

A Koragyermekkori Evés-Alvászavar Ambulancia ellátási modelljét kísérő tudományos nyomon követés első leíró eredményei

SCHURING NOÉMI, DANIS ILDIKÓ, GERVAI JUDIT, GULÁCSI ÁGNES, ÁGOSTON OLGA, SIBA MÓNIKA, STADLER JUDIT, BALÁZS KRISZTINA, EGYED KATALIN, SZÖLLŐSI ÁGNES, KECSKEMÉTI JUDIT, HOLLÓSI LILLA, SZABÓ LÁSZLÓ

FIRST DESCRIPTIVE RESULTS OF SCIENTIFIC MONITORING THE CARE MODEL IN THE EARLY CHILDHOOD EATING AND SLEEP DISORDERS OUTPATIENT CLINIC

BEVEZETÉS – Háromrészes cikksorozatunk befejező részében a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Madarász utcai Koragyermekkori Evés-Alvászavar Ambulanciája klinikai modelljét kísérő tudományos nyomon követés első empirikus eredményeit ismertetjük.

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK – Az adatfelvételt 2018. július 1. és 2020. december 31. között történt. A 30 hónap során 608 esetről nyertünk kutatási adatokat az orvosi anamnézis kérdőívvel és a betegútról szóló dokumentációkkal. A teljes mérőeszközrendszer leírása cikksorozatunk előző, második részében olvasható.

EREDMÉNYEK – A kutatási programba 307 fiú és 301 leány adatai kerültek, átlagos életkoruk $16,20 \pm 8,83$ hónap volt. A tünetek eloszlása szerint a következő problémákkal találkoztunk: evészavar ($n = 501$), alvászavar ($n = 214$), evéssel és alvással is összefüggő nehézségek együtt ($n = 111$). Az ambulanciát a legtöbb család házi gyermekorvos ($n = 234$) és egyéb szakorvos (n

INTRODUCTION – In the last one of our three-part study we present the first empirical results of scientific monitoring of the care model practised in the Madarász Street Early Childhood Eating and Sleep Disorder Outpatient Clinic at the Heim Pál National Institute of Pediatrics.

PATIENTS AND METHODS – Data collection lasted from July 1, 2018 to December 31, 2020. During this 30-month period we obtained research data in 608 cases by medical history questionnaires and patient path records. The full set of measurement instruments has been presented in the second part of our study.

RESULTS – Data of 307 male and 301 female children (mean age of 16.20 ± 8.83 months) were included. The distribution of symptoms was as follows: eating disorders ($n = 501$), sleep disorders ($n = 214$), both combined ($n = 111$). Most families visited the clinic by admission of their general practitioner ($n = 234$) and other specialists ($n = 211$). The outpatient clinic protocol

dr. SCHEURING Noémi: Koragyermekkori Evés-Alvászavar Ambulancia, Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Early Childhood Eating and Sleep Disorders Outpatient Clinic, Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest

dr. DANIS Ildikó: Semmelweis Egyetem, EKK, Mentálhigiéné Intézet/Semmelweis University, Institute of Mental Health, Budapest

dr. GERVAI Judit: MTA, TTK, Kognitív Idegtudományi és Pszichológiai Intézet/RCNS Institute of Cognitive Neuroscience and Psychology

dr. GULÁCSI Ágnes, ÁGOSTON Olga, BALÁZS Krisztina, SZÖLLŐSI Ágnes, KECSKEMÉTI Judit, dr. HOLLÓSI Lilla Eszter: Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest

SIBA Mónika: Budapesti Korai Fejlesztő Központ/Budapest Early Intervention Centre Budapest; Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest
STADLER Judit: Pest Megyei Pedagógiai Szakszolgálat Gödöllői Tagintézmény/Pest County Pedagogical Service Gödöllő Member Institution; Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute

dr. EGYED Katalin: ELTE, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Kognitív Pszichológia Tanszék/Eötvös Loránd University, Faculty of Educations and Psychology, Institute of Psychology, Department of Cognitive Psychology

dr. SZABÓ László (levelező szerző/correspondent): Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet/Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest; Semmelweis Egyetem, Egészségtudomány Kar, Családgondozási Módszertani Tanszék/Semmelweis University, Institute of Health Science, Family Care Methodology Department, Budapest; H-1089 Budapest, Üllői út 86. E-mail: szabo.laszlo.md@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7589-3585>

Érkezett: 2023. március 30. Elfogadva: 2023. május 8.

<https://doi.org/10.33616/lam.33.0277>

= 211) irányítására kereste fel. Az ambulancia programjában a gyermekgyógyászati orvosi vizsgálat és konzultáció mind a 608 esetben megtörtént. A betegút során a családok gyógypedagógussal (n = 248), pszichológussal (n = 154) és dietetikussal (n = 176) is találkoztak.

KÖVETKEZTETÉSEK – Eredményeinket a nemzetközi szakirodalmi adatokkal összehasonlítva, az evés- és alvászavarok problémájának menedzselésében hasonló diagnosztikai és intervenciós szempontokat találunk. Eredményeink alapján az ambulancia által biztosított interdiszciplináris teammunka hatékony eszköznek bizonyul a koragyermekkorai evés- és alvászavarok ellátásában.

Koragyermekkorai Evés-Alvászavar Ambulancia, tudományos nyomon követést leíró statisztikai eredmények, diagnosztikai és intervenciós betegút, gyermekgyógyászati biopszichoszociális konzultáció, interdiszciplináris munkacsoport

included a pediatric medical examination and consultation in all 608 cases. Along the patient pathways, families consulted also special education therapists (n = 248), psychologists (n = 154), and dieticians (n = 176).

CONCLUSIONS – Comparing our results with the international literature, we have found similar diagnostic and therapeutic aspects in managing eating and sleep disorders. Based on our results the interdisciplinary teamwork of the outpatient clinic proved to be an effective model in the management of eating and sleep disorders of the early childhood.

early childhood eating and sleep disorder outpatient clinic, descriptive statistical results of the monitoring, diagnostic and intervention pathways, paediatric biopsychosocial consultation, interdisciplinary team

A Koragyermekkorai Evés-Alvászavar Ambulancia 2017 januárjában kezdte meg működését a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Madarász utcai részlegében. Az ambulancia interdiszciplináris modellben nyújt segítséget a csecsemők és a három év alatti kisgyermek evési és alvási nehézségeinek menedzselésében. A diagnosztikai és intervenciós protokoll kialakítása a nemzetközi szakirodalomban közölt irányelvek, jó gyakorlatok tanulmányozása, valamint a munkacsoport korábbi kutatási eredményeinek és klinikai tapasztalatainak együttes figyelembevételével történt (1). Az ambulancia tevékenységének meghatározó eleme a több szakma közös együttműködésén alapuló teammunka, egy előzetesen kidolgozott módszertan alapján. Ez a gyakorlat teszi lehetővé, hogy a koragyermekkorai evés- és alvászavar tünetegyüttesek a biopszichoszociális modell alapján kerüljenek ellátásra. A tünetek hátterében fennálló, a kialakulást befolyásoló lehetséges pozitív és negatív tényezők (úgynevezett védő- és kockázati faktorok) részletezése korábbi tanulmányunkban olvasható (1).

Az ambulancia munkamódszerének bemutatására szintén részletesen kitértünk cikksorozatunk első részében (1). Bemutattuk az egyes szakmai területek vizsgálati szempontjait, amelyeket a koragyermekkorai lelki egészség (infant

RÖVIDÍTÉSEK

CF: cystás fibrosis
 DSZIT: dinamikus szenzoros integrációs terápia
 GERD: gastrooesophagealis refluxbetegség (gastro-esophageal reflux disorder)
 OSAS: obstruktív alvási apnoe szindróma
 PEG: percutan endoszkópos gasztrosztóma
 PFD: pediátriai táplálási zavarok (pediatric feeding disorder)
 TSMT: tervezett szenzomotoros tréning

and early childhood mental health, a továbbiakban IECMH) szakterület biopszichoszociális keretrendszerének megfelelően dolgoztunk ki. Elsőként az orvosi vizsgálat és konzultáció elemeire mutattunk rá, az orvosi konzultáció tartalmának, célkitűzéseinek néhány példájára is kitérve. A pszichológiai ellátás leírásában a fejlődépszichológiai felmérés eszközeire és a pszichodiagnosztikai konzultáció jellemző témáira mutattunk rá. A továbbiakban a gyógypedagógiai vizsgálat és megfigyelés részletei következtek, majd a kezelési terv elemei, az edukáció, a gyógypedagógussal való konzultáció, valamint a

terápiás lehetőségek ismertetése történt. A dietetikai ellátásban alkalmazott módszerek is fontos elemként szerepeltek a biopszichoszociális szemléletű módszertan közzétételében.

Gyógyító tevékenységünk nyomon követését kutatással (2) és részletes adatgyűjtéssel is kiegészítettük. A kutatással több célunk volt. Egyrészt a koragyermekkori evés- és alvásproblémák tüneteiről, az érintett gyerekek és családok szociodemográfiai háttéréről, a fontosabb életúti és környezeti hatótényezőkről kívántunk leíró adatokat gyűjteni, másrészt szeretnénk volna nyomon követni klinikai gyakorlati tevékenységünk módszertanát, amely a rögzített információk feldolgozása által az ellátás hatékonyságának empirikus alátámasztására is lehetőséget nyújthat, így minőségbiztosítási szempontok is fókuszba kerülhetnek.

A tudományos nyomon követés módszertanát cikkorosozatunk második részében mutattuk be (2). Ismertettük a használt mérőeszközöket, eljárásokat, valamint azt, hogy azok miként követik az ambulancia ellátási modelljét, hogyan illeszkednek a diagnosztikai és a terápiás folyamathoz. Közöltük kutatási kérdőívünk témáit, röviden bemutatva az orvosi anamnézis kérdőívet, az orvosi dokumentációs lapot a gyermek pszichomotoros fejlettségére, szenzoros ingerfeldolgozására és pszichoszociális kapcsolati jellemzőire vonatkozóan, a bemeneti szülői kérdőívcsomagot, a gyógypedagógiai, a pszichológiai és a dietetikai dokumentációs csomagot, az evés- és alvásnaplót, a viselkedési, gondozási, nevelési nehézségek kérdőívet, a kimeneti szülői kérdőívcsomagot, valamint a programból való kikerülés ívét.

Jelen tanulmányunkban, cikkorosozatunk harmadik részében, ellátási dokumentációnk alapján a 2018. július 1. és 2020. december 31. között vizsgált minta és az ellátás során fontos diagnosztikai és intervenció mérőeszközök leíró eredményeinek közlésére vállalkozunk. Az evés- és alvászavar kialakulásának etiológiájára, háttérmechanizmusaira vonatkozó komplexebb összefüggésvizsgálatok eredményeit – amelyeknél a szülői kérdőív beszámolóira is alapozunk – további publikációinkban közöljük.

Kutatásunkkal és első leíró eredményeink közlésével több célt szeretnénk elérni:

- Fel kívánjuk hívni a gyermekgyógyászok és a társszakmák képviselőinek figyelmét a koragyermekkori regulációs zavarok jelentőségére.

- Szeretnénk a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben folyó munkánkat, a koragyermekkori evés- és alvászavarok komplex, multidiszciplináris diagnosztikai és ellátási gyakorlatát részletes adatokkal bemutatni, kitérve az

orvosi szakvizsgálatok és egyéb ellátások szervezésére.

- Kutatásunk eredményeivel szeretnénk felhívni a témában érdekelt szakemberek figyelmét arra, hogy a korai evés- és alvászavarok hatékony diagnosztikájához és ellátásához ez irányú képzésekre és továbbképzésekre is szükség van.

Részvevők és módszer

A mintavételi és adatfelvételi eljárás részleteit, illetve a teljes mérőeszközrendszert cikksorozatunk második részében részletesen bemutattuk (2). Most csak néhány fontos információt idézünk fel az eredmények értelmezéséhez.

Az adatfelvétel 2018. július 1-jén indult, és 2020. december 31-én zárult le. A kutatáshoz a szülők önkéntesen és anonim módon csatlakozhattak, ehhez részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatást követően írásos beleegyezésüket adták. A 30 hónapos kutatási időszak alatt összesen 718 gyermek és családja fordult meg ambulanciánkon és kapott ellátást. E teljes betegpopuláció 84,7%-ában (összesen 608 esetben) nyertünk kutatási adatokat is. A fennmaradó 110 esetben a gyermek nyugtalan-sága vagy egyéb családi, ellátási tényezők miatt nem volt lehetőség a kutatás bemutatására és az informált, beleegyezésen alapuló csatlakozásra.

Tehát 608 esetben rendelkezünk orvosi anamnézis kérdőívvel és a betegútról szóló dokumentációval, amely alapján jelen írásunk készült. A bemeneti szülői kérdőíveket 384 gyermek szülei (a teljes betegpopuláció 53,5%-a és a vizsgálati minta 63,2%-a) töltötték ki. A szülői kérdőívekben foglalt információkat *nem használtuk* a klinikai diagnosztikai és a kezelési folyamatban, azok *független* információkat tartalmaztak, amelyek a feldolgozás után a klinikai folyamatok minőségbiztosítása érdekében visszacsatolhatók. A szülői kérdőív adatai és a panaszok háttérben húzódo tényezők összefüggéseit további tanulmányokban tervezzük közölni.

Jelen elemzéseink bemutatása – a könnyebb követhetőség érdekében – a klinikai protokoll és az ehhez illesztett kutatási mérőeszközrendszer kronológiáját követi (1, 2). Statisztikai elemzéseink alapján leíró jellemzőket (közéérték és szórodásmutatókat, gyakorisági eloszlásokat, frekvenciákat és százalékos megoszlásokat) közlünk.

Az ambulancia tevékenységének meghatározó eleme a több szakma közös együttműködésén alapuló teammunka, egy előzetesen kidolgozott módszertan alapján.

Eredmények

Az ambulanciákra érkező családok panaszai és a tünetek körelőzményei

A kutatási mintába ($n = 608$) 307 fiú (50,5%) és 301 lány (49,5%) adatai kerültek be. A gyerekek átlagosan $16,20 \pm 8,83$ hónaposak (terjedelem: néhány napos újszülöttkortól 36,27 hónapig) voltak a programba kerüléskor.

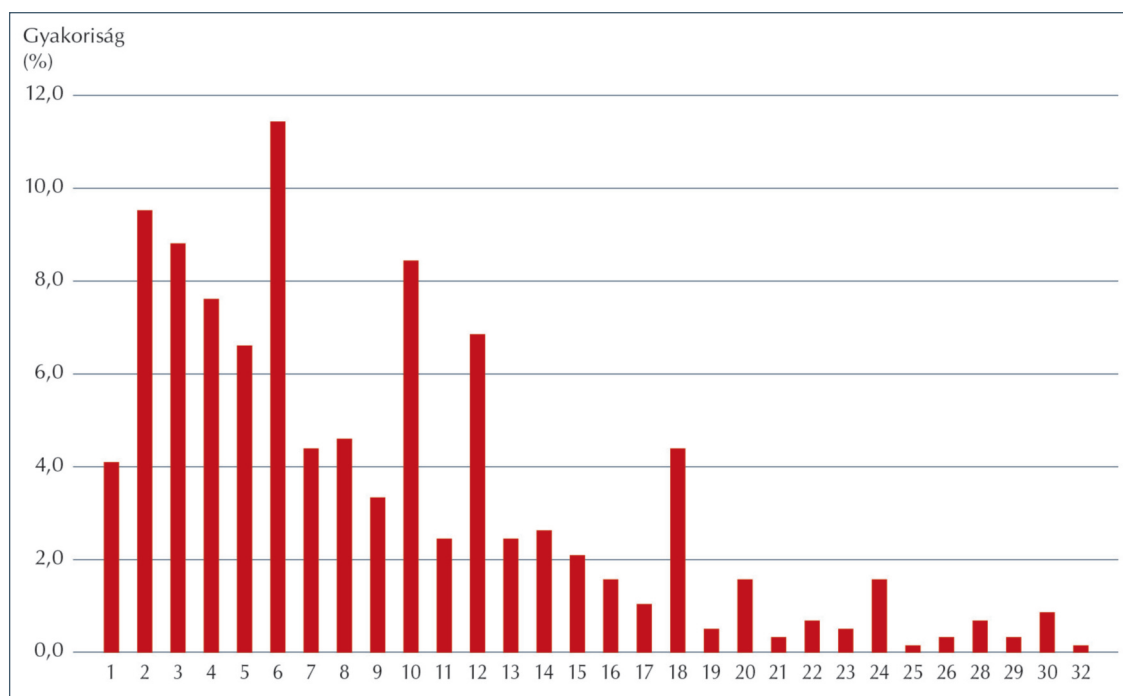
Az ambulancia fő profilja a koragyermekkori evés- és alvászavarok diagnosztikája és ellátása. Ezzel összhangban a hozzánk jelentkező családok gyermekeinél 82,4%-ban ($n = 501$) volt evés- és 35,2%-ban ($n = 214$) alvász probléma a hozott panasz, de számos esetben együttesen is jelentkeztek táplálási és alvási nehézségek. Csak evésproblémával 390 család jelentkezett (64,1%), csak alvászproblémával 103 család (16,9%), míg összefüggő, komplex panaszokkal, mind evéssel, mind alvással kapcsolatos nehézségekkel a családok 18,3%-a ($n = 111$) érkezett. Más panaszokkal, például excesszív sírással 21 család, egyéb viselkedési nehézségekkel 11 család érkezett ambulanciánkra. Összesen négy olyan családdal találkoztunk, akik nem az ambulancia fő profiljába tartozó evés- és/vagy alvászproblémákkal jelentkeztek be.

Az 1–3. táblázatban az ellátásunkat dokumentáló mérőszámokat mindig a teljes mintára, illetve a három, profilunkba tartozó almintára közöljük, abból a célból, hogy nyomon követhetőek

legyenek az evés- és alvászproblémák ellátásában tapasztalt hasonlóságok és különbségek. Leírásunkban ugyanakkor főként a teljes mintára közöljük az előfordulási gyakoriságokat, és kiemeljük, ha az egyes alminták között egy-egy szempontból jelentős volt a különbség.

Mintánkban a tünetek átlagosan $8,81 \pm 6,44$ hónapja, leggyakrabban 6 (11,4%), illetve 10 hónapja (8,4%) álltak fenn, mielőtt a családok az ambulanciára érkeztek (e kérdés kapcsán a válaszadók száma $n = 570$ volt). Mint azt az 1. ábra is mutatja, nagy volt a variabilitás a latencia idejében, mivel voltak olyan családok, akik 32 hónap után kértek és/vagy kaptak ellátást, míg voltak családok, akik a tünetek jelentkezésekor azonnal felkeresték az ambulanciát. Az ellátásban előnyt élveztek a kiscsecsemők, a súlyos, szájon át csökkent bevittel járó evészavarral, súlygyarapodási elégtelenséggel küzdő gyermekek és a kifejezett sírás és nyugtalanság tüneteit mutató, 1–3 hónapos korú csecsemők. Ezekben az esetekben 1–2 héten belül fogadtuk a családokat, és a házi gyermekorvossal való kapcsolat felvételére is törekedtünk. Egyébként a várakozási idő 1–3 hónap volt, evészavar esetén rendszerint kevesebb, alvászavarnál pedig hosszabb várakozási idő volt jellemző.

Az ambulanciát a családok leginkább házi gyermekorvos (38,5%; $n = 234$) és egyéb szakorvos (34,7%; $n = 211$) tanácsára keresték fel. Sokan saját megfontolásból (14,1%; $n = 86$) vagy védőnő tanácsára (7,9%; $n = 48$) érkeztek, és voltak családok, akik más egészségügyi, peda-



1. ábra. A tünetek fennállásának időtartama az első orvosi vizsgálatkor ($n = 570$)

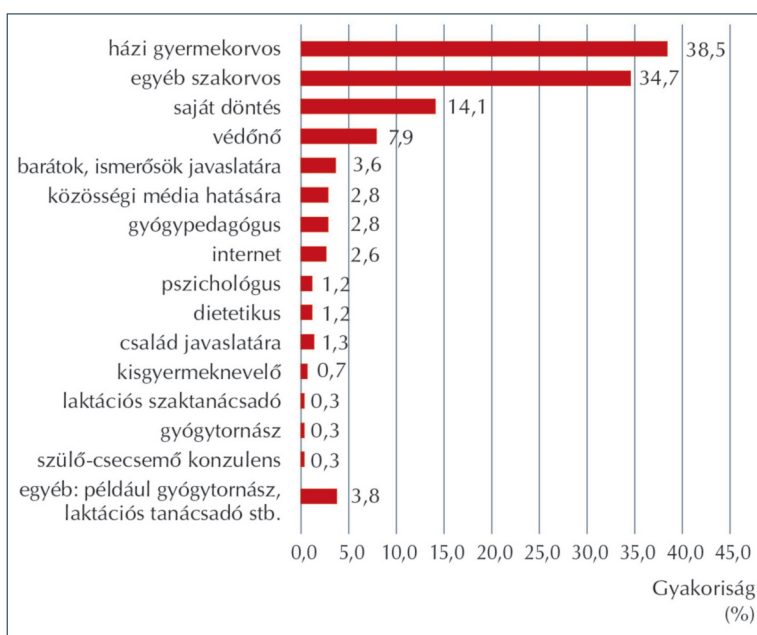
1. táblázat. Az ambulancia felkeresését ösztönző formális és informális referenciaszemélyek

Kinek a javaslatára keresték fel az ambulanciát? (több válasz lehetséges)	Teljes minta (n = 608)	Csak evésproblémákkal küzdő almintá (n = 390)	Csak alvásproblémákkal küzdő almintá (n = 103)	Evés- és alvás- problémákkal is küzdő almintá (n = 111)
	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)
házi gyermekorvos	234 (38,5%)	143 (36,7%)	40 (38,8%)	49 (44,1%)
védőnő	48 (7,9%)	27 (6,9%)	8 (7,8%)	11 (9,9%)
valamilyen szakorvos	211 (34,7%)	147 (37,7%)	31 (30,1%)	31 (27,9%)
dietetikus	7 (1,2%)	4 (1,0%)	1 (1,0%)	1 (0,9%)
gyógypedagógus	17 (2,8%)	10 (2,6%)	3 (2,9%)	3 (2,7%)
pszichológus	7 (1,2%)	1 (0,3%)	3 (2,9%)	2 (1,8%)
szülő-csecsemő konzulens	2 (0,3%)	1 (0,3%)	0	0
kisgyermeknevelő, óvodapedagógus	4 (0,7%)	2 (0,5%)	1 (1,0%)	0
egyéb: gyógytornász, laktációs szaktanácsadó stb.	23 (3,8%)	14 (3,6%)	3 (2,9%)	5 (4,5%)
saját belátásra jelentkezett	86 (14,1%)	55 (14,1%)	13 (12,6%)	17 (15,3%)
család javaslatára jelentkezett	8 (1,3%)	2 (0,5%)	2 (1,9%)	3 (2,7%)
barátok, ismerősök javaslatára jelentkezett	22 (3,6%)	14 (3,6%)	5 (4,9%)	2 (1,8%)
internetes információ hatására jelentkezett	16 (2,6%)	9 (2,3%)	2 (1,9%)	5 (4,5%)

gógiai szakmák, az internetről vagy informális támogató körből kaptak értesülést vagy ösztönzést a jelentkezésre. A minta körülbelül 11%-ában (n = 69) 2-3 ajánlás is szerepet játszott a jelentkezésben (1. táblázat és 2. ábra).

A programba érkező gyermekek előzetes anamnézise és orvosi dokumentációja alapján tudjuk, hogy mielőtt az ambulanciánkra kerültek, 41,4%-uk (n = 252) átesett már valamilyen szakorvosi vizsgálaton (29% 1, 12,4% pedig 2-4 vizsgálaton) (2. táblázat). Gasztroenterológián 24,8%-uk (n = 151), neurológián 16,1%-uk (n = 98), fül-orr-gégészeten pedig 1,5%-uk (n = 9) járt, egyéb szakorvosi vizsgálatokon 13,4%-uk (n = 83) esett át. A panaszokkal összhangban, az evésproblémák esetén némileg több volt a gasztroenterológiai, míg alvásproblémáknál a neurológiai és fül-orr-gégészeti kivizsgálás, azonban mindkét panaszkör esetében, az ambulanciára jelentkezést megelőzően mindhárom kivizsgálás előfordult.

A gyerekek számos beküldési diagnózissal érkeztek (2. táblázat és 3. ábra). Túlnyomó többségük (n = 450; 74,0%) táplálkozási zavar diagnózis gyanújával érkezett, ehhez járulhattak még az egyéb táplálkozási, emésztési, gyarapodási nehézségek. Alvászavar gyanújával n = 184 (30,3%) gyermek érkezett. 23 (3,8%) gyermeknek nem volt előzetes diagnózisa, míg 225 gyermeknek (37,1%) 2-5 beküldési diagnózisa is volt. Mint azt a 2. táblázatban is láthatjuk, a vezető diagnózisok mellett a gyermekek egyéb diagnózisokkal is érkeztek ambulanciánkra.



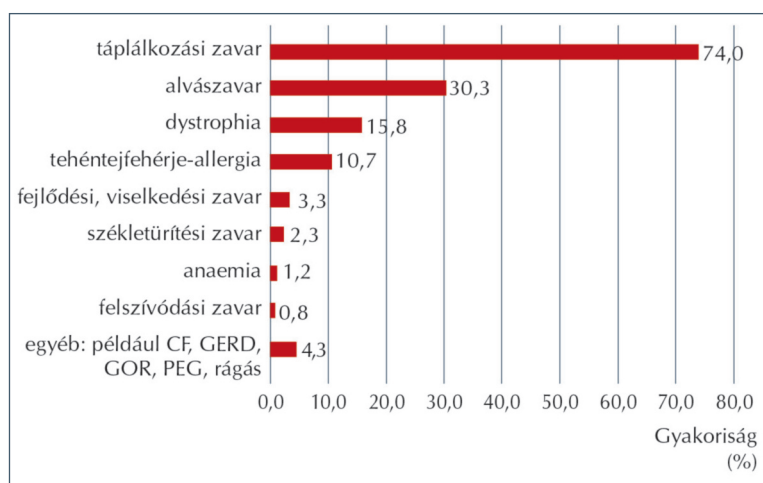
2. ábra. Az ambulancia felkeresését ajánló formális és informális források (n = 608)

Az ellátások folyamatának összesítő adatai

A programban töltött napok száma átlagosan 73 ± 98 nap volt. Az időtartamban viszont nagy az egyéni változatosság: ambulanciánkon két és fél év alatt (2018. július 1. és 2020. december 31. között) 123 olyan gyermeket vizsgáltunk, akik

2. táblázat. Szakorvosi vizsgálatok, társszakmák által nyújtott szakellátások és beküldési diagnózisok az ambulancia által biztosított programot megelőzően

	Teljes minta (n = 608)	Csak evésproblémákkal küzdő alminta (n = 390)	Csak alvásproblémákkal küzdő alminta (n = 103)	Evés- és alvás- problémákkal is küzdő alminta (n = 111)
Szakorvosi vizsgálatok az ellátást megelőzően (több válasz lehetséges)				
	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)
gastroenterológia	151 (24,8%)	117 (30%)	13 (12,6%)	18 (16,2%)
neurológia	98 (16,1%)	55 (14,1%)	23 (22,3%)	18 (16,2%)
fül-orr-gégészet	9 (1,5%)	5 (1,3%)	3 (2,9%)	1 (0,9%)
egyéb szakorvosi vizsgálat, diagnosztika, illetve társszakmák által nyújtott szakellátás összesen (akár külső intézményben)	83 (13,4%)	51 (13%)	9 (8,8%)	20 (18%)
Beküldési diagnózisok (több válasz lehetséges)				
	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)
alvászavar	184 (30,3%)	13 (3,3%)	97 (94,2%)	74 (66,7%)
táplálkozási zavar	450 (74,0%)	358 (91,8%)	3 (2,9%)	88 (79,3%)
dystrophia	96 (15,8%)	84 (21,5%)	2 (1,9%)	10 (9,0%)
tehéntej-allergia	65 (10,7%)	53 (13,6%)	3 (2,9%)	8 (7,2%)
felszívódási zavar	5 (0,8%)	5 (1,3%)	0	0,0
anaemia	7 (1,2%)	7 (1,8%)	0	0,0
székletürítési zavarok	14 (2,3%)	11 (2,8%)	0	2 (1,8%)
fejlődési, érzelmi, viselkedési zavar	20 (3,3%)	5 (1,3%)	6 (5,8%)	7 (6,3%)
egyéb: például CF, GERD, PEG, rágási nehézségek	26 (4,3%)	17 (4,4%)	4 (3,9%)	5 (4,5%)



3. ábra. Beküldési diagnózisok az ambulanciára érkező gyerekeknél (n = 608)

mindössze az első vizsgálati napot töltötték a programban, míg voltak olyanok is, akik 778 napig, vagyis szinte a teljes vizsgálati időszakban a pácienseink voltak. A minta körülbelül 42%-a maximum egy hónapot, míg a 73%-a maximum

három hónapot töltött a programban. A gyerekek körülbelül 27%-a pedig 3–25 hónapig volt a páciensünk.

Az ellátások számában is hasonlóan nagy a változatosság (3. táblázat). A családok átlagosan hatszor jelentek meg az ambulancián a különböző ellátások céljából (5,86 ± 5,31; terjedelem: 1–59). A gyerekek 72%-a maximum 6, a 90%-a pedig maximum 10 alkalommal kapott ellátást ambulanciánkon. A 3. táblázatban láthatjuk, hogy az evésproblémákkal (is) jelentkező családok átlagosan körülbelül 70%-kal több ellátási alkalomban részesültek, mint a csak alvásproblémákkal érkezők.

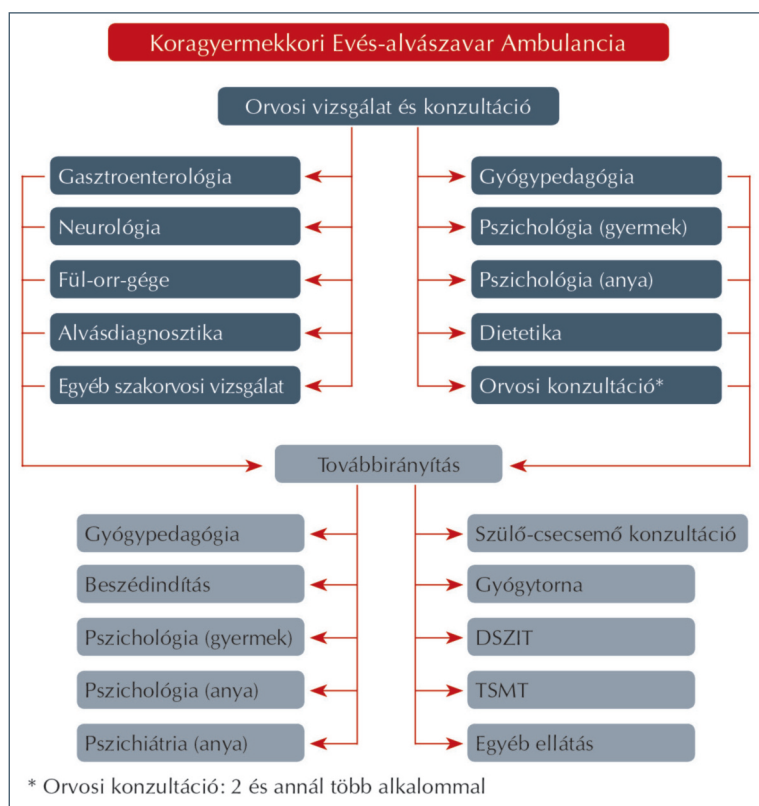
Az ambulanciára érkező családok szinte mindegyike átesett egy belgyógyászati orvosi vizsgálaton és egy orvosi konzultáción. A belgyógyászati vizsgálatra a gyerekek 92,8%-ánál (n = 564) egyszer volt szükség, a többi gyermek 2–5 vizsgálaton esett át. A biopszichoszociális szemléletű orvosi konzultációk számában nagyobb volt a változatosság: a családok 45,7%-a (n = 278) egyszer, míg a többiek 2–10 alkalommal vettek részt orvosi konzultációkon (94,2% esetében ez a szám 1–4 között változik).

3. táblázat. Szakorvosi vizsgálatok és társszakmák által nyújtott szakellátások az ambulancia által biztosított program idején

Szakorvosi vizsgálatok és szakellátások a program során (több válasz lehetséges)	Teljes minta (n = 608)	Csak evésproblémákkal küzdő al minta (n = 390)	Csak alvásproblémákkal küzdő al minta (n = 103)	Evés- és alvás-problémákkal is küzdő al minta (n = 111)
	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)	gyakoriság (%)
gasztroenterológia	97 (16,0%)	73 (18,9%)	3 (2,9%)	21 (18,9%)
neurológia	54 (8,9%)	32 (8,2%)	9 (8,7%)	12 (10,8%)
fül-orr-gégész	21 (3,5%)	11 (2,8%)	5 (4,9%)	5 (4,5%)
labor	108 (17,9%)	78 (20%)	4 (3,9%)	25 (22,9%)
egyéb szakorvosi vizsgálat, diagnosztika, illetve társszakmák által nyújtott szakellátás összesen (akár külső intézményben)	153 (25,2%)	103 (26,4%)	15 (14,6%)	34 (30,6%)

A diagnosztika során a gyerekek 17,9%-ánál (n = 108) készült laborvizsgálat és 42,1%-ánál (n = 256) szakorvosi vizsgálatokra is szükség volt a tünetek organikus hátterének tisztázásához. A gyerekek 32,9%-ánál (n = 200) mindössze 1, de 9,4%-uknál (n = 56) 2–4 különböző szakorvosi vizsgálatra is szükség volt: gasztroenterológiai vizsgálaton 16% (n = 97; ebből 43 kontrollvizsgálat), neurológiai vizsgálaton 8,9% (n = 54; ebből 11 kontrollvizsgálat), fül-orr-gégészeti vizsgálaton pedig 3,5% (n = 21; ebből 1 kontrollvizsgálat) esett át az ambulancián történő ellátás időszakában. A vizsgálatok kiírása, szervezése összhangban volt a panaszokkal: például gasztroenterológiára jóval nagyobb arányban kerültek evésproblémás gyerekek, mint alvászavarral küzdők. Az egyéb szakorvosi vizsgálatok és ellátások gyakran olyan krónikus szomatikus állapotok kezelésére irányultak, amelyeknek másodlagos, kapcsolt tüneteiként jelentkeztek az evés- és alvászavarok. Az ellátás során 41 esetben (6,7%) az alábbi speciális szakterületek bevonására volt példa: allergológia, alvásdiagnosztika, az anya pszichiátriai/pszichológiai ellátása, bőrgyógyászat, CF-gondozás, diabetológia, endokrinológia, genetika, immunológia, kardiológia, nefrológia, onkohematológia, ortopédia, pulmonológia, sebészet.

A gyermekek 20,2%-ának (n = 123) írtunk elő tejmentes diétát. Az intervenció szakaszában egyéb orvosi ellátást a gyermekek 14,2%-a (n = 86) kapott, amelyek például a következők voltak: vitaminpótlás, cinkpótlás, magas energiatartalmú tápszer adása, súlyosabb esetekben belgyógyászati, gasztroenterológiai vagy neurológiai osztályos felvétel, szondatáplálás stb. Osztályos felvételre összesen 33 gyermek (5,4%) került a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet említett osztályain vagy más intézményekben.



4. ábra. Az intervenció lehetséges típusai a betegút során

Társszakmák bevonása az ellátásba

Az orvosi diagnosztika és konzultációk alapján, indokolt esetben, az ellátó orvosok kérhetek gyógypedagógiai, pszichológiai vagy dietetikai felmérést is. Ezek többségében az ambulancia keretében történtek, ugyanakkor kórházi ellátáshoz kapcsolódóan is előfordultak vizsgálatok, egyes esetekben pedig külső intézménybe irányítottuk a gyermekeket. Az intervenciók lehetséges típusait a 4. ábrában foglaltuk össze.

Gyógypedagógia

Az esetek 40,8%-ában (n = 248) az ambulancián gyógypedagógusok is felmérték a gyermeket, ami egyedülálló szolgáltatás az intézményünkben. Erre minden olyan esetben sor került, amikor az orvosok atipikus (megkésett vagy eltérő) fejlődésmentel találkoztak. A családok 29,9%-a (n = 182) 1–2, 10,9%-a (n = 66) pedig 3–12 alkalommal vett részt gyógypedagógiai vizsgálaton, konzultáción. Ezen belül az orvosok az ambulanciai ellátás keretében összesen 76 gyermeknél (12,5%) töltötték ki az evésviselkedést érintő pszichomotoros fejlődésre és a szenzoros ingerfeldolgozás zavaraira (2) vonatkozó ívet, amelyben az orvosok megfigyeléseik alapján fogalmazták meg és dokumentálták a gyanújeleket a szakemberek felé. Összesen 46 (7,6%) esetben tapasztalták, hogy a gyermek az evésviselkedés tekintetében elmaradni látszik az életkorától, míg 68 esetben (11,2%) tapasztalták a szenzoros túlérzékenység jeleit. 41 esetben (6,7%) mind a szenzoros feldolgozás nehézségére, mind az evésviselkedés érettségére vonatkozóan nehézséget állapítottak meg, és kérték a gyógypedagógusok segítségét.

Pszichológia

Pszichológus az esetek 25,3%-ában (n = 154) segítette a munkát, azonban ebből csak 104 esetben történt az ellátás az ambulancia keretei között, a többi esetben a kórházi szakrendelő pszichológusának vagy egy külső intézmény szakembereinek a támogatása adta a háttérrel. Az esetek 20,2%-ában (n = 123) a családok 1–6 alkalmas pszichológiai konzultáción vettek részt, de a családok 5%-ánál (n = 31) 7–44 alkalomra is szükség volt, vagyis ha heti rendszerességgel számolunk, voltak családok, amelyek csaknem egy évig vették igénybe a kórház pszichológiai ellátását. A pszichoszociális jellemzők és állapotok megítélésénél az orvosok az ambulanciai ellátás keretében 104 esetben (17,1%) tartották indokoltnak megfogalmazni aggodalmaikat a pszichológus felé. Ebből 25 esetben (4,1%) a gyermek általános pszichomotoros fejlődésére, 42 esetben (6,9%) az általános viselkedésére, 70 esetben (11,5%) a szülő hangulatára, szorongásaira, önértékelésére stb. vonatkozó aggodalmakat fogalmaztak meg, míg négy esetben (0,7%) a párkapcsolati, 17 esetben (2,8%) a családi működéssel, 56 esetben (9,2%) pedig a szülő-gyermek kapcsolattal összefüggésben jeleztek a pszichológus számára. A gyerekek 8,9%-ánál (n = 54) két terület, míg 4,8%-uknál (n = 29) 3–5 terület is érintett volt. Egy gyer-

mek kivételével minden esetben indokolt volt a pszichológus bevonása. 13 esetben (2,1%) fejlődéspszichológiai vizsgálatra, 71 esetben (11,7%) pszichológiai diagnosztikai konzultációra, míg 20 esetben (3,3%) mindkét felmérésre szükség volt.

Dietetika

Dietetikus az esetek 28,9%-ában (n = 176) támogatta az ellátást, ebből azonban csak 116 esetben történt az ellátás az ambulancia keretei között, a többi esetben a kórház egyes osztályain vagy egyéb ellátó egységein belül történt a dietetikai konzultáció. A dietetikus az ambulancián belül a családok 18,1%-ával (n = 110) egyszer konzultált, míg 10,9%-ukkal (n = 66) 2–4 alkalommal, többnyire (a releváns esetek 92,2%-ában) még az orvosi vizsgálatok diagnosztikai fázisában. A fennmaradó 9 esetben a gyógypedagógiai vizsgálatok, a pszichológiai vagy a szülő-csecsemő konzultációk közben merült fel az igény a dietetikus bevonására. A családok 9,7%-ánál (n = 59) egyszer, 3,0 %-ánál (n = 18) 2–4 alkalommal történt viselkedéses evésmegfigyelés. 19 esetben (a teljes minta 3,1%-ában) szükség volt az étrend megváltoztatására és közvetlen tanácsadásra, míg 96 esetben (15,8%) a dietetikus az optimális étkezések megvalósításával kapcsolatban szülői konzultációt indítványozott.

Egyéb szakellátások

Az egyéb társszakmák által biztosított ellátások ajánlása (összesen 152, néhány esetben komplex, többszörös ellátás) a gyermekek 21,9%-ánál (n = 133) volt indokolt, és ezek leginkább továbbküldés után, az alábbi szakterületeken zajlottak: fejlődésneurológia, korai fejlesztés és komplex pszichológiai-gyógypedagógiai ellátás (leginkább a Pedagógiai Szakszolgálatoknál), beszédindítás, mozgásterápia, gyógytorna, TSMT, szülő-csecsemő konzultáció stb. Korai fejlesztést a nálunk megforduló gyermekek 16%-ának (n = 98) ajánlottunk.

A 3. táblázatban az ambulancia keretein belül nyújtott egyes ellátások gyakoriságát, a 4. táblázatban pedig az ellátások átlagos ülésszámát közöltük.

Megbeszélés

A Koragyermekkori Evés-Alvászavar Ambulancián az evés- és alvászavarok ellátása multidiszciplináris teammunkában történik (3). Jelen publikációnkban – cikksorozatunk befejező

4. táblázat. Az orvosi vizsgálatok és a szakellátások száma az ambulancia által biztosított program során

Ellátások száma az ambulancia által biztosított program során	M (SD) (terjedelem: minimum-maximum)	M (SD) (terjedelem: minimum-maximum)	M (SD) (terjedelem: minimum-maximum)	M (SD) (terjedelem: minimum-maximum)
az ambulancián nyújtott ellátások összesen	5,86 (5,31) (terjedelem: 1–59)	6,32 (5,72) (terjedelem: 1–59)	3,70 (2,81) (terjedelem: 2–17)	6,30 (5,25) (terjedelem: 2–36)
belgyógyászati orvosi vizsgálat	1,11 (5,13) (terjedelem: 0–5)	1,15 (0,61) (terjedelem: 0–5)	1,01 (1,00) (terjedelem: 1–2)	1,06 (0,31) (terjedelem: 1–3)
orvosi konzultáció	2,08 (1,49) (terjedelem: 1–10)	2,27 (1,65) (terjedelem: 1–10)	1,40 (0,69) (terjedelem: 1–4)	2,06 (1,29) (terjedelem: 1–9)
gyógypedagógiai konzultáció	0,87 (1,43) (terjedelem: 0–12)	0,98 (1,55) (terjedelem: 0–12)	0,48 (1,07) (terjedelem: 0–6)	0,80 (1,21) (terjedelem: 0–5)
pszichológiai konzultáció	1,22 (3,68) (terjedelem: 0–44)	1,20 (3,68) (terjedelem: 0–44)	0,73 (2,34) (terjedelem: 0–14)	1,72 (4,60) (terjedelem: 0–32)
dietetikai konzultáció	0,43 (0,78) (terjedelem: 0–4)	0,52 (0,85) (terjedelem: 0–4)	0,07 (0,29) (terjedelem: 0–2)	0,47 (0,75) (terjedelem: 0–3)
evésmegfigyelés	0,16 (0,46) (terjedelem: 0–3)	0,19 (0,50) (terjedelem: 0–3)	0,02 (0,14) (terjedelem: 0–1)	0,18 (0,49) (terjedelem: 0–3)
szakorvosi vizsgálatok, beavatkozások az ellátás során	0,53 (0,71) (terjedelem: 0–4)	0,57 (0,72) (terjedelem: 0–3)	0,26 (0,50) (terjedelem: 0–2)	0,65 (0,77) (terjedelem: 0–4)

részében – az ambulancia munkamódszerének nyomon követése során rögzített első leíró adatokat mutattuk be. Ennek során a diagnosztikai út, az intervenciótervezés és az egyes szakmai területek tevékenységének adatokkal való szemléltetését is fontosnak tartottuk.

Az ambulanciára jelentkező családok nagy száma, a gyermekek életkora, a tünetek jelentkezésétől eltelt idő, valamint a magas arányú előzetes orvosi vizsgálatok is megerősítik azt, hogy komoly igény mutatkozik a koragyermekkori regulációs zavarok ellátására.

Az ambulanciára evés- és alvászavar miatt érkezett és a kutatásba is bevont 608 kisgyermek életkora a néhány napos újszülöttkortól 36,27 hónapig terjedt, az átlagéletkor $16,20 \pm 8,33$ hónap volt. A nemek szerinti eloszlást a 307 fiú és 301 leány vizsgálatával csaknem egyenlőnek találtuk. Galai és munkatársainak leírásában (4), amelyben 250, evészavar miatt vizsgált gyermek adatairól olvashatunk, hasonló életkort írtak le (medián: 16,4 hónap, terjedelem: 9,5–33), magasabb fiú-lány (142 kontra 112) aránnyal. Sharp és munkatársai (5) vizsgálatukban 83 kisgyermek adatait elemezték, ahol szintén nagyobb volt a fiúk előfordulásának aránya és az átlagéletkor (49 ± 37 hónap; terjedelem: 10–230 hónap). Az átlagosan magasabb életkort a súlyos, krónikusan fennálló evészavar magyarázhatja. Az alvászavarok és további regulációs problémák témájával foglalkozó közleményünkben Cook és munkatársai (6) 1759 gyermek adatait dolgozták fel, ahol a fiúk és lányok aránya – hasonlóan a mi adatainkhoz – szinte azonos volt. Ugyanakkor

figyelemkeltő az alacsonyabb életkor ($12,1 \pm 0,4$ hónap), amely a tünetek jellegével (lásd alvászavar és fokozott sírás-nyugalanság) és megjelenésük idejével (lásd korai csecsemőkor) hozható összefüggésbe.

Mintánkban az ambulanciára érkezéskor előadott panaszok szerint (2. táblázat és 3. ábra) a problémák eloszlása nem tükrözte a regulációs zavarok általános eloszlási gyakoriságát (7, 8), mivel a családok az ambulanciánkat célirányosan, nehezen megoldható tünetekkel keresték fel.

Az ambulanciára érkezést megelőzően a tünetek fennállásának időtartamában nagy volt a variabilitás. Mintánkban ez az időtartam átlagosan $8,81 \pm 6,44$ hónap volt. Sharp és munkatársainak (5) vizsgálatában a szülők által jelzett problémák átlagosan 33 hónapja (terjedelem: 6–154) álltak fenn. A lényeges különbséget az ellátott gyermekek állapota magyarázhatja, akik Sharp mintájában krónikus ételelutasítás miatt enteralis táplálásban részesültek.

Az ambulancia felkeresését ajánló formális és informális forrásokra is fontos kitérni. Ezzel kapcsolatban mintánkban változatos kép mutatkozott (1. táblázat és 2. ábra). A gyermekorvosi ajánlásra vonatkozóan Galai és munkatársai (4) is hasonló arányokról számoltak be közleményünkben. Ugyanakkor, míg a Galai-féle vizsgálatban a szakorvosok által ajánlott megkeresések aránya kisebb, addig a saját belátásra jelentkezők száma a kétszerese volt az ambulanciánkon mért kutatási adatoknak.

A koragyermekkori evészavarok tárgyalásánál a panaszok, tünetek között vagy azok háttérben

a gastroesophagealis reflux, a rágás nehézsége, az enteralis táplálás (PEG) mellett kimutatásainkban – hasonlóan *Milano* és munkatársainak (9) megfigyeléséhez – fejlődési, érzelmi és viselkedési zavarok is szerepelnek. Az alvászavarok esetén is felmerült a gastroesophagealis reflux lehetősége, *Mais* és munkatársainak (10) megfigyeléséhez hasonlóan. Klinikai munkánk során ezekkel a kórképekkel, viselkedési megnyilvánulásokkal már az első vizsgálatkor találkoztunk, a gyakoriságukra vonatkozó adatokat rögzítettük, és jelen publikációnkban bemutattuk. Megfigyeléseink arra mutatnak rá, hogy az ambulanciára elsősorban evészavarral érkező gyermekeknél több esetben már előzőleg konkrét diagnózisokat állapítottak meg, gyakran terápiabeállítás is történt, azonban a tünetek – akár enyhébb formában –továbbra is fennmaradtak, és a szülők ezért jelentkeztek be ambulanciánkra.

Megvizsgáltuk, hogy az ambulanciára kerülést megelőzően milyen arányban történtek a tünetekkel kapcsolatosan különböző orvosi vizsgálatok. Ezzel a diagnosztikai szempontok mellett – hasonlóan *Cook* és munkatársainak (6) megfigyeléséhez – az egészségügyi ellátórendszer nagyarányú igénybevételére is rámutatunk. A megelőző gasztroenterológiai és neurológiai orvosi vizsgálatok száma lényegesen magasabb (2. táblázat), mint az általunk indikált vizsgálatoké (3. táblázat). Az ambulanciáról további szakorvosi vizsgálatra kerülő gyermekeknél a vizsgálatok több esetben is kontrollként történtek. Ezekben az esetekben a korábbi ellátó szakorvoshoz irányítottuk vissza a gyermekeket, más esetekben eleve visszarendelték a gyermekeket ellenőrzésre. Ugyanakkor a fül-orr-gégészeti szakvizsgálatok és az alvászvizsgálatok alacsonyabb számban jelentek meg az előzményben, pedig többek között nyelészavarok és OSAS (obstruktív alvási apnoe szindróma) gyanúja esetén – egyetértésben *Dodrillal* és *Gosával* (11), valamint *Kóborral* (12) – e vizsgálat elvégzése indokolt az alapos diagnosztikához. Szakirodalmi leírások (9) a fent felsorolt szakvizsgálatokról beszámolnak ugyan, de hasonló, számszerűsített elemzést nem közölnek.

Az evészavarokkal kapcsolatos adataink elemzése a *Goday* és munkatársai (13) által közölt PFD (Pediatric Feeding Disorder; pediátriai táplálási zavarok) kritériumainak megfelelő adatokat igazolt. Az orvosi ellátás mellett a gyógy pedagógiai, a pszichológiai és a dietetikai ellátást is követtük adatgyűjtéssel, amelyek – egyetértésben *Kerennel* (14) – a multidiszciplináris ellátás szervezését is szemléltetik. Ellátási modellünkben, a belgyógyászati vizsgálatokhoz kapcsolódóan, biopszichoszociális szemléletű orvosi kon-

zultációk is történtek, amelyek többségükben 2–4 alkalommal ismétlődtek. Ezek az ülések a szülőkkel való partneri viszony kialakítása és a tanácsadás révén hatékony eszköznek bizonyultak enyhébb problémák megoldásában. A munkacsoport többi tagjához való irányítás céljából kitöltött szakmaspecifikus dokumentációs ívek adatai tükrözik azokat a megfigyeléseket, amelyek bár nem orvosi szakmai vélemények, alkalmasak a szorosan a tünetekhez kapcsolódó etiológiai gyanújelek dokumentálására. A gyógy pedagógushoz való irányítás kapcsán például kiemelhető, hogy életkortól elmaradó evészavart 46 esetben, szenzoros feldolgozás nehézségére utaló jeleket pedig 41 gyerek esetében regisztráltunk. *Milano* és munkatársainak (9) közleménye is kitér ezekre a háttértünetekre. Hasonlóképpen a pszichológiai vizsgálatkérő íven (104 gyermek esetében) is különféle, a pszichoszociális fejlődésre és környezeti háttérre vonatkozó gyanújeleket, aggodalmakat fogalmaztunk meg a pszichológus felé. Néhány gyermek és család esetében több nehézség együttes előfordulása is felmerült. Fontosnak tartottuk, hogy visszajelzést kapjunk az orvosi vizsgálat/ megfigyelés alapján meghatározott gyanújelek igazolására/elvetésére. A felvetett gyanújeleket a pszichológiai vizsgálat többségében megerősítette, mindössze egy esetben nem volt indokolt a vizsgálat. A dietetikai vizsgálatkérő ív 116 gyerekénél került kitöltésre, elsősorban a diagnosztikai szakaszban, majd kisebb arányban később, az ellátási folyamat során is. Az evés- és alvászavarok hátterében álló, vizsgált tüneteket, viselkedési megnyilvánulásokat és pszichológiai kérdéseket több nemzetközi tanulmányban is felsorolják; ezeket a diagnosztika és az ellátás során is javasolt figyelembe venni (15–17).

A multidiszciplináris ellátás folyamatát az egyes szakemberek által nyújtott intervenciók számának elemzésével szemléltettük. Az ambulancián ellátott gyermekek száma gyógy pedagógusok részéről 248 (40,8%), pszichológus által 154 (25,3%), dietetikus részvételével pedig 176 fő (28,9%) volt. Galai és munkatársai (4) közleményében, 245 gyerek vizsgálatával összefüggésben, ettől eltérő arányokat találhatunk. Némileg kisebb arányban ($n = 83$; 33,9%) az evéskészség gyógy pedagógiai ellátást igénylő zavaráról, lényegesen kevesebb ($n = 11$; 4,5%) esetben pszichológiai nehézségről, míg gyakrabban ($n = 118$; 48,2%) dietetikai/beviteli nehézségről és medikális okokról ($n = 42$; 6,9%) számoltak be.

Eredményként könyvelhetjük el, hogy ambulanciánkon (1) lehetőségünk van a problémák multidiszciplináris szemléletű menedzselésére

(4. ábra), amire tanulmányukban *Estrem* és munkatársai (18) is felhívják a figyelmet. Munkánk eredményességét abban is lemérhetjük, hogy milyen mértékben sikerült elnyerni a szülők bizalmát, és mennyire voltak elégedettek gyermekük állapotának alakulásával. A családok elfogadták munkacsoportunk intervenciós módszereit, és akár több alkalommal is visszatértek ambulanciánkra. Az ambulancián ellátott 608 gyermek körülbelül 20%-a nem jött vissza kontrollra: vagy azért, mert egy látogatás után megoldódott a probléma, vagy, mert nem ilyen kivizsgálásra gondoltak, esetleg más szakellátást választottak. A többi esetben (80%) a problémák rendeződéséig nyomon tudtuk követni a gyermekek állapotát, illetve a családokat egyéb külső, a problémával összefüggő intervenciók és szolgáltatások ajánlásával továbbirányítottuk (3. táblázat és 4. ábra). A különböző, ambulanciánkon nyújtott szakmai konzultációk száma (4. táblá-

zat) jól szemlélteti a rendeződéshez vezető utakat és azok sokszínűségét. A gyermekek többségénél az evés- és/vagy alvászavar tünetei enyhültek, ritkábban teljesen meg is szűntek. Az evés- és alvászavarok rendeződési arányával (pontos szám adatok közlésével) másutt nem találkoztunk az irodalomban.

A biopszichoszociális szemléletű orvosi konzultáció – mint szakmai szubspezifitás (1) – a kórházi gyermekorvosok számára különleges lehetőséget nyújt e panaszok megoldásában, valamint az interdiszciplináris teammunka megtervezésében és menedzselésében. A dokumentációk, a szakmai tapasztalatok és a (családoktól és kollégáktól kapott) visszajelzések alapján az ambulancia által biztosított teammunka hatékony eszköznek bizonyul a koragyermekkori evés- és alvászavarok ellátásában. További terveink között szerepel a gyermekek állapotának követése longitudinális vizsgálattal (19).

Irodalom

- Scheuring N, Gulácsi Á, Ágoston O, Siba M, Stadler J, Balázs K, et al. A Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia klinikai protokollja. *Lege Artis Med* 2022;32(6-7):265-77. <https://doi.org/10.33616/lam.32.021>
- Scheuring N, Danis I, Gervai J, Gulácsi Á, Ágoston O, Siba M, et al. A Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia ellátási modelljét kísérő tudományos nyomon követés módszertana. *Lege Artis Med* 2022;32(11-12):501-11. <https://doi.org/10.33616/lam.32.0501>
- Scheuring N, Szabó L. Koragyermekkori Evés-alvászavar Ambulancia a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetben. In: Danis I, Németh T, Prónay B, Góczán-Szabó I, Hédevári-Heller É (szerk.). A kora gyermekori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok. Budapest: Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet; 2020. p. 190-202.
- Galai T, Friedman G, Moses M, Shemer K, Gal DL, Yerushalmy-Feler A, et al. Demographic and clinical parameters are comparable across different types of pediatric feeding disorder. *Sci Rep* 2022;12:8596. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-12562-1>
- Sharp WG, Volkert VM, Stubbs KH, Berry C, Clark MC, Bettermann EL, et al. Intensive multidisciplinary intervention for young children with feeding tube dependence and chronic food refusal: An electronic health record review. *J Pediatr* 2020;223:73-80.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.04.034>
- Cook F, Giallo R, Hiscock H, Mensah F, Sanchez K, Path S, Reilly S. Infant regulation and child mental health concerns: A longitudinal study. *Pediatrics* 2019;143(3):e20180977. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0977>
- Scheuring N, Danis I, Németh T, Papp E, Czinner A. Az Egészséges utódokért projekt 2010-2011. A koragyermekkori regulációs zavarok vizsgálata céljából indított első hazai szűrőprogram kutatás-módszertani háttere. *Gyermekgyógyászat* 2012;63(6):320-5.
- Olsen AL, Ammitzbøll J, Olsen EM, Skovgaard AM. Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: a general population study. *Arch Dis Child* 2019;104(11):1034-41. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-316851>
- Milano K, Chatoor I, Kerzner B. Functional approach to feeding difficulties in children. *Curr Gastroenterol Rep* 2019;23(10):51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
- Mais S, Lattmann LM, Militão MN, Ferreira Matos ANL, Kasemodel FW, Maniuel Petrini LMC. Review of childhood sleep disorders. *Ann Pediatr Child Health* 2021;9(6):1244.
- Dodrill P, Gosa MM. Pediatric dysphagia: Physiology, assessment, and management. *Ann Nutr Metab* 2015;66(suppl 5):24-3. <https://doi.org/10.1159/000381372>
- Kóbor J. Alvás és alvászavarok. In: Hollódi K (szerk.) Gyermekneurológia. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 2019. p. 481-91.
- Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric feeding disorder: Consensus definition and conceptual framework. *Pediatr Gastroenterol Nutr* 2019;68(1):124-9. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- Keren M. Eating and feeding disorders in early childhood. In: Zeanah CH (editor) Handbook of infant mental health (4th Edition). The Guilford Press; 2018. p. 383-97.
- Jung JS, Chang HJ, Kwon JY. Overall profile of a pediatric multidisciplinary feeding clinic. *Ann Rehabil Med* 2016;40(4):692-701. <https://doi.org/10.5535/arm.2016.40.4.692>
- Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhannon B. A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: How standard is the standard of care? *J Pediatr* 2017;181:116-24 e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
- Dharmaraj R, Elmaoued R, Alkhouri R, Vohra P, Castillo RO. Evaluation and management of pediatric feeding disorder. *Gastrointest Disord* 2023;5:75-86. <https://doi.org/10.3390/gidisord5010008>
- Estrem HH, Park J, Thoyre S, McComish C, McGlothen-Bell K. Mapping the gaps: A scoping review of research on pediatric feeding disorder. *Clin Nutr ESPEN* 2022;48:45e55. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.12.028>
- Cook F, Conway LJ, Giallo R, Gartland D, Sciberras E, Brown S. Infant sleep and child mental health: a longitudinal investigation. *Arch Dis Child* 2020;105:655-60. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318014>