *Wilkinson, R.*: Unhealthy societies. The afflictions of inequality. Routledge, 1996, New York.
- [35] *Zelnik M.*: 1981. Sexual activity among adolescents, p. 19-34. In: *McAnarney E.R., Stickle G. (ed.)*: Pregnancy and childbearing during adolescence: research priorities for the 1980s. Alan R. Liss, New York.

**Karolina Kósa M.D., Ph.D.,
Dóra Kovács**

Health and health behavior in disadvantaged children

This paper describes the health status and behaviour of disadvantaged children in Hungary based on national data and data from the international literature. 'Disadvantaged' in this context means those children who are registered as 'being in danger' by child protection services, and those who were removed from their families and live in social care. In the

majority of cases children become registered as being in danger because of the poor financial or environmental conditions of their families. Health risk behaviour is more prevalent among children in social care, and their educational achievements are unfavourable compared to their peers living in families. Low educational levels are reflected in the difficulties of adult care leavers such as unemployment and homelessness. The military should be interested in the health status and behaviour of youngsters for two reasons: one is that because of the present practice of mandatory military service, every year new cohorts of young males appear in the military and undergo training. Second, upon the approaching abolishment of mandatory service, the armed forces should be able to identify potential target groups in order to develop a successful recruitment procedure for voluntary service.

*Dr. Kósa Karolina
4012 Debrecen, Pf. 2.*

Szerzőink figyelmébe!

Az utóbbi években Szerzőink, különböző szerkesztési elvek szerint összeállított formában küldik be közleményeiket.

Ezen belül külön problémát jelent a nem megfelelő minőségű, számítógépen elkészített ábrák és szövegek nem reprodukálható feldolgozása. Az egységes kivitelezés érdekében kérjük a közlemény összeállításakor az alábbiak figyelembe vételét:

Munkahely megnevezése,

A dolgozat címe,

Szerző(k) neve (katonai és tudományos fokozat megjelölésével),

Kulcsszavak (a közlemény lényeges fogalmait, új megállapításait tükrözze),

Összefoglalás (a dolgozat érdemi részének összefoglalása – magyar és angol nyelven),

Közlemény,

Irodalom (számozott, külön sorokban történő felsorolás, szerző(k) ABC sorrendben a folyóirat kötetszám, oldalszám feltüntetésével, illetve könyv idézésekor – évszám és a kiadó megnevezését is kérjük.

Ábrák és ábramagyarázatok külön lapon, (fénykép, röntgenfelvétel, stb.)

Táblázatok külön lapon, (nyomdai feldolgozásra alkalmas kivitelben).

A dolgozat végén kérjük feltüntetni az első szerző postai címét a különlenyomat küldés megkönnyítése céljából.

E szerkesztési elvek betartása mind az átfutási időt, mind a szerkesztési munkát meggyorsítja lapunk számára.

Kéziratokat a szerkesztőség címére kérjük 2 példányban és floppy is megküldeni.

