

Vlasta Đuranović, Josip Grgurić
Institut za zaštitu majki i djece, Zagreb
Melita Švob
Institut za migracije i narodnosti
Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb

Primljeno: 28.12.1991.

KARAKTERISTIKE FIZIČKOG ZDRAVLJA DJECE-POVRATNIKA IZ INOZEMSTVA

SAŽETAK

Već duže vrijeme ekonomska migracija jedan je od značajnih činilaca u našoj zemlji. S obzirom da je dijete najosjetljiviji dio obitelji, važno je poznavati i analizirati utjecaj migracije na rast i razvoj djeteta. Tako je i ovaj rad proistekao iz želje da se prikaže i pobliže osvijetli taj problem. U tu svrhu ispitivali smo fizičko zdravlje naše djece migranata, povratnika iz inozemstva (SRNJ) koja su najmanje pet godina živjela u SRNJ i u zadnje tri godine vratila se u domovinu, i usporedili s istim brojem (100) djece kontrolne skupine koja nisu nikad migrirala iz domovine niti su im roditelji migranti. Istraživanje je provedeno u školama grada Zagreba, na djeci starosti 10 do 15 godina, a ispitivani su i njihovi roditelji/staratelji putem posebnih upitnika. Koristeći 14 parametara po kojima smo procjenjivali fizičko zdravlje djece, *nije bilo statistički značajne razlike* među dvjema skupinama po ishranjenosti (koje smo procjenjivali mjerenjem tjelesne visine i mase učenika), zatim u nastupu puberteta, u učestalosti pobola od akutnih i kroničnih respiratornih bolesti i pojavi deficitarnih bolesti i TBC. *Dobivene su statistički značajne razlike* u učestalosti oštećenja vida, koje je veće u grupi djece povratnika (vjerojatno zbog boljeg "ranog screeninga" u predškolskoj i kasnije u školskoj dobi), dok su kariozni zubi češći u kontrolnoj grupi djece, a također i "nepravilno" tjelesno držanje (što može biti posljedica prevelikog opterećenja kralježnice školskim torbama, neprikladnim sjedenjem u klupama i manjom tjelesnom aktivnošću). Dobivena je i razlika u procijepljenosti u korist kontrolne skupine, što se može povezati s nižim obrazovanjem roditelja migrantske djece, pa je to više problem zdravstvene kulture roditelja. Veći broj djece hospitalizirao se u našoj zemlji, a analiza specifičnog morbiditeta pokazala je da se djeca povratnici češće hospitaliziraju zbog prometnih nezgoda.

Uvod

Malo je recentnih istraživanja o zdravlju djece migranata, osobito hrvatske djece u zemljama emigracije i Saveznoj Republici Njemačkoj (u daljnjem tekstu SRNJ). Podaci koje imamo, iako datiraju iz ranijeg razdoblja migracija, mogu ukazivati na etiologiju zdravstvenih poremećaja djece u migraciji, te ih stoga i navodimo.

Zbog loših stambenih uvjeta, lošije prehrane, nesnalazjenja u stranoj sredini, nekorisćenja zdravstvene zaštite ili ustanove za zaštitu djeteta u pravo vrijeme, rasta u nepri-

kladnim dječjim prihvatilištima, u djece migranata češće su zabilježene neke bolesti nego u autohtone djece.

Prema podacima Schmidta (18) u cijeloj SRNJ mortalitet djece stranih radnika veći je od mortaliteta njemačke djece. Udio vanbračne dojenčadi među strancima općenito je niži, ali čak i u vanbračne djece stranih majki smrtnost je znatno veća. Prema podacima iz Münchena, perinatalna smrtnost strance dojenčadi prema njemačkoj malo je povećana. Niže socijalne grupe Nijemaca pak pokazuju slično visoku perinatalnu smrtnost kao Grci ili Talijani (18).

U djece migranata zabilježena je i tri puta češća pojava tuberkuloze (TBC) nego u autohtone djece. Kranig je 1976. u Bavarskoj (20) utvrdio da je rizik stranog djeteta da oboli od TBC tri puta veći od rizika njemačkog djeteta, kad je u skupini djece do 15 godina oboljelo 69 Nijemaca i 181 stranac (na 100.000 stanovnika). Block je (20) 1977, a Schmidt (18) 1978. to i potvrdio. Situacija se s godinama ipak poboljšavala, pa je 1987. Aksu (24) utvrdio da je broj oboljele djece stranaca od TBC dva puta veći nego u Nijemaca.

U Münchenu, Hannoveru i Düsseldorfu, Collatz i Natzsche (9) zaključili su da se češće hospitaliziraju djeca stranih radnika: u njih su češće povrede i lomovi lubanje, češće infekcije gornjih dišnih putova, obstruktivni bronhitis, češći proljevi, ali su puno rjeđe intoksikacije lijekovima i druge etiologije.

Isto su to potvrdili Olbling, Goekeln i sur. sa Sveučilišne Klinike u Essenu (9), a uz to uočili da se djeca stranih radnika rjeđe hospitaliziraju zbog endokrinoloških, kardioloških i nefroloških bolesti (vjerojatno zbog diskretnih simptoma ili otkrivenih pri preventivnim pregledima kojima su rjeđe podvignuta djeca stranaca).

Utvrđeno je, dalje, da se smetnje ponašanja, govorne smetnje i duševne slabosti rjeđe javljaju u djece stranih radnika. "Bolesti civilizacije", kako Nijemci nazivaju anomalije držanja, skolioze, deformacije koljena i stopala, češće su u njemačke djece, kao i adenoidne vegetacije, tonsilitisi i kožne bolesti (19).

Augenpointner i Ascher s Kirurške klinike u Münchenu (1) zabilježili su da morbiditet djece stranih radnika liječene u njihovoj klinici nije veći od morbiditeta njemačke djece, osim što djeca stranih radnika imaju češće apscese, paronihije, opekotine, frakture, a podjednako često fimoze, maligne tumore, upale crvuljka i sl.

I procijepljenost djece stranih radnika vrlo je niska (23). Godine 1977. u Zapadnom Berlinu tokom prve godine života 36% strane djece nije imalo nikakve podatke o cijepljenju, a 30,2% nije primilo nikakva cjepiva. Samo 4,3% djece tokom dojenačke dobi cijepljeno je protiv TBC, a od necijepljene djece 82,9% bilo je zdravo, 12,2% imalo staru dijagnostičiranu TBC, 3% imalo je blizak kontakt sa TBC, a 1,9% svježu infekciju.

Međutim, deset godina kasnije, 1987, prema podacima Scholza iz Zapadnog Berlina (23), situacija je što se tiče procijepljenosti djece stranih radnika bila nešto bolja.

U svemu ovome značajnu ulogu imala je nedostatna opća i zdravstvena prosvijećenost, a nedostatak informacija može biti uvjetovan poteškoćama vezanim za znanje jezika. Osim toga, preventivne mjere i mjere rehabilitacije rjeđe se provode kod djece stranih radnika, pa je i više kronično bolesnih.

Međutim, produljenjem boravka u inozemstvu, stabiliziranjem obitelji i povišenjem životnog standarda smanjili su se negativni utjecaji migracija. Naši radnici i njihove obitelji idu među one strance koji su se dobro integrirali i prihvatili mnoge norme ponašanja

njemačkog društva. Postavlja se danas pitanje koliko su djeca naših migranata zdravstveno ugrožena i mogu li se i na njih primijeniti rezultati rađeni na djeci drugih narodnosti?!

Cilj istraživanja

Neposredni cilj ovog rada jest utvrditi kakav utjecaj ima migracija u inozemstvo na rast i razvoj djece i njihovo fizičko zdravlje. S obzirom na specifične uvjete života kojima su izložena djeca u migraciji (veći rizici po zdravlje i normalan rast i razvoj), u toj populaciji očekuje se i više zdravstvenih problema.

Posebno smo željeli utvrditi postoje li razlike među skupinama koje smo ispitali u pobolijevanju, procijepljenosti i broju hospitaliziranih.

Uzorak

Istraživanjem su obuhvaćena djeca od 10 do 15 godina (učenici 4-8 razreda osnovne škole i 1. razreda srednje škole). Planirano je kao istraživanje dvaju komparabilnih skupina:

- skupine A1: koju čine djeca-povratnici iz SRNJ, koja su najmanje 5 godina živjela u SRNJ i u zadnje 3 godine vratila se u Zagreb, a sastavljena je prema evidenciji nostrificiranih školskih svjedodžbi djece koja su se vratila u Hrvatsku i prema podacima dobivenim iz škola i školskih dispanzera;
- skupine A2: koju čine djeca kontrolne skupine, koja nisu nikad migrirala izvan Hrvatske niti su im roditelji migranti, a izabrani su od učenika istih razreda i škola što ih pohađaju učenici povratnici.

Obje skupine izjednačene su prema:

1. kronološkoj dobi (razredima)
2. broju ispitanika
3. spolu
4. sličnom uspjehu u školi
5. sličnom socioekonomskom statusu obitelji

Obje skupine sastoje se od po 100 djece, od kojih je 49 djevojčica i 51 dječak.

Metode istraživanja

U istraživanju je upotrijebljen demografski upitnik što su ga popunjavali roditelji (staratelji) i zdravstveni upitnik kojeg je popunjavao liječnik.

To su:

1. *Demografski upitnik* je koncipiran tako da daje osnovne podatke o djetetu, roditeljima, migraciji, povratku i socioekonomskom statusu obitelji.
2. *Zdravstveni upitnik* po kojem smo dobili podatke o:
 - a) stanju uhranjenosti djeteta (tjelesnoj visini, masi i relativnoj masi)
 - b) tjelesnom držanju
 - c) bolestima zuba
 - d) učestalosti kroničnih bolesti, posebno obstruktivnog bronhitisa
 - e) učestalosti akutnih respiratornih bolesti
 - f) deficitarnim bolestima (rahitisu, anemiji, TBC)
 - g) smetnjama vida i sluha
 - h) nastupu puberteta
 - i) cijepljenjima
 - j) hospitalizacijama

Obrada podataka

U statističkoj obradi podataka primijenjeni su postupci za testiranje značajnosti razlike među distribucijama (χ^2 -test), u određenim granicama vjerojatnosti ($P=0,05$) i uz određeni broj stupnjeva slobode. Upotrijebljene su i "n-m" tablice kontingencije (12).

Rezultati istraživanja

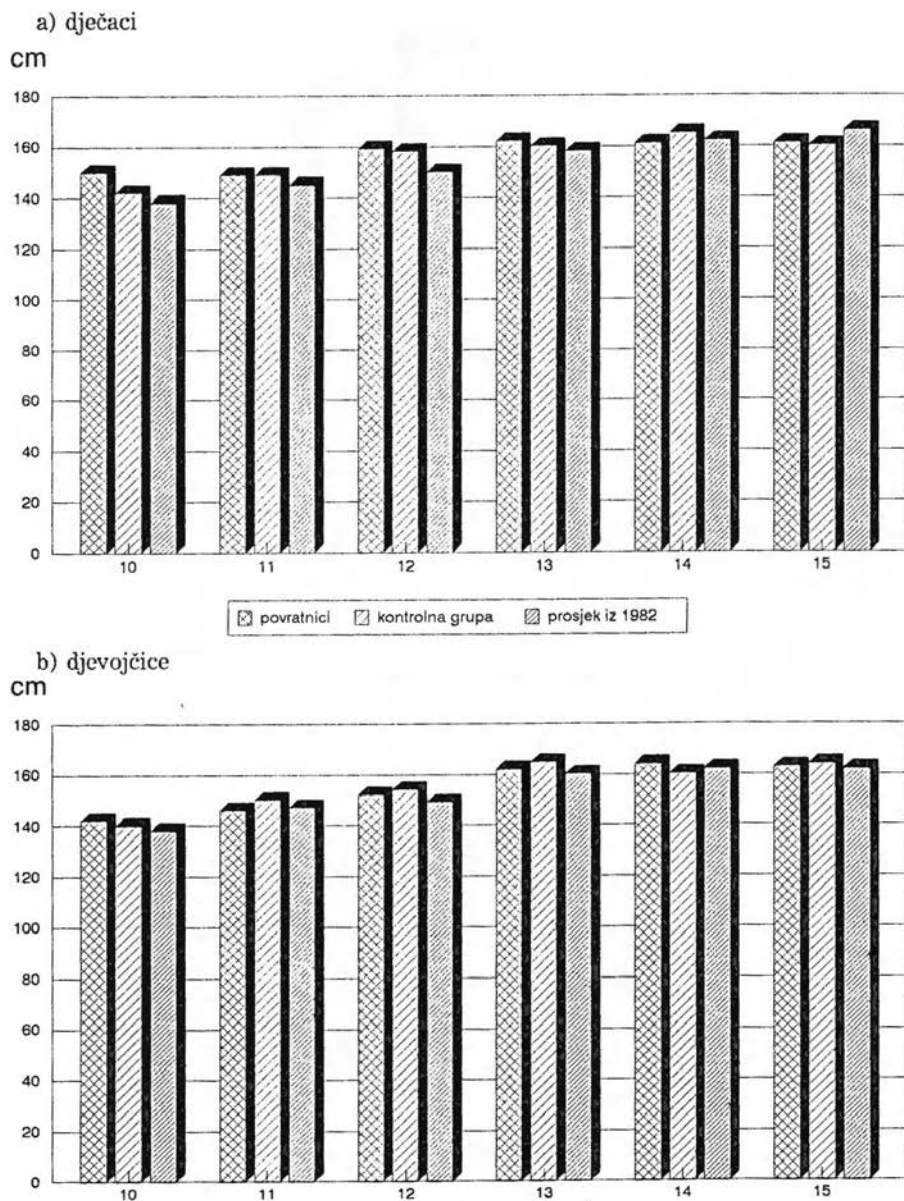
Dio istraživanja koji nam je dao podatke o fizičkom zdravlju djece nakon povratka iz inozemstva, analizirali smo u tri smjera:

1. *osobitosti fizičkog zdravlja* djece (stanje ishranjenosti i poboljševanje),
2. utvrđivanje *razlika u procijepljenosti* između dviju komparabilnih skupina i
3. utvrđivanje *razlike u broju hospitalizirane djece* u njemačkim i hrvatskim bolnicama.

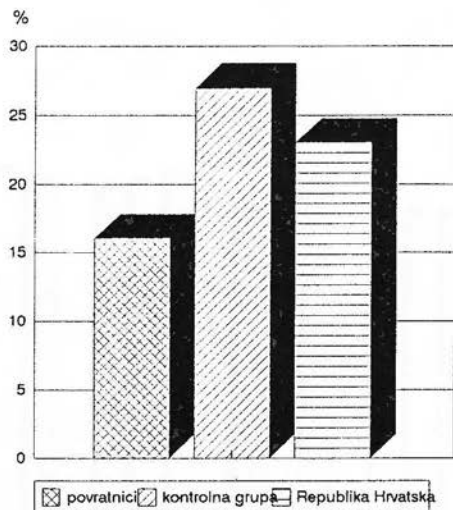
Ad 1) *Stanje ishranjenosti djece* ispitali smo antropometrijskim mjerama (tjelesna visina i masa).

Registraciju procesa rasta visine i tjelesne mase pratili smo tzv. transverzalnim istraživanjem, kojim se samo jedanput mjerila tjelesna visina i masa. Učenici su prema spolu razvrstani u jednogodišnje grupe. Raspon dobi ispitanika u oba spola bio je 10-15 godina. Utvrđena je i prosječna visina prema dobi i spolu i uspoređena je s prosječnim vrijednostima, zagrebačkih učenica i učenika iz 1982. Razlike su među skupinama bile zanemarljive (slika 1).

Slika 1.-Prikaz tjelesne visine djece povratnika i kontrolne grupe u usporedbi s prosjekom zagrebačkih vršnjaka iz 1982.



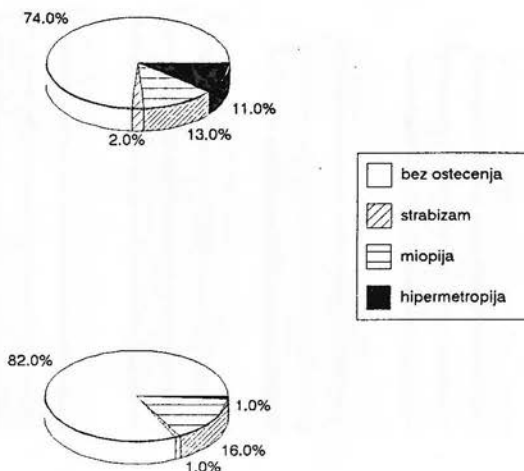
Slika 2.-Razlike u nepravilnom tjelesnom držanju među skupinama A1 i A2, u usporedbi sa prosjekom u Republici Hrvatskoj



Podaci o tjelesnom držanju djece dobiveni su pregledom kartoteka školskih dispanzera, anamnestički i kliničkim pregledom. Najčešće uočena promjena na lokomotornom sustavu bila je nepravilno tjelesno-skoliotično držanje, koje je statistički značajno bilo češće u kontrolnoj skupini djece (slika 2).

Podatke o učestalosti smetnji vida kod djece dobili smo anamnestički. Od refrakcijskih anomalija, najčešće se javljala miopija (kratkovidnost).

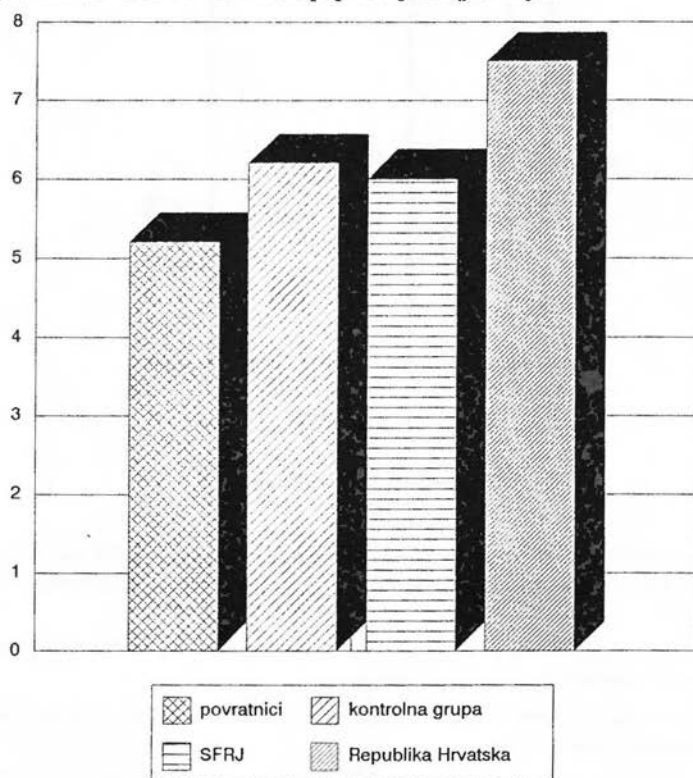
Slika 3.-Razlike u učestalosti smetnji vida u djece iz skupina A1 i A2:



Prema gornjem grafikonu vidljivo je da su refrakcijske smetnje češće uočene u skupini djece povratnika, što je dokazano i statističkom obradom.

Bolesti zuba kod djece ispitani smo tzv. KEP-indeksom (zbroyem karioznih, skrahiranih i popravljenih zuba). Nakon izračunate aritmetičke sredine, dobili smo srednju vrijednost KEP-indeksa u obje skupine (slika 4):

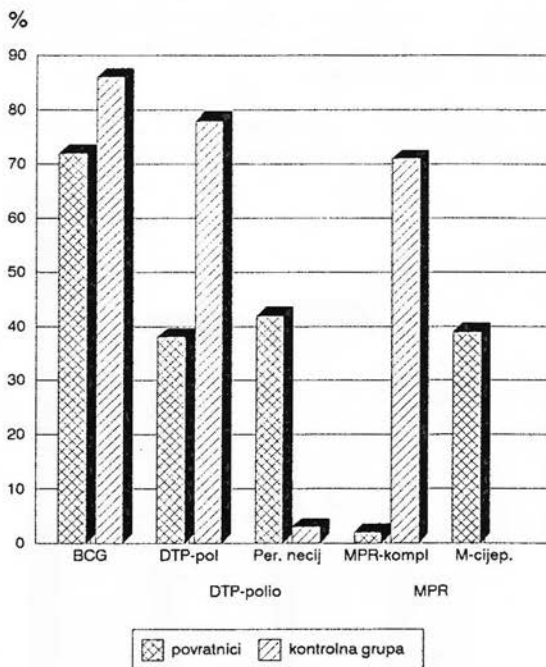
Slika 4.-Grafički prikaz KEP-indeksa u skupinama A1 i A2 u usporedbi s prosjekom SFRJ i Republike Hrvatske iz 1987. na populaciji 12-godišnjaka:



KEP-indeks viši je u kontrolnoj skupini djece i odgovara jugoslavenskom prosjeku iz 1987, a niži je od prosjeka Republike Hrvatske. Općenito je u našoj populaciji još uvijek visok u odnosu na zapadnoevropske zemlje. Prema Svjetskoj Zdravstvenoj Organizaciji (WHO) iznosi 3,9-5,5 zuba, što odgovara prosjeku u skupini djece povratnika.

Ad 2) Utvrđivanje razlika u procijepljenosti među skupinama:

Slika 5.-Razlike u procijepljenosti djece ispitanih skupina A1 i A2

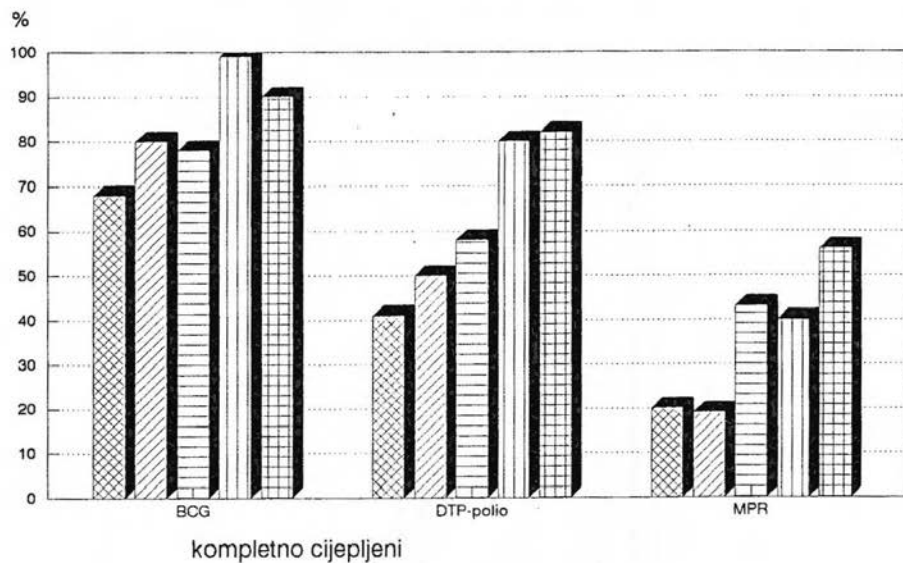


Razlozi za lošiju procijepljenost djece povratnika (koja je statistički značajna) mogu biti uvjetovani i nekim razlikama u kalendaru cijepjenja između SRNJ i Republike Hrvatske:

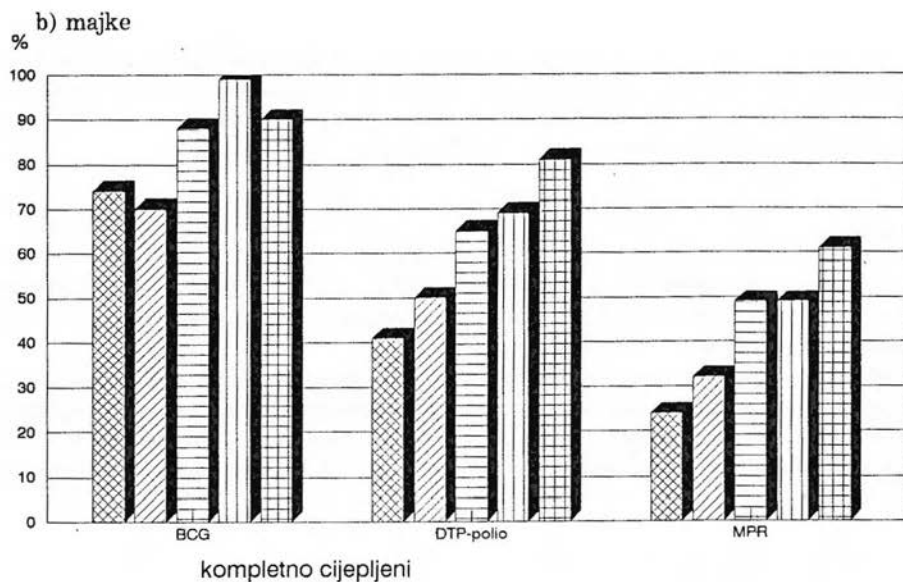
- u SRNJ u zadnjih se deset godina i više nije cijepilo protiv hripavca zbog komplikacija cijepjenja (davano je kao monovakcina)
- zbog dobre epidemiološke situacije što se tiče TBC (do 70-ih godina), nije bilo obavezno BCG-iranje u rođilištima
- cjepivo protiv ospica, mumpsa i rubeole, nije kombinirano kao u nas, zbog čega je djecu bilo teže obuhvatiti cijepjenjem (za jednokratno cijepjenje u Hrvatskoj, u SRNJ je trebalo odlaziti u dispanzer tri puta).

Bolja je procijepljenost među djecom kojoj su roditelji višeg obrazovanja. Djeca domaćica (koje su u ovom uzorku uglavnom nekvalificirane radnice) vrlo su slabo procijepljena (slika 6). Dakle, o niskom obrazovnom nivou roditelja ovisna je neprocijepljenost njihove djece.

Slika 6.-Grafički prikaz utjecaja stručne spreme roditelja na procijepljenost djece ispitanih skupina a) očevi

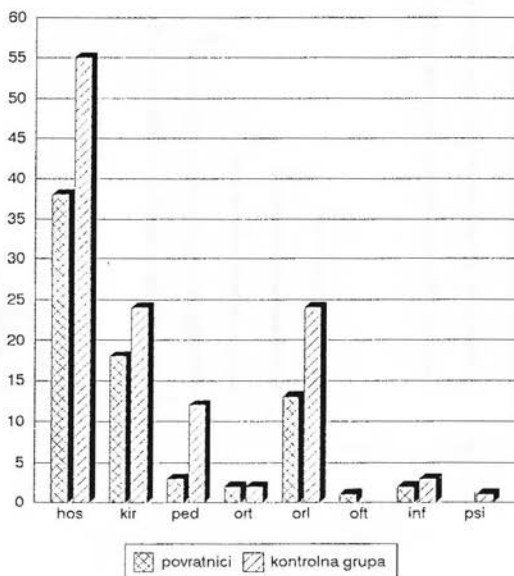


NK
 KV
 SSS
 VSS
 VSS



Ad 3) Utvrđivanje razlika u broju hospitalizirane djece u njemačkim i hrvatskim bolnicama, između djece povratnika i kontrolne skupine (slika 7).

Slika7.-Grafički prikaz hospitaliziranih u obje skupine



Statistički značajno češće se hospitaliziraju djeca u Hrvatskoj nego u SRNJ. Djeca povratnici češće su bila hospitalizirana zbog prometnih nezgoda, što se slaže i s podacima iz literature, dok su u našim bolnicama djeca bila češće hospitalizirana zbog upala pluća, recidivirajućeg bronhitisa (spastičnog) i tonzilektomija.

Rasprava

Da bismo utvrdili kakvo je zdravstveno stanje djece povratnika u našem uzorku, izvršili smo sistematski pregled te djece i uzeli opsežne anamnestičke podatke o poboljevanju, cijepljenju i hospitalizacijama u SRNJ.

Stanje uhranjenosti djece ispitali smo antropometrijskim mjerama koje omogućuju jednostavnu procjenu uhranjenosti mjerenjem tjelesne visine i mase, koje smo usporedili sa standardima za dob (prosjeak zagrebačkih učenika i učenika iz 1982). Prema slici 1 vidljivo je da ne postoje razlike u visini (a izračunavanjem relativne mase djece, niti u težini) među ispitanicima.

Visina zagrebačke djece veća je od jugoslavenskog prosjeka, a i hrvatski prosjek veći je od jugoslavenskoga. Niži od zagrebačke djece su Novosađani, približno jednaki Ljubljanci, Dubrovčani i Česi, a viši od Zagrepčana jesu Šveđani i Norvežani (16).

Prema nedavnim istraživanjima prof. Prebega (1988) nađene su regionalne razlike u visini djece u pojedinim dijelovima zemlje: viša su djeca na jugu (Dalmaciji i Primorju), niža na sjeveru (Slavoniji i Zagorju). Te razlike mogu se objasniti i određenim etničkim obilježjima. Međutim, nađene su i stanovite razlike unutar samih regija, u grupama djece, po socijalnim obilježjima: tako su viša djeca u službeničkim nego u radničkim i zemljoradničkim obiteljima, kao i u obiteljima s manjim brojem djece. To govori u prilog većeg utjecaja okolinskih činilaca (15, 22).

Istraživanje slično našem vršeno je u Portugalu, Maroku i u Turskoj. U Portugalu i Maroku nije dobivena razlika u visini i masi djece migranata i nemigranata, ali su u Turskoj rezultati ukazali na bolju uhranjenost u skupini djece koja žive u Berlinu nego u one djece koja su se vratila iz Berlina i one koja nisu nikad migrirala izvan Turske. Znači da je u Berlinu uravnoteženija i raznovrsnija prehrana uza sve ostale pogodnosti života u SRNJ (10, 2).

U prilog tome ide istraživanje njemačkih liječnika, koji su od 1975. do 1987. mjerili visinu djece stranih radnika pri upisu u osnovnu školu i uspoređivali je s visinom njemačke djece iste dobi. Djeca stranih radnika 1987. bila su u prosjeku za 3 cm viša od djece stranih radnika iz 1975. Dakle, u 12 godina došlo je do akceleracije rasta. To je, između ostalog, uvjetovano i poboljšanjem životnog standarda zahvaljujući kojem se njihov genetski potencijal rasta mogao bolje iskoristiti. Međutim, kod njemačke djece već od 1969. nema više akceleracije rasta, jer su oni već tada postigli takav socioekonomski status da su sva djeca iz njemačke populacije mogla svoj genetski potencijal rasta u potpunosti iskoristiti. Također se prema tom istraživanju vidi da se i razlika u visini između njemačke i nenjemačke djece postepeno smanjuje. Dakle, produženjem boravka djece stranih radnika u inozemstvu, njihovo stanje uhranjenosti sve je sličnije njemačkim vršnjacima, zahvaljujući boljim socioekonomskim uvjetima života (23). Koliko mogu biti jaki vanjski činioci pokazuje primjer da su djeca japanskih doseljenika u Kaliforniji viša od svojih vršnjaka u Japanu, djeca zaposlenih roditelja viša od djece nezaposlenih i sl. (4).

Proces akceleracije rasta i razvoja povezan je s izvjesnim patološkim zbivanjima lokomotornog sustava u smislu insuficijencija i deformacija, koje se zbivaju u nekim fazama rasta, najčešće u vrijeme tzv. adolescentnog zamaha rasta, kada dolazi do nerazmjera između ubrzano postignute visine tijela i mogućnosti adaptacije mišićno-vezivnog tkiva (14). Posljedica su razna iskrivljenja kralježnice i *nepravilno tjelesno držanje*. Najčešće je skoliotično držanje (postranično iskrivljenje kralježnice pod kutom do 20° u obliku luka, koje se kod antefleksije ispravlja), a koje gotovo nikad ne prelazi u strukturalne skolioze i spontano nestaje kad djeca postanu zainteresirana za svoj izgled (17,5).

U našem uzorku, skoliotično je držanje signifikantno češće u kontrolnoj skupini djece (29%:16% - slika 2), a razlog može biti: lošiji "rani screening" još u vrtićkoj dobi, manja tjelesna aktivnost, prevelika opterećenja kralježnice teškim školskim torbama ili nepravilan položaj u klupama u odnosu na izvor svjetlosti.

Podaci o učestalosti skoliotičnog držanja u školske djece različiti su u raznim zemljama, pa i u našoj, gdje im je raspon 2-60% (8,11) vjerojatno zbog neujednačenih dijagnostičkih kriterija.

Stanje zuba ispitali smo KEP-indeksom (zbroyem karioznih, ekstrahiranih i popravljenih zuba), koji je nešto veći u kontrolnoj skupini djece i iznosi 6,3 (aritmetička sredina grupe) (slika 4). To odgovara jugoslavenskom prosjeku, ali je niži od hrvatskog prosjeka (7,6). KEP-indeks u povratnika je 5,4 i odgovara preporuci Svjetske Zdravstvene Organizacije, što znači da je stomatološka zaštita bolja u školama SRNJ nego u školama u Hrvatskoj (13,7,25,21,26).

Statistički značajna razlika dobivena je u učestalosti *oštećenja vida*. Djeca povratnici imaju češće refrakcijske anomalije (26%:18%) (slika 3). To se slaže i s podacima njemačkih liječnika koji su kod svoje djece ustanovili 20% refrakcijskih anomalija u odnosu na 10% istih kod djece stranih radnika, pa i te bolesti smatraju "bolestima civilizacije" (1).

U ovom istraživanju *nisu dobivene statistički značajne razlike* u poboljšavanju od akutnih i kroničnih respiratornih bolesti, pojavi anemije, rahitisa i TBC, iako je TBC u SRNJ još uvijek dva puta češća u populaciji strane djece u odnosu na njemačku djecu (24). Širenje TBC među migrantima privlači pažnju mnogih istraživača, jer bolest prijeti preostalim dijelom stanovništva. Tako je dr. Cooke dokazao da je broj slučajeva TBC znatno veći među migrantskim grupama (pogotovu Azijatima i Afrikancima) nego među domaćim stanovništvom Britanije (3). U SRNJ incidencija TBC 1986. bila je 24,5 na 100.000 stanovnika, najveća u regiji Zapadnog Berlina (49,8 na 100.000) gdje živi najveći broj stranih radnika i njihovih obitelji (28). Najniža incidencija TBC zabilježena je u Norveškoj (5,6 na 100.000 stanovnika); zatim u Danskoj, Nizozemskoj, Švedskoj i Islandu, dok zemlje Istočne Evrope imaju incidenciju 36,4 do 69,8 na 100.000 stanovnika (6).

U ovom istraživanju dobiveni su i podaci o *procijepljenosti djece* u obje skupine (slika 5). Kompletno cijepljenih povratnika (što znači da su BCG-irani, primili pet puta DTP-Polio i jedan put MPR cjevivo) jest 33%, a kontrolne grupe 71%. Statističkom obradom dokazana je značajna razlika. Ti podaci odgovaraju istima iz sličnih istraživanja njemačkih liječnika. Prema podacima iz 1987. u Berlinu je BCG-irano 22,3% djece stranih radnika i 13% Nijemaca (23). Antireklama protiv cijepljenja BCG-om u SRNJ, koja je stvorena zbog relativno dobre epidemiološke situacije što se tiče TBC, negativno se "odrazilo" na stranu djecu, za koju još uvijek postoji rizik obolijevanja. Naime, svake godine bacilom TBC inficira se deset puta više djece u Turskoj nego u SRNJ (24). Tako se turska djeca u SRNJ (koja su necijepljena) inficiraju prilikom posjete domovini pa pri povratku u SRNJ povećavaju broj oboljelih. Slična je situacija i s djecom drugih narodnosti (24). Zbog toga su njemačke zdravstvene vlasti donijele 1987. preporuku za cijepljenje sve novorođenčadi i tuberkulin negativnih mladih (28,27).

Razlog niske procijepljenosti djece stranih radnika najviše je nedostatak zdravstvenog prosjeđivanja, neznanje jezika te problem plaćanja zdravstvenih usluga. U našem uzorku, uzrok tome jest nedostatak zdravstvene kulture, što smo dokazali činjenicom da je najslabija procijepljenost u djece povratnika kojoj su roditelji nekvalificirani radnici (slika 6).

Statistički značajno češće se *hospitaliziraju djeca* kontrolne skupine u bolnicama u Hrvatskoj (slika 7), i to najčešće zbog upala pluća, ponavljanih spastičnih bronhitisa, operacije crvuljka ili vađenja mandula, dok se djeca povratnici češće hospitaliziraju zbog prometnih nezgoda, što potvrđuju i druga istraživanja u SRNJ: prema podacima Klinike u Münchenu djeca stranih radnika češće se hospitaliziraju zbog prometnih nezgoda, povreda, opekotina i upalnih procesa koje treba kirurški tretirati (1). Prema podacima Klinike u Lübecku, za 28% veći je rizik povrede djece stranih radnika, pogotovu Turaka, u odnosu

na njemačku djecu. Tome najviše pogoduju nepovoljni uvjeti stanovanja, boravak u kuhinji najveći dio dana, gdje se mala djeca igraju (24).

Dakle, prema parametrima upotrijebljenim u ovom istraživanju, nađene su neke statistički značajne razlike u fizičkom zdravlju među skupinama. Prema podacima iz literature, a to pokazuje i ovo istraživanje, više su ugrožena predškolska djeca, jer njihovo zdravlje ovisi o njihovim roditeljima. Naime, majke su im većinom zaposlene, a nemaju šire obitelji za pomoć i čuvanje, slabije su uključena u predškolske ustanove, često borave veći dio dana sama u kući, gdje su izložena i češćim povredama, pa je broj neugoda veći kod djece migranata. Zbog zauzetosti poslom, lošijeg poznavanja jezika, kao i organizacije zdravstva u SRNJ, strani roditelji rjeđe vode djecu na kontrolne preglede, što je i uzrok slabijoj procijepljenosti u toj dobi.

Školska djeca u nešto su boljem položaju, jer u školama imaju organiziranu prehranu, razne tjelesne aktivnosti, te medicinsku i stomatološku zaštitu, pa je i KEP-indeks manji u skupini povratnika, a prema njemačkim liječnicima, bolja je procijepljenost u starijim dobnim skupinama.

Ovo istraživanje pobliže je osvijetlilo problem učenika, povratnika iz inozemstva. Prikazali smo stanje koje nas je iznenadilo i obradovalo, a to je da između njih i djece koja nisu nikad migrirala izvan Hrvatske, nema više tako značajnih razlika što se tiče somatskog zdravlja i pobolijevanja.

Zaključci

Istraživanje psihofizičkih osobina djece naših radnika u inozemstvu provedeno je na grupi od 100 djece od 10 do 15 godina, koja su provela u Saveznoj Republici Njemačkoj najmanje 5 godina u odnosu na odgovarajuću grupu djece kontrolne skupine (djeca iz Hrvatske koja nisu nikad migrirala niti su migrirali njihovi roditelji). Odgovarajućom statističkom obradom mogli su se izvesti slijedeći zaključci:

1. Somatski razvoj na temelju standardnih parametara (anamneze, kliničkog pregleda i antropometrijskih mjera, te pojave puberteta) nije dao statistički značajnih razlika među skupinama, što se tiče stanja uhranjenosti, deficitarnih bolesti i pobola od respiratornih bolesti.

2. Dobivene su statistički značajne razlike među skupinama u slijedećim varijablama: refrakcijske anomalije češće su u djece povratnika, a nepravilnog tjelesnog držanja i karioznog zubala ima više u kontrolnoj skupini.

3. Dobivena je statistički značajna razlika u procijepljenosti u korist kontrolne skupine, što se može povezati s nižim obrazovnim nivoom roditelja te djece.

4. Dobivena je statistički značajna razlika u većem broju hospitalizirane djece u kontrolnoj skupini, dok analiza specifičnog morbiditeta pokazuje da su djeca povratnici češće bila hospitalizirana zbog prometnih nezgoda.

LITERATURA

1. Angerpointner, T.; Hecker, W.Ch. Kinder ausländischer Arbeitnehmer aus Kinderchirurgischer Sicht, u: *Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer*, Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1980:61-7.
2. Charbit, Y.; Bertrand, C. *Enfant, familles, migrations dans le Basin Mediterranéen* (etude realissce avec le concurs da L'UNICEF Travaux et documents Cahier no 110). Presse Univeersitaires de France, 1985.
3. Donovan, J.L. Ethnicity and Health. *A Research Review*. Soc. Sci. Med. vol. 19, 1984:7:663-70.
4. Ligutić, I. Rast i razvoj djeteta. Hereditarni faktori rasta djeteta. Podsjetnik uz predavanja.
5. Matasović, T.; Strinović, B. *Dječja ortopedija*, Školska knjiga, Zagreb, 1986:271-8.
6. Mikulić, Ž.; Kristić-Burić, M.; Đenero-Margan, I.; Suvajdžić, S. TBC - stoljeće nakon otkrića uzročnika, u: *Odabrana poglavlja iz pedijatrije*. Narodne novine, Zagreb, 1990:279-305.
7. Miličić, A. Nalaz dentalnog karijesa eugrate i disgnate djece predškolske dobi. *Acta stomatologica Croatica*, vol. 22, 1988:2:117-25.
8. Mitrović-Cakić, B.; Martinović, J. Značaj koordinirane akcije na ranom otkrivanju, preveniranju i liječenju deformiteta kičme u školske djece. *Zdravstvena zaštita*, 1989:2:45-9.
9. Olbling, M.; Gocklein, R.; Kersten, J.; Koslowski, B. Kinder ausländischer Arbeitnehmer im stazionaren Patientgut einer pädiätischen Schwerpunkt-klinik, u: *Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer*, Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1980:64-7.
10. Oztek, Z.; Bertran, M.; Aygyn, R.; Uncl, J. Health Problems of Turkish Workers Children Living in West Berlin. *International Conference of the Children of Migrant Workers*. Ankara, 1977:15-30.
11. Pečina, M.; Strinović, B.; Antičević, D. Mogućnosti liječenja skolioza i kifoza otkrivenih u školsko doba, u: *Zbornik radova I kongresa liječnika školske medicine*, Zagreb, 1980:415-9.
12. Petz, B. *Osnovne statističke metode*, Zagreb, 1974.
13. Plančak, D.; Aurer-Koželj, J. Parodontne bolesti, dentalni karijes i stomatološka zaštita u stanovnika Zagreba. *Acta stomatologica Croatica*, vol. 22, 1988:3:195-202.
14. Posinković, B. Akceleracija rasta i razvoja u odnosu na pojavu i suficijencije i deformacije lokomotornog sustava. *Arhiv ZMD*, 1989:33:155-60.
15. Prebeg, Ž.; Gudac, D.; Jurčević, Z.; Jovanović, H.; Jureša, V.; Kušter-Nakić, V. Neke karakteristike somatskog rasta učenica i učenika u različitim područjima Hrvatske, u: *Zbornik radova I kongresa liječnika školske medicine Jugoslavije*, Zagreb, 1980:2:236-50.
16. Prebeg, Ž. Tjelesni rast i razvoj, u: Drobñjak, P. i sur. *Ginekologija dječje i adolescentne dobi*. Zagreb, Jumena, 1980:35-53.

17. Ruškovski, J. i sur. *Ortopedija*. Zagreb, Jumeana, 1979:359-65.
18. Schmidt, E. Morbidität und Mortalität der Kinder ausländischer Arbeitnehmer, in der Bundesrepublik Deutschland. *Die Kinder Ausländischer Arbeitnehmer*, Fortschritte der Sozialpädiatrie, Band 5. Herausgegeben von Th. Hellbrugge, München, Urban und Schwarzenberg, München, Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1980, 16-21.
19. Scholz, D. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung von Kinder ausländischer Arbeitnehmer in Berlin West, u: *Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer*, Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1980:100-3.
20. Sticke, H.; Wohlgemuth, M. Infektionskrankheiten und Impfcshuntz bei Kinder Ausländischer Arbeitnehmer, u: *Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer*, Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1980, 54-60.
21. Topić, B. Aktivna stomatološka zaštita, u: Rajić Z. i sur. *Preventivne mjere u stomatologiji*, Zagreb, 1990:15-20.
22. Vidović, J.; Jovanović, H. Utjecaj socio-ekonomskih činilaca na rast i razvoj učenica i učenika u različitim područjima Slavonije, u: *Zbornik radova I kongresa liječnika školske medicine Jugoslavije*, Zagreb, 1980:241-6.
23. Von Dieter Scholz. Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen ausländischer Kinder von 1975 bis 1987. *Sozialpädiatrie*, 12, 1990:4:295-7.
24. Von Fuat Aksu. Gesundheitsriziken und medizinische Verogung türkischer Kinder in der Bundesrepublik, *Sozialpädiatrie*, 9, 1987:10:684-92.
25. Vrbić, V.; Rajić, Z.; Premik, M. Stanje oralnih bolesti u Jugoslaviji, u: Rajić, Z. i sur. *Preventivne mjere u stomatologiji*, Zagreb, 1990:13-4.
26. Vrbić, V.; Vuković, M.; Rajić, Z.; Topić, B.; Tatić, E. Oralno zdravlje u stanovništva Jugoslavije, *Zdravstvena zaštita*, 1988:4:7-15.
27. Weber, V., u: Hoffman A. Die Kindertuberculose - ein Nostalgie? *Sozialpädiatrie*, 8, 1986:2:76-8.

THE CHARACTERISTICS OF THE PHYSICAL HEALTH OF CHILD RETURNEE-MIGRANTS

SUMMARY

Already for quite a time labour migration has been one of the important factors in our country (Croatia). In view of the fact that the child is the most sensitive part of the family, it is important to recognise and analyse the effect of migration on the development and growth of children. Hence this paper was written with the desire to describe and illustrate this problem more fully. In order to do so, we examined the physical health of migrant children, returnees from abroad (from the former Federal Republic of Germany), who had lived at least five years in Germany and had returned to the homeland within the last three years. Along with this group (100 children), we studied a control group of children who had never migrated abroad and whose parents were likewise non-migrants. The research was conducted in the schools of the city of Zagreb among children between 10 and 15 years of age. Their parents/guardians were also surveyed with a special questionnaire. Using 14 parameters with which we determined the physical health of children, we found that there were no statistically significant differences between the two groups in regard to nourishment (assessed by the measurement of body height and mass of the pupils), in regard to the onset of puberty, in the frequency of acute and chronic respiratory illness and in the frequency of deficient illness and TBC. Statistically significant differences were found in the frequency of impaired vision, which was greater in the returnee group (possibly due to better "early screening" in the pre-school and school age period), whereas tooth decay was greater in the control group, as was also "improper" body posture (which may be the effect of overburdening the spine with school bags, incorrect sitting at desks and lesser body activity). There was also a difference in regard to immunisation, which was higher in the control group, which may be linked to the lower level of education of the parents of the migrant children, as is thus a problem of the health culture of their parents. A higher proportion of children were hospitalised in Croatia, whereas the analysis of the specific morbidity showed that returnee children were more often hospitalised due to traffic accidents.