



Acta Medicinae et Sociologica (2022)

Vol. 13. No. 34. (138-162)

doi:

<https://doi.org/10.19055/ams.2022.05/31/7>

UNIVERSITY OF

DEBRECEN

FACULTY OF

HEALTH

NYÍREGYHÁZA

A telepi körülmények között élők egészségi állapotának és egészségműveltségének jellemzői

Libicki Éva¹, R. Fedor Anita²¹ tanársegéd, DE Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza Sóstói út 2-4.; ORCID: 0000-0002-2641-4012² főiskolai tanár, DE Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza Sóstói út 2-4.; ORCID: 0000-0002-7837-7006

INFO

Libicki Éva
libicki.eva@foh.unideb.hu

Keywords

people living in settlement conditions, health state, health education, prevention, health awareness behaviour

Kulcsszavak

telepi körülmények között élők, egészségi állapot, egészségműveltség, prevenció, egészségtudatos magatartás, védőoltások

ABSTRACT

Abstract. Health state and health education. In our study, we present the results of a survey, presented among the roma local group living in settlement conditions; concerning their health state, health education and health awareness behaviour. The study explored the quality of life of these disadvantaged groups in several dimensions. According to our results health state and health education need a multilevel intervention, focused on emphasising the preventive functions of the primary health care; in order to gain a long term, positive change among the related social groups.

Absztrakt

Tanulmányunkban a telepi körülmények között élő, roma célcsoport körében végzett kutatás eredményeit mutatjuk be az egészségi állapot, az egészségműveltség, és az egészségtudatos magatartás vonatkozásában. A vizsgálat a hátrányos helyzetű csoportok életminőségét több dimenzióban tárta fel. Eredményeink alapján az egészségi állapot és az egészségtudatos magatartás több szintű beavatkozást igényel; kiemelve az egészségügyi alapellátás prevenció szolgáltatásait, annak érdekében, hogy hosszú távú, pozitív változást érjünk el az érintett társadalmi csoportok körében.

Bevezetés

A társadalom tagjainak egészségi állapota, egészségtudatossága rendkívüli jelentőséggel bír. Az egyén egészségi állapotát célzó vizsgálatok során több tényező is felmerül, amelyek befolyásolhatják azt. Az 1986-ban közzétett Lalonde riport (WHO) az egyik legjelentősebb vizsgálat, amely szerint az egyén egészségmagatartása, életmódja van a legnagyobb hatással az egészségi állapotra (43%), emellett megjelennek még a szociokulturális tényezők, a gazdasági tényezők, valamint az iskolázottság is. Az egyén genetikai adottságai (27%), a környezeti tényezők (19%) és az egészségügyi ellátórendszer (11%) szintén fontos tényezők, amelyek hatással bírnak az egészségi állapotra. A környezeti tényezők ebben az esetben többek között a foglalkozási ártalmakat, a lakhatási körülményeket és a levegő minőséget jelentik (McGinnis és mtsai, 2002).

Az egészség megőrzésére irányuló törekvések nem csupán egyéni szinten, hanem a társadalom szintjén is fontosak, hiszen az egészség megőrzése össztársadalmi feladat. A modernizáció egyik vívmánya, hogy egyre többen törődünk az egészségi állapotunkkal, egészségtudatos magatartásunkat egyre inkább fejlesztjük, maga az egészség tulajdonképpen a kultúránk részévé vált (R. Fedor, 2019). Az egyén társadalomban és gazdaságban elfoglalt helyzete az egészségi állapotra is jelentős hatást gyakorol. Az egészséges életmód összefüggést mutat a szociális státusszal, az anyagi helyzettel és a társadalmi kapcsolatokkal (Vitrai, 2006). A szociokulturális és gazdasági tényezők terén hazánkban is tapasztalhatók egyenlőtlenségek. Az egészséggel összefüggést mutató egyenlőtlenségek az egészségpolitika egyik vezető problémájává váltak, ebből adódóan rendszeres kutatási témaként is megjelennek (Ferge, 2008). Az egyenlőtlenségek megjelennek az egészségügyi ellátórendszer szintjén, amely a nyújtott szolgáltatások minőségében, valamint a hozzáférhetőségben nyilvánulnak meg leginkább. Az egyén szintjén az egyenlőtlenségek főként a munkaerőpiaci státuszban, az iskolázottságban, az életmódban tükröződnek. A nem, a jövedelem, az etnikai hovatartozás, a lakóhely, a társadalmi pozíció mind meghatározó az egyén egészségi állapot szempontjából (Kolosi, 2000). A jövedelmi viszony, illetve maga a gazdasági aktivitás szempontjából a roma lakosság erőteljes hátránya figyelhető meg az átlagpopuláción belül (R. Fedor, 2018, R. Fedor és Balla, 2019). A Marmot-jelentés egyértelműen rámutat arra a megállapításra, hogy minél alacsonyabb pozíciót foglal el az egyén a társadalomban, annál rosszabb lehet az egészségi állapota (Marmot és mtsai,

2010). Korábbi kutatásokra alapozva tehető az a kijelentés, hogy a roma lakosság egészségi állapota, egészségtudatossága, egészségmagatartása, valamint szocioökonómiai státusza rosszabb, mint a magyar átlag populációé (Kósa, 2004).

Tanulmányunkban az Észak-alföldi régió egy városában telepszerű körülmények között élő 223 háztartásban survey adatgyűjtési módszerrel lebonyolított életminőség vizsgálatuk eredményeit mutatjuk be, elsősorban az egészségi állapot jellemzőire koncentrálnak. (Az életminőség különböző dimenzióinak elemző munkái jelen folyóirat aktuális számában olvashatók.) Írásunkban bemutatjuk az egészségi állapot, az egészségműveltség, az egyensúlyegyenlőtlenség elméleti hátterét, a legfontosabb, saját vizsgálatunk szempontjából releváns kutatási előzmények eredményeit, az egyensúlyegyenlőtlenségek problémáját előtérbe helyező dokumentumokat. Ezt követően térünk rá empirikus munkánk eredményeinek bemutatására, melyeket összevetjük egy 2019-ben hasonló témában és célcsoportban lefolytatott vizsgálatunk eredményeivel.

A kutatások során feltárt eredmények alapján hatékony fejlesztési tervek készülhetnek, amelyek az egyensúlyegyenlőtlenségek mértékének csökkentésén keresztül javíthatják a roma lakosság egészségi állapotát, fejleszthetik egészségmagatartásukat; ezen keresztül gazdasági aktivitásuk, társadalmi státuszuk is megváltozhat.

Elméleti/szakirodalmi háttér

Az elmúlt évtizedekben a társadalom és az egészség viszonya jelentős változásokon ment keresztül. Korábban az egészségi státuszt a társadalmi struktúra nem befolyásolta jelentős mértékben, illetve nem tulajdonítottak nagy jelentőséget a szociokulturális faktoroknak. A jóléti rendszerek megalakulásával azonban felismerték, hogy az egészségi állapotot alapvetően determinálják ezek a faktorok. Ebben fontos szerepet játszott a *modernizáció* folyamata. A modernizáció olyan globális változásokat hozott a társadalmi viszonyokban, amelynek köszönhetően felerősödött az urbanizáció, átalakult a városok szerkezete, fejlődésnek indult az infrastruktúra. Mennyiségi és minőségi változásokon mentek keresztül a városok, javultak a közegészségügyi faktorok, fejlődött a műszaki és a közlekedési infrastruktúra; ezzel párhuzamosan jelentős fejlődésen ment keresztül az orvostudomány, aminek köszönhetően a gyógyításban is komoly előre lépéseket értek el (Jóna, 2014, Ambrus, 2012).

Az egészségszociológia térhódítása

Az egészségszociológia a betegségek kialakulásában szerepet játszó társadalmi, gazdasági és szociokulturális faktorokat vizsgálja. Mindezek mellett az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés, a prevenció tudományága is jelentős mértékben járul hozzá az egészségpolitika kérdéseihez, és a megfelelő politikai stratégiák kidolgozásához, hiszen maga az egészségszociológia vizsgálja az egészség és a betegségek kialakulásának társadalmi vonatkozásait, valamint egyének és az egyes társadalmi csoportok között folyamatosan fennálló egyenlőtlenségeket (Pikó, 2002). Az orvostudomány fejlődésének eredményeként a gyógyítás folyamatában egyre nagyobb szerepet kap a szociológia. Az orvostársadalom a társadalomtudományos kutatások eredményeit is figyelembe veszi a sikeres gyógyítás érdekében. Ez jelenti tulajdonképpen az alapját annak a holisztikus szemléletmódnak, amely napjainkat is jellemzi, hiszen a természet- és a társadalomtudományok módszertana és eredményei integrálódtak, és egyfajta paradigmaváltást eredményeztek, amely az egészségszociológia jelentős fejlődését illetve bővülését jelentette (Jóna, 2014).

Az orvostudomány mellett a társadalomtudományok is foglalkoznak a betegségek etiológiájával, ennek alapján született az a megállapítás, hogy a betegségek hátterében főként társadalmi eredetű okok húzódnak meg, ezért a társadalmi struktúra változtatásán keresztül jutunk el a megfelelő gyógyításhoz, a megfelelő beavatkozási szintekhez. A változtatáshoz szükséges, főként szociálpolitikai törekvések megvalósítása össztársadalmi cél, nem csupán az alacsonyabb szintű társadalmi rétegeket érinti. A szociális prevenció tehát olyan jelenség, amely az egész társadalmat érinti, társadalmi szinten kell megjelennie. A megelőzés folyamatában a társadalmi tényezők kapnak fontos szerepet; ilyen pl. a marginalizáció, amely következményei komoly befolyással bírnak az egészségi állapotra. A társadalmi faktorok indirekt módon is befolyásolhatják az egészségi állapot alakulását, pl. a családi állapot, a társas kapcsolatok, a vallási hovatartozás, az erős, illetve gyenge kötések száma, a szocializációs mintázatok, stb. (Jóna, 2014).

Az urbanizáció, vagyis a technikai és infrastrukturális fejlődés egyik fontos hozadéka az életmódban, a gondolkodásmódban bekövetkezett jelentős változások (Beck, 2003). A gondolkodás fókuszába került a modern életstílus, az egészséges életmód, az egészséges étkezés, a táplálkozás és a káros szenvedélyek feletti kontroll. Az urbanizáció hozta pozitív változások mellett

azonban negatív következmények is megjelentek, hiszen a feszített életvitel, a munkatempó meghatározta a társas kapcsolatok alakulását; kevesebb idő jutott a barátokra, az interakciókra, egyre gyakoribbá vált a munkahelyi stressz; mindezek pedig komoly rizikófaktoroként jelennek meg egyes betegségek kialakulásában (R. Fedor, 2018, 2019). Az egészség és a társadalom viszonyát illető legfontosabb megállapítás tehát az, hogy az egyes gazdasági, szociokulturális, valamint politikai faktorok alapvető befolyással bírnak a társadalom egészségi állapotára.

A szakirodalomban széles körben megjelenő vizsgálatok és tanulmányok azt igazolják, hogy az egészségi állapotot jelentősen befolyásolják a társadalmi, gazdasági, kulturális és politikai tényezők. Ennek empirikus alátámasztására az egyik legfontosabb tudományos dokumentum az 1980-ban elkészített Fekete jelentés (Black Report) volt. Ebben a tanulmányban részletesen leírásra kerül, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek, az egyén társadalomban betöltött pozíciója hogyan határozzák meg az egyén egészségi állapotát. Alapvető evidenciaként jelent meg az, hogy az egészségi állapot annál rosszabb volt, minél alacsonyabb szinten elhelyezkedő társadalmi réteget vizsgáltak. A magasabb jövedelemmel rendelkező, magasabb társadalmi státuszú csoportok esetében csökkent az egyes betegségek előfordulása, és jelentősen jobb volt az egyén egészségi állapota.

Egészségegyenlőtlenségek

Az egyenlőtlenségek minden területet, köztük az egészséget is, átfogó, egyre növekedő tendenciája a társadalom egyik legégetőbb problémája. Magyarország vonatkozásában nem csupán néhány egyenlőtlenségről beszélhetünk, amelyek kiemelkedően nagyok, hanem szinte minden fontosabb területen az európai rangsor végén áll (Ferge, 2008). A fizikai és társadalmi életesélyeket (hány évet él az egyén; milyen egészségi állapotban; mivel tudja teljessé és értékkessé tenni az életét) érintő egyenlőtlenségek egyaránt jelentős mértékben vannak jelen. Az életesélyek egyenlőtlensége valójában az tükrözi, hogy az egyéneknek van-e joga a szabadsághoz és az élethez; ahhoz a két alapvető társadalmi értékhez, amelyek a túlzott mértékű egyenlőtlenségek következtében sérülhetnek (Ferge, 2005).

Az egészségi állapot egyenlőtlenségeire vonatkozóan több értelmezés és meghatározás is született a szakirodalomban. Fontos azonban elkülöníteni az elfogadható, elkerülhetetlen és az igazságtalan különbségek fogalmát.

Elfogadhatónak tekintjük azokat a különbségeket az egészségi állapotra vonatkozóan, amelyek nem a társadalmi-gazdasági feltételek eltéréseiből adódnak, hanem az egyén döntésein, választásain alapulnak (pl. eltérő táplálkozási szokások, eltérő egészségmagatartás). Az elkerülhetetlen különbségek a biológiai okokra vezethetők vissza, amelyeken változást előidézni nem lehet, hiszen genetikailag kódolt, öröklött tulajdonságok határozzák meg. A társadalmi-gazdasági feltételek különbségeiből adódó, egészségi állapotot érintő egyenlőtlenségeket definiáljuk igazságtalannak (Orosz, 2001).

Az egyes társadalmi, vagy demográfiai, földrajzi szempontok alapján képzett csoportok egészsége között fennálló különbségeket nevezzük egészségkülönbségeknek, amelyek biológiai okokra vezethetők vissza (pl. férfiak és nők születéskor várható átlagos élettartama). Azokat az egészségi állapotot érintő különbségeket, amelyek megelőzhetők vagy elkerülhetők, egyenlőtlenségeknek nevezzük; azaz minden egyének és csoportok között egészségben megnyilvánuló valamilyen mutatóval mérhető jelenség, amelyeknek nem csupán morális, hanem jelentős gazdasági hatásuk is van (Csizmadia, 2017).

Az egészségkülönbség tehát egy vagy több olyan szisztematikus különbséget jelent, amely az egyes társadalmi vagy földrajzi csoportok egészségi állapotában jelentkezik. Az egészségegyenlőtlenségek ezzel szemben olyan egyenlőtlenségeket jeleznek, amelyek az egészségi állapot különböző mutatóival jellemezhetők, és amelyek nem magyarázhatók a biológiai adottságokkal; hanem háttérükben társadalmi tényezők jelennek meg. Az ismert és gyakran használt mutatók, pl. a születéskor várható élettartam; a korai (65 éves életkor előtti) halálozás; az iskolázottság; a jövedelem; a foglalkozás (Kósa, 2019). Az említett mutatók jelentős különbségeket mutatnak az egyes csoportok vonatkozásában, illetve a fejlett és fejlődő országok között is szignifikáns eltérések jelentkezik. A társadalmi szerkezet egészségegyenlőtlenségek mérésére leggyakrabban használt dimenziói: a lakóhely, az etnikum, a foglalkozás, a nem, a vallás, az iskolázottság, a társadalmi-gazdasági helyzet és a társadalmi tőke. A nemzetközi szakirodalom csoport szintű egészségvizsgálataiban ezeket a mutatókat az angol PROGRESS betűszóval jelzi (Place of residence, Race, Occupation, Gender, Religion, Education, Socioeconomic status, Social resources). Magyar vonatkozásban is készültek hasonló felépítésű tanulmányok, amelyek az egészségegyenlőtlenségeket több dimenzióban

vizsgálták, pl. az iskolai végzettség, munkaerőpiaci helyzet, szegénység, jövedelem, depriváció (Kovács, 2006; Klinger, 2006; Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor, 2021). A társadalmi erőforrások szintje meghatározza az egészségi állapotot; vagyis ahol az erőforrások egyre növekvő mennyisége (pl. oktatás, jövedelem) korrelál a javuló egészségi állapot szintjével, ott megjelenik a társadalmi lejtő, egyfajta jelzőrendszerként, az egyenlőtlenségek vonatkozásában (Csizmadia, 2017).

Az egyén egészségmagatartása

Az egészségi állapot egyik legfontosabb meghatározója az egyén egészségmagatartása, attitűdje az egészséges életmód iránt. Az egészségmagatartás elsősorban az egyén szabad választásán alapszik. Az egészségkárosító szokások közé tartozik pl. az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás, a mozgásszegény életmód, a túlzott alkoholfogyasztás. A tágan értelmezett egészségmagatartás az egyén életmódját jelenti, amely kapcsolatba hozza a környezetével, és meghatározza azt, hogy a kockázati tényezőkkel történő interakciók során milyen erőforrás készleteket használ (pl. az egészséges életmód követői nem dohányoznak, egészségesen táplálkoznak) (Vitrai és mtsai, 2011). Az egyéni választás azonban nem kizárólag a táplálkozási szokásokra korlátozódik. A szelekció szintén megjelenik az egyenlőtlenségek értelmezése során. Az emberek gyakran ítélik meg magukat valamilyen társadalmi csoport alapján; például a lakóhely okán megfigyelhető, hogy, akik fontosnak tartják a fizikai aktivitást, azok olyan területre költöznek, ahol sok a gyaloglási lehetőség; ezzel szemben az ülő életmód kedvelői inkább az autós közlekedéstől függő elővárosokat részesítik előnyben. Ez a lakóhellyel összefüggő önszelekciós mechanizmus, amely magyarázhatja az egészségi állapot és a szocioökonómiai státusz (SES: socioeconomic status) közötti kapcsolatot. A deprivált lakókörnyezet, az alacsony jövedelem, a foglalkoztatás jelentős hatással van az egészségi állapotra (Csizmadia, 2017). A társadalmi lejtőn lefelé haladva az egészségkárosító magatartás egyre gyakoribbá válik, amelynek befolyásolása fontos beavatkozási pontot jelent az egészségegyenlőtlenségek csökkentése szempontjából. Az egyén szintjén megjelenő és végrehajtható változások pl. az egészségtudatos magatartás ösztönzése; az egészséges életmódra való törekvés; a prevenció szűrővizsgálatokon való rendszeres megjelenés. A környezeti szintet érintő változások lehetnek pl. a szabadidős sport tevékenységek feltételeinek

biztosítása, vagy az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének javítása (Frank és mtsai, 2007).

Egészségműveltség

Az egészségműveltség viszonylag újnak számító fogalom az egészségi állapotra vonatkozó kutatások során. 1974-ben alkották meg, és jelent meg először egy egészségnevelési konferencián. Az egészségműveltség olyan képesség, amely elengedhetetlen a társadalomban való boldoguláshoz, mivel az egyén fejlettségi szintje meghatározza az egészségi állapotot, illetve hatással van az egészségügyi ellátórendszerre is. A kezdeti definíció szerint az egészségműveltség az alapvető olvasási és számolási készségek alkalmazása valamilyen egészségügyi kontextusban (Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999). Ezt követően tágabb definíciók is születtek, amelyek már fontosnak tartják az egészséggel kapcsolatos információk elérésére, feldolgozására és megértésére való képességet, amelyek megtestesítik azt a tudást és cselekvést, amellyel az egyén megfelelő döntéseket képes hozni az egészségével kapcsolatban (National Health Education Standards, 1995). A WHO szerinti definíció szerint: *„az egészségműveltség azon kognitív és szociális készségek összessége, amelyek meghatározzák az egyének motivációját, és képessé teszik őket az információhoz való hozzáférésre, annak megértésére és olyan módon történő használatára, hogy fenntartsa és fejlessze egészségüket”* (Nagy és Barabás, 2011).

A telepi körülmények között élők körében lebonyolított vizsgálatunk eredményei

A vizsgálat az Észak-alföldi régió egy településén zajlott, telepszerű körülmények között élők körében. Az empirikus kutatás során többek között az objektív és a szubjektív egészségi állapot, valamint az egészséghez való attitűd került felmérésre. Az alábbiakban az egyes kérdésekre adott válaszok kerülnek bemutatásra, összehasonlítva és értékelve a korábbi eredményekhez viszonyítva.

Egészségi állapot

1. táblázat: Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát?

(%)	Telepi kutatás 2021 (n=217)	Huszár telep 2019	Keleti lakótelep 2019
Nagyon jó	6,9	12,7	6,1
Jó	48,4	29,5	19,7
Elfogadható	35,5	39,2	54,5
Rossz	7,4	13,9	16,7
Nagyon rossz	1,8	4,8	3

Forrás: Telepi kutatás, 2021; Telepi kutatás, 2019

Az önminősített egészségi állapot vizsgálata során azt tapasztaltuk, hogy a telepi körülmények között élők legnagyobb mértékben „jó”-nak ítélték meg egészségi állapotukat. Ez a korábbi kutatások során kisebb mértékű volt, hiszen a 2019-es vizsgálat szerint a legtöbben az „elfogadható” lehetőséget jelölték meg, bár az is igaz, hogy akkor magasabb volt, közel kétszer annyi a „nagyon jó” választ adók aránya.

2. táblázat: Hogyan jellemezné általában egészségi állapotát?

(%)	Nagyon jó	Jó	Elfogadható	Rossz	Nagyon rossz
Férfi	6,4	55,3	31,9	6,4	0,0
Nő	7,6	43,3	38,9	7,6	2,5

Forrás: Telepi kutatás, 2021 $p < 0,56$

A nemek megoszlását vizsgálva megállapíthatjuk, hogy az önminősített egészségi állapot tekintetében nincs szignifikáns eltérés; a válaszok megoszlása nagyjából megegyezik ($p < 0,56$).

3. táblázat: Ön mennyire tartja magát egészségesnek? (n=203)

(%)	Egészségesebb, mint az Önhöz hasonló korúak	Olyan egészséges, mint a hasonló korúak általában	Rosszabb az egészségi állapota, mint a hasonló korúaké
Férfi	17	66	17
Nő	12,8	76,9	10,3
Összesen	13,8	74,4	11,8

Forrás: Telepi kutatás, 2021 $p < 0,295$

Az eredmények arra engednek következtetni, hogy alapvetően a válaszadók kb. háromnegyede ugyanolyan egészségesnek érzi magát, mint a többi hasonló

korú; emellett pedig megközelítőleg. azonos arányban válaszolták, hogy jobbnak vagy éppen rosszabbnak érzik egészségi állapotukat a hasonló korú válaszadóknál. A nemek megoszlását vizsgálva nem állapítható meg szignifikáns eltérés ($p < 0,295$), tehát a férfiak és a nők nagyjából ugyanolyan arányban érezték egészségi állapotukat jobbnak vagy rosszabbnak, mint a hasonló korú válaszadók.

4. táblázat: Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?

(%)	Telepi kutatás 2021			Huszár telep 2019	Keleti lakótelep 2019
	Férfiak	Nők	Összesen	Összesen	Összesen
Nagyon sokat tehet	8,5	7,7	7,4	15,1	3
Sokat tehet	72,3	71,6	72,6	38	56,1
Keveset tehet	17	14,8	15,3	42,2	34,8
Semmit sem tehet	2,1	5,8	4,7	4,8	6,1

Forrás: Telepi kutatás, 2021 $p < 0,77$; Telepi kutatás, 2019

Az egészségért érzett felelősségtudat, az egészségtudatosságra való törekvés egyértelműen megjelenik mindkét kutatás esetében. A számok azt tükrözik, hogy ez az attitűd egyre erősödik és a telepi körülmények élők körében is emelkedik azon egyéneknek a száma, akik szerint sokat tehetnek saját egészségük megőrzése vagy akár javítása érdekében. Közel kétszeresére nőtt az egyéni felelősséget hangoztatók aránya, és majdnem felére csökkent azoké, akik úgy válik, hogy kevésbe függ tőlük az egészségi állapotuk. Összességében azt mutatják az adatok, hogy egyre kevesebben vannak azok, akik úgy érzik, hogy semmit sem tehetnek. Ebben nem találtunk különbséget a nő és férfi válaszadók között ($p < 0,77$).

5. táblázat: Szenved-e krónikus betegségben (legalább 6 hónapja, vagy előreláthatólag legalább 6 hónap)?

(%)	Telepi kutatás 2021		Telepi kutatás 2019	
	Igen	Nem	Igen	Nem
Férfi	25,6	74,4	46,6	53,4
Nő	31,6	67,6	29,4	70,6

Forrás: Telepi kutatás 2021 $p < 0,377$; Telepi kutatás 2019

Az életminőséget, mindennapi tevékenységet hátráltató krónikus betegségek előfordulása kórjelző lehet az egészségi állapot vonatkozásában. A 2021-es vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a telepi körülmények között élők esetében kisebb arányban fordulnak elő olyan krónikus betegségek, amelyek már legalább 6 hónapja állnak fent. A válaszadók 25,1%-a, tehát kb. egynegyede szenved ilyen jellegű betegségben, míg 74,9% válaszolta, hogy esetükben nem fordul elő ilyen. A nemek tekintetében szignifikáns eltérést nem tapasztaltunk ($p < 0,377$). A korábban végzett kutatási eredményekkel összehasonlítva egyértelműen kitűnik, hogy a telepi körülmények között élők esetében csökken a krónikus betegségek előfordulási aránya, hiszen 2019-ben a Huszár telepiek körében ez az érték 31,1% volt, míg a Keleti lakótelepen 43,9%. Ennek felmérésekor az orvos által korábban diagnosztizált betegségszoportokat vettük figyelembe. A kérdés megválaszolását befolyásolja az egyén egészségműveltsége is, hiszen előfordulhat, hogy egyáltalán nem, vagy nehezen tudta értelmezni az orvos által felállított diagnózist, és nincs tisztában azzal, hogy valamilyen krónikus betegségben szenved.

A diagnosztizált krónikus betegségek esetében az életminőség romolhat, a betegség a mindennapi tevékenységeiben is korlátozhatja az egyént. Kutatásunkból kitűnik, hogy a telepi körülmények között élők esetében az életminőséget súlyosan befolyásoló krónikus betegségek előfordulása alacsonynak mondható (6,9%). A válaszadók 14,4%-a érzi úgy, hogy idült betegségeik korlátozzák ugyan valamilyen mértékében, de nem súlyosan, míg legnagyobb részüknél (78,7%) ezek a fennálló betegségek nem jelentenek korlátot a mindennapi életvitelükben. Ezek a hatások nem csak a fizikális egészséget érintik, de nagyon súlyos mentális korlátokat is szabhatnak. Pl. egy cukorbetegség talaján kialakult idegkárosodás következtében az alsó végtagok fájdalmassá válhatnak, és megnehezíthetik a járást. Ezek a betegek gyakran inkább otthon maradnak, és egyre kevesebbet érintkeznek a külvilággal. Az aktív munkahellyel rendelkezők esetében akár a munkahely elvesztését vagy leépítését is jelentheti, amely a jövedelem csökkenésével az egyén megélhetését veszélyeztetheti. Ez az állapot egy idő után elszigetelődéshez, depresszióhoz vezet. A telepi kutatás eredményeiből arra következtethetünk, hogy a krónikus betegségek kis mértékben ugyan, de korlátozzák az egyéneket.

6. táblázat: Egészségügyi ellátáshoz történő hozzáférhetőség

(%)	Előfordult-e, hogy későn jutott, vagy hozzá sem jutott valamilyen egészségügyi ellátáshoz	Előfordult-e, hogy a lakóhelye és az egészségügyi intézmény távolsága miatt későn jutott, vagy hozzá sem jutott valamilyen egészségügyi ellátáshoz?
Igen	9,8	6,7
Nem	86,9	90,4
Az elmúlt 12 hónapban nem volt szükség egészségügyi ellátásra	3,3	2,9

Forrás: Telepi kutatás, 2021

Az egészségügyi ellátórendszer hozzáférhetősége több szempontból is vizsgálható kérdés. Az egyik legfontosabb meghatározó tényezője pl. a lakóhely távolsága az ellátóhelyhez viszonyítva, illetve annak megközelítési lehetőségei. Sok esetben befolyásoló tényező, hogy van-e megfelelő, elérhető közlekedési lehetőség, hiszen a telepi körülmények között élők ritkábban rendelkeznek saját gépjárművel. A kutatásból egyértelműen kiderül, hogy a válaszadók többsége esetében nem fordult elő olyan helyzet, hogy későn vagy egyáltalán nem jutott hozzá a megfelelő egészségügyi ellátáshoz, annak ellenére, hogy a kérdőív felvétele a Coviddal terhelt időszakot közvetlenül követő hónapokban történt. Ez a kérdés célzottan is mérte a lakóhely és az egészségügyi ellátóhely távolságát, illetve azt, hogy ez a távolság okozott-e fennakadást az ellátáshoz való hozzáférésben. Azok a családok, akik nem rendelkeznek saját gépjárművel, tömegközlekedési eszközöket kénytelenek használni, hogy eljussanak az ellátóhelyre; ez azonban további kérdéseket vet fel; pl. van-e a település közelében elérhető tömegközlekedési eszköz, megfelelő-e a menetrend (az oda-és hazajutáshoz egyaránt). A telepi körülmények között élők körében végzett kutatásból ebben az esetben az látható, hogy a lakóhely és az egészségügyi intézmény távolsága nem okozott ellátási problémát, vagyis a lakóhely távolsága nem befolyásolta az ellátáshoz való hozzáférést.

A következő kérdésben különböző egészségügyi ellátásokat soroltunk fel (pl.: orvosi ellátás, fogorvosi ellátás, dietetikus, stb.) amelyekkel kapcsolatban arra kértük a válaszadókat, hogy értékeljék annak megfelelően, hogy bár szükségüklett volna rá, különböző okok miatt nem tudták igénybe venni azt.

7. táblázat: Az elmúlt 12 hónapban szüksége lett volna (...) ellátásra, de anyagi okok miatt nem tudta igénybe venni.

(%)	Igen	Nem	Az elmúlt 12 hónapban nem volt szükség egészségügyi ellátásra
Orvosi ellátás	26,6	72	1,4
Fogorvosi ellátás	26	72,6	1,4
Vényköteles gyógyszer felírása vagy kiváltása	26,4	72,6	1
Mentálhigiénés ellátás	2,6	49	48,4
Gyógytornász	0,5	45,5	53,9
Dietetikus	1	45	53,9
Logopédus	0,5	45,5	53,9
Gyógymasszőr	0,5	45,5	53,9
Egyéb, nem orvosi végzettségű szakember	1,6	46,6	51,8

Forrás: Telepi kutatás, 2021

Az egészségi állapotot jelentős mértékben meghatározza az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés; amely sok esetben komoly anyagi vonzattal jár. Az orvoshoz való eljutás költségei, a vényköteles gyógyszerek rendszeres kiváltása, gyógyászati segédeszközök használata sok család számára jelent anyagi megterhelést; ebből adódóan az ellátást meghatározza a jövedelem. Az erre vonatkozó kérdésblokk eredményei azt mutatják, hogy orvosi ellátás esetében csak kis mértékben fordult elő (26,6%), hogy anyagi okok miatt azt nem tudták igénybe venni. Az egyéb egészségügyi ellátások eredményeivel összevetve azonban azt állapíthatjuk meg, hogy az orvosi, valamint a fogorvosi ellátás igénybe vétele, illetve a vényköteles gyógyszerek felírása, kiváltása fordult elő a legnagyobb mértékben, vagyis a telepi körülmények között élők a legalapvetőbb egészségügyi ellátásokra törekсенek. Esetükben pl. gyógytornász (0,5%), dietetikus (1%) vagy mentálhigiénés ellátás (2,6%) igénybe vétele luxusnak minősülhet. Az orvos által elrendelt gyógyszerek kiváltása a legtöbb esetben nem okozott problémát; a válaszadók 72,6%-a szerint nem fordult elő olyan, hogy anyagi okok miatt nem jutottak hozzá a megfelelő gyógyszeres terápiához.

A fogorvosi ellátás ezzel szemben súlyos elmaradást mutat, hiszen a társadalombiztosítási rendszer által finanszírozott fogorvosi beavatkozások köre igen szűk, ezért a legtöbb esetben a betegek magánrendelőket kényszerülnek felkeresni, amely szintén anyagi vonzattal bír. A telepi

körülmények között élők nem minden esetben rendelkeznek ehhez tartalékokkal. A kutatási eredmények azt bizonyítják, hogy a fogorvosi ellátást 72,6%-ban nem tudták igénybe venni anyagi okok miatt. Ezt támasztja alá az az eredmény is, amely szerint a válaszadók 77,4%-nak van rossz, kezelésre szoruló foga, azonban ennek ellenére közel 60%-uk nem volt fogorvosnál az utóbbi 12 hónapban, amelynek hátterében főként anyagi okok sejthetők. Mindössze 16,4% keresett fel fogorvost az elmúlt 6 hónapban, és 9% még soha sem járt fogászati ellenőrzésen. Ez sajnos egybecseng a rossz hazai szájhigiénére vonatkozó adatokkal.

Magánorvosi ellátás

Az alapvető egészségügyi szolgáltatások igénybevétele mellett vizsgáltuk azt is, hogy a telepi körülmények között élők körében milyen gyakori a magánorvosi ellátáson való részvétel, illetve milyen típusú magánrendeléseken jelennek meg a legtöbben. A válaszadók mindössze 8,3%-a vett igénybe valamilyen magánjellegű, tehát önköltséges egészségügyi ellátást, 91,7% pedig még soha nem jelent meg magánorvosi szakrendelésen.

8. táblázat: Magánrendelésen való részvétel

(%)	Magánrendelésen jelent meg	
Igen	8,3	
Nem	91,7	
Ha nem, miért nem?	Nem tudom megfizetni	72,7
	Túl sokára lehet időpontot kapni	3,7
	Egyéb	23,5

Forrás: Telepi kutatás, 2021

A leggyakrabban előforduló magánorvosi ellátások között szerepel a nőgyógyászati szakrendelés (44,5%) és a fogorvosi ellátás (27,8%); emellett kb. ugyanolyan arányban jelenik meg a belgyógyászat (6%), a kardiológia (5,6%), valamint az endokrinológia (5,6%). A vizsgált célcsoportunk körében tehát igen alacsony azoknak az aránya, akik magánorvosi ellátást tudnak igénybe venni, többségük anyagi okok miatt nem teheti ezt meg.

Prevenációs vizsgálatok, szűréssel kapcsolatok ismeretek

Az alábbi kérdésekkel a szűrési hajlandóságot mértük fel, hogy a telep körülmények között élők körében milyen gyakori az ajánlott szűrővizsgálatokon való rendszeres részvétel, illetve milyen gyakran keresik fel háziorvosukat a saját egészségi állapotuk érdekében, pl. vérnyomás érték vagy vércukor szint ellenőrzés céljából.

9. táblázat: Mikor mérte meg a vérnyomását/vércukor szintjét legutoljára egészségügyi dolgozó?

%	Vérnyomás			Vércukor szint		
	Férfiak	Nők	Összesen	Férfiak	Nők	Összesen
Az elmúlt 12 hónapban	66	74,5	72,8	55,3	69,9	65,7
Több mint 1 éve, de 3 éven belül	29,8	19,1	21,2	40,4	29,5	32,9
Több mint 3 éve, de 5 éven belül	2,1	2,5	2,3	2,1	0	0,5
Több mint 5 éve	2,1	1,9	2,3	2,1	0,6	0,9
Soha nem mérte meg	0	1,9	1,4	-	-	-
	p<0,523			p<0,085		

Forrás: Telepi kutatás, 2021

Eredményeink arra engednek következtetni, hogy a válaszadók nagyobb részénél az elmúlt 12 hónapban történt vérnyomás (72,8%), illetve vércukor szint (65,7%) ellenőrzés egészségügyi dolgozó által. A telep körülmények között élők kb. egyharmada azonban több mint egy éve nem jelent meg háziorvosánál ilyen jellegű vizsgálat céljából, pedig nekik nagyobb mértékben lenne rá szükségük, hiszen deprimált szociokulturális környezetükből adódóan emelkedik a rizikófaktorok száma. Fokozott rizikómagatartásuk eredményeként pedig nő az egyes kardiovaszkuláris betegségek előfordulása. A rendszeres ellenőrző vizsgálatokon való részvétel jelzi az adott társadalmi csoport egészségtudatosságát. Ebben az esetben azt állapíthatjuk meg, hogy a nők valamivel egészségtudatosabban élnek, hiszen 74,5%-nál 12 hónapon belül történt vérnyomásmérés, férfiaknál ez 66% volt. Vércukorszint ellenőrzésen a női válaszadók 69,9%-a járt egy éven belül, a férfiak pedig 55,3%-ban vettek részt hasonló egészségügyi vizsgálaton; azonban sem a vérnyomás, sem pedig a vércukor szint mérés kapcsán nem jelenik meg szignifikáns eltérés.

A mai módszertani ajánlások értelmében a nők számára 16 éves kortól évente ajánlott a méhnyakrákszűrés, 40 éves kor felett pedig évente ajánlott a mammográfiás vizsgálat. Férfiak esetében 50 éves kor felett évente ajánlják a prosztatatarák szűrést, valamint a székletvizsgálatot; gasztrointesztinális tumorok kizárása céljából. Ha a családi anamnézisben szerepel korábbi daganatos megbetegedés, akkor már 40 éves kor felett ajánlott évente elvégezni ezeket a szűrővizsgálatokat.

10. táblázat: Végeztek-e Önnél valaha (...) vizsgálatot?

(%)	Mammográfia	Citológiai kenet
Igen	31,3	37,5
Nem	68,8	62,5

Forrás: Telepi kutatás, 2021

11. táblázat: Mikor végeztek Önnél (...) vizsgálatot?

%	Mammográfia	Citológiai kenet
Az elmúlt 12 hónapban	31,3	31,3
Több mint 1 éve, de 2 éven belül	26,6	18,4
Több mint 2 éve, de 3 éven belül	14,1	11,7
Több mint 3 éve	28,1	28,8
Soha	-	9,8

Forrás: Telepi kutatás, 2021

A kutatásunk során megkérdezett nők 31,3%-a volt már korábban mammográfiás vizsgálaton, és 37,5%-nak vettek már citológiai kenetet méhnyakrákszűrés céljából. Az elmúlt 12 hónapban mindössze 30%-uk járt valamelyik szűrővizsgálaton, és a megkérdezettek majdnem fele több mint két éve nem volt szűrésen. Ennek a háttérében számos ok feltételezhető, pl. nem figyelnek eléggé a saját egészségi állapotukra, nem volt lehetőségük megjelenni a szűrővizsgálatokon, hiszen a Covid-19 pandémia egyik hozadéka az egészségügyi ellátórendszer teljes átalakulása volt, amely jelentős mértékben lecsökkentette a preventív szolgáltatásokhoz való hozzájutást. A szűrővizsgálatokon való alacsony részvétel okait érdemes lehet a későbbiekben egy másik kutatás keretein belül feltárni.

Az ajánlott szűrővizsgálatokkal kapcsolatban a telepi körülmények között élő férfiakat is megkérdeztük, többek között a prosztatatarák szűrésre, valamint a székletvér vizsgálatra vonatkozóan.

12. táblázat: Mikor volt Önnek utoljára (...)?

%	Prosztatárák szűrés	Székletvér vizsgálat
Az elmúlt 12 hónapban	11,1	70
Több mint 1 éve, de 2 éven belül	13,3	20
Több mint 2 éve, de 3 éven belül	13,3	-
Több mint 3 éve	13,3	10
Soha	48,9	-

Forrás: Telepi kutatás, 2021

A férfiak körében a szűrési hajlandóság viszonylag alacsony, hiszen az ajánlott egy éven belül mindössze 11,1%-uk volt prosztatatarák szűrésen, és a megkérdezett férfiak fele még soha nem járt ilyen vizsgálaton. Szignifikánsan nagyobb arányban vettek részt azonban a székletvér vizsgálaton, ebben az esetben 70%-uk 12 hónapon belül megjelent az ajánlott szűrővizsgálatokon. Ennek hátterében felmerül a prosztatatarák szűrés során végzett fizikális vizsgálat, amely sok férfi számára kellemetlen, fájdalmas beavatkozás.

Összességében elmondható, hogy a megkérdezettek 85%-a fontosnak tartja a szűrővizsgálatokat. Elfogadóan nyilatkoznak a rendszeres szűrés fontosságáról, azonban ennek ellenére sajnos a szűrési hajlandóság viszonylag alacsonynak mutatkozik.

13. táblázat: Ön szerint milyen gyakran javasolt a következő szűrővizsgálatokon részt venni?

	évente	2 évente	3 évente	csak panasz esetén
emlőszűrés (mammográfia) n=199	56,3	13,6	4,0	26,1
méhnyakrák szűrés n=199	70,4	21,1	3,0	5,5
székletvér vizsgálat n=193	34,7	20,2	15,5	29,5
prosztatárák szűrés n=146	67,8	14,4	3,4	14,4
tüdőszűrés n=204	81,9	12,7	1,0	4,4

Forrás: Telepi kutatás, 2021

A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismeretek felmérésére irányuló kérdésekből megállapíthatjuk, hogy sajnos sokan, közel 30%-ban, gondolkodnak úgy, hogy csak a panaszok jelentkezése esetén kell szűrésre menni. Ez azonban tévhit, ezek a vizsgálatok már nem szűrésnek minősülnek, hiszen a prevenció elsődleges feladata az lenne, hogy megóvja az egyéneket az egyes betegségek kialakulásától, illetve elősegítse azok korai felismerését, mielőtt bármilyen panaszt is okoznának. A megkérdezetteknek a méhnyakrák (70,4%), valamint a tüdőszűréssel (81,9%) összefüggő ismeretei a legjobbak. A tüdőszűréssel kapcsolatos szélesebb körű ismeretek feltehetően abból adódnak, hogy ez „régóta típusú” szűrésnek minősül, az emberek tudják, hogy oda évente el kell menni.

Az egészség megőrzése, illetve megóvása érdekében a prevenció az egyik legfontosabb egészségtudatos tevékenység. Az egyének rendszeres orvosi ellenőrzése (pl. vérnyomás érték, vércukor szint, koleszterin szint), valamint a különböző szűrővizsgálatokon való rendszeres részvétel jelzi az egyes társadalmi csoportok egészségtudatosságát.

Védőoltásokkal kapcsolatos attitűd

A rendszeres szűrővizsgálatokon való részvétel mellett a prevenció másik fontos színtere a nem kötelező védőoltások felvétele. A nem kötelező védőoltások közé tartozik pl. az influenza elleni védőoltás, a kullancs okozta encephalitis elleni védőoltás, pneumococcus elleni védőoltás, vagy a Covid-19 pandémia ellen kifejlesztett védőoltás (ennek felvétele csak meghatározott munkakörben dolgozók-pl. egészségügy-számára volt kötelező).

14. táblázat: Védőoltások felvétele

%	Nem kötelező védőoltások (n=220)	Covid-19 védőoltás (n=220)
Igen	51,4	44,5
Nem	48,6	55,5

Forrás: Telepi kutatás, 2021

A nem kötelező védőoltások felvételével a megkérdezettek kb. 50%-a élt, míg konkrétan a Covid-19 védőoltást ennél valamivel kevesebben, 44,5%-uk vette fel.

15. táblázat: Miért nem vette fel a védőoltásokat?

% n=220	Nem kötelező védőoltások	Covid-19 védőoltás	
Nem hiszek az oltások jótékony hatásában	70,8	Féltem az oltás mellékhatásától	75,2
Félek szövődményektől	23,2	Nem tartottam a vírus szövődményeitől	21,2
Nem tudtam, hogy van ilyen lehetőség	1,0	Nem tudtam, hogy igényelni kell	0,9
Nincs rá pénzem	1,0	Egyéb	2,7
Egyéb	4,0		

Forrás: Telepi kutatás, 2021

A védőoltások elutasításának háttérében számok ok feltételezhető. A nem kötelező védőoltások között több olyan is szerepel, amely nem ingyenes, így vannak olyanok, akik anyagi okok miatt nem jutnak hozzá ezekhez az oltásokhoz, azonban a telepi körülmények között élők körében ez mindössze 1%. Jelentős többségük (70,7%) azért nem él a védőoltások beadatásának lehetőségével, mert nem hisznek az oltások jótékony hatásában. Sajnos az alacsonyabb iskolázottságból adódó alacsonyabb szintű egészségműveltség következtében nem tájékozódnak megfelelően, vagy nem a megfelelő forrásból tájékozódnak. A Covid-19 védőoltással kapcsolatos szkeptikus hozzáállás az oltás technológiai kifejlesztésének rövid időintervallumból adódik, hiszen a hosszú távú szövődményekről nem állt rendelkezésre elegendő információ, így a megkérdezettek kb. háromnegyede a lehetséges mellékhatásoktól tartva nem vette fel a Covid-19 elleni védőoltást. A válaszadók szintén nagyobb arányban (21,2%) nem tartottak a vírus szövődményeitől. A tömegkommunikáció és a közösségi felületeken zajlott információáradat rendkívüli módon megnehezítette a szakértők valós lakossági tájékoztatását, ebből adódott a védőoltásokkal és magával a pandémiával kapcsolatos számos anomália.

Egészségműveltség

Az önbevalláson alapuló felmérések egyik hátrányaként említjük, hogy megjelenhetnek téves önminősítések is; főleg az egészségi állapot vonatkozásában, amelynek háttérében a tájékozatlanság, a társadalmi státusz,

az iskolázatlanság állhatnak. Egyes társadalmi csoportok esetében alapfogalmak szintjén jelennek meg a hiányosságok, így az önminősítés sem hoz minden esetben valid eredményeket. Ebből adódóan fontos lehet azon vizsgálatok lebonyolítása, amelyek az egyes társadalmi csoportok egészségműveltségét térképezik fel.

Az egészségműveltség mérésére alkalmas kérdések főként az egészséges életmódra, a kiegyensúlyozott étkezésre, a megfelelő alap- és tápanyagokra, az egészséggel kapcsolatos információk feldolgozására irányulnak. Az egészségügyi ellátás során a betegek teljes körű tájékoztatást kapnak a betegségükkel kapcsolatban, mind szóban, mind pedig írásban. Az egészségműveltség része az is, hogy ezeket a kapott információkat a megfelelő módon tudják befogadni, értelmezni és alkalmazni. Az iskolai végzettség befolyásolhatja az egészségműveltséget; olyan irányban, hogy az alacsonyabban iskolázott egyének gyakrabban kérnek segítséget az egészségügyi dokumentáció értelmezésében.

16. táblázat: Szokott-e problémát okozni az egészségügyi dokumentáció (pl. kórházi zárójelentés, ambuláns lap, terápiás javaslatok) megértésének nehézsége abban, hogy megfelelő képet kapjon egészségi állapotáról?

(%)	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran
Kevesebb, mint 8 általános	3,3	16,7	33,3	33,3
8 általános	13	20	25,2	19,1
Szakmunkásképző; szakképzés érettségi nélkül	20	18	34	10
Szakközépiskolai érettségi/szakképzést követő érettségi	33,3	11,	44,4	0
Gimnáziumi érettségi	50	50	0	0
Érettségit követő nem felsőfokú szakképzés, technikum	0	50	0	0
Főiskola	33,3	0	0	0

Forrás: Telepi kutatás, 2021

Az egészségügyi dokumentáció értelmezésével kapcsolatos kérdés eredményeinek elemzéséből arra következtethetünk, hogy az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők számára gyakrabban okoz problémát a kapott információk feldolgozása, azonban az iskolai végzettség és az adott kérdés között szignifikáns összefüggés nem mutatható ki ($p=0,232$). A telepi

körülmények között élők esetében azonban az eredmények nem tükrözik az átlagos populációra jellemző mintát, hiszen jóval kevesebben rendelkeznek magasabb iskolai végzettséggel (Móré és mtsai, 2022).

Összefoglalás

A telepi körülmények között élők körében végzett kutatás egy része a szubjektív és objektív egészségi állapotot, illetve az egészségműveltséget mérte fel. Megállapíthatjuk, hogy vizsgálatunk alanyai alapvetően jól érzik magukat, jó a közérzetük, nem okozott problémát számukra az orvoshoz történő eljutás sem. Ez a kifejezetten pozitív helyzetkép nagy valószínűséggel annak köszönhető, hogy a telepi körülmények között élők számára az Európai Unió az elmúlt években több felzárkóztatási programot is indított; amelyek beváltották a hozzájuk fűzött reményt. Az uniós programok keretében számos szolgáltatást és programot vittek helybe, illetve oldottak meg szervezetten (pl, egészségügyi ellátás), amely jótékonyan befolyásolta az ott élők egészségről alkotott szubjektív véleményét. A korábbi kutatások eredményeit figyelembe véve azonban megállapíthatjuk, hogy az egészségi állapot, valamint a prevenció terén szignifikáns javulás nem történt. Az orvos által diagnosztizált krónikus betegségek száma ugyan csökkent, de az egészség megóvása érdekében, az életmentőnek is definiált, rendszeres orvosi vizsgálatokon, valamint szűrővizsgálatokon történő megjelenés kismértékű csökkenést mutat. Akad olyan is a válaszadók között, aki még soha nem járt ilyen jellegű vizsgálatokon. A krónikus betegségek előfordulásának csökkenése az alacsony számú háziorvosi megjelenésekkel is magyarázható, hiszen ezeknél a betegeknél nem állítható fel diagnózis. A szűrővizsgálatokról és azok rendszerességéről viszonylag rosszul tájékozottak, és látható, hogy mind a férfiak, mind pedig a nők körében vannak olyan szűrések, ahol még mindig elenyészőnek mondható a megjelenés. A védőoltások tekintetében szintén érdemes lehet változásokat eszközölni; a válaszadók nagyjából fele élt az oltások felvételének lehetőségével, és még mindig nagy számban vannak azok, akik félnek a szövődményektől, és nem ismerik el az oltás jótékony hatásait. Adatgyűjtésünk egyértelműen rávilágít arra, hogy a telepi körülmények között élők egészségmagatartására kiemelt figyelmet kell fordítani, valamint a javítani a szemléletükön. Jelen tanulmányban bemutatott rizikómagatartás témakörét elemző eredmények, felhívják a figyelmet arra, hogy a telepi körülmények között élők körében jelentősen magas a dohányzás előfordulási

gyakorisága, mely a nemeket vizsgálva nem tér el jelentős mértékben, ám a prevalencia több mint kétszeres többletet mutat, mint az átlag magyar populáció körében (M.-Kornyicki és mtsai, 2022). A háziorvosok által nyújtott alapellátást szélesebb körben kell megismertetni az érintett társadalmi csoportokban, ezzel párhuzamosan pedig kihangsúlyozni a preventív szűrővizsgálatok fontosságát. A háziorvosi rendszer és a védőnői szakszolgálat prevenciók szolgáltatásain keresztül a telep körülmények között élők egészségi állapota, egészségtudatos magatartása, egészségkultúrája javítható; a szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóságuk fokozható. Az egészségmagatartás elsősorban az egyén szabad választásán alapszik. Az egészségkárosító szokások közé tartozik pl. az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás, a mozgásszegény életmód, a túlzott alkoholfogyasztás. A tágan értelmezett egészségmagatartás az egyén életmódját jelenti, amely kapcsolatba hozza a környezetével, és meghatározza azt, hogy a kockázati tényezőkkel történő interakciók során milyen erőforrás készleteket használ (pl. az egészséges életmód követői nem dohányoznak, egészségesen táplálkoznak). Ahogyan a kutatásunk rávilágított, ezt nagyban meghatározza az iskolai végzettség, a társadalmi státusz, a munkanélküliség és az ebből következő jövedelemhiány. A hátrányos helyzetű családba született gyermekeknek kisebb az esélyük az egészséges életkezdetre (Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor, 2021), amely akár generációkon átívelő probléma is lehet. A fokozódó és egyre nagyobb mértékben felhalmozódó egészségügyi (társadalmi, gazdasági valamint szociális) hátrányok előre vetítik az adott társadalmi csoport leszakadását. Az így kialakult marginalizálódott csoportok integrációjának esélye ezáltal jelentős mértékben csökken.

A pozitív változások, eredmények eléréséhez kétségkívül az egészségügyi és szociális szféra szakembereinek összefogása, közös munkája szükséges. Az oktatási intézmények szerepe szintén megkérdőjelezhetetlen. A különböző fókuszú egészségfejlesztési és prevenciók programok, valamint az egészségügyi alapellátás igénybevétele javíthatja a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok egészségi állapotát, egészségkultúráját, egészségműveltségét. Az egészséggel, az egészségügyi és szociális ellátórendszerrel kapcsolatos információk közérthetően, a hátrányos helyzetű, marginalizált csoportok számára is érthető módon történő átadása, ezáltal pedig annak a lehetőségnek a megteremtése, hogy ők is megőrizhessék, javíthassák egészségüket, elengedhetetlen (Erdei és mtsai, 2018). Eredményeinkből, valamint Jávorné és munkatársai (2019) korábbi

vizsgálatából – amely két nyíregyházi telepen zajlott – is kiderül, hogy a telep körülmények között élő lakosok preventív jelleggel nem veszik igénybe az alapellátás szolgáltatásait, kiemelten kell kezelni a prevenciós szolgáltatások megismertetését, így javítani lehetne a szűrési hajlandóságot, fejleszteni az egészségtudatosságot és így hosszú távon javulhat az egészségi státusz is az érintettek körében. A háziorvosi szűrések, a fogászati ellátás, a közösségi programok, a felnőtt és ifjúsági tanácsadás fejlesztheti az egészségtudatos magatartást, amelynek hosszú távú eredményeként javulhat az egészségi állapot.

Felhasznált irodalom

1. Ambrus, Zoltán (2012): Egészségszociológia. Ábel Kiadó, Kolozsvár.
2. Ádány Róza, Sándor János (2019): Az északkelet-magyarországi telepszerű körülmények között élő cigány lakosság egészség-magatartása és egészségi állapota. Magyar Tudomány 2019/11 [Digitális kiadás.] Budapest: Akadémiai Kiadó.
3. Beck, Ulrich (2003): Kockázat-társadalom. Századvég Kiadó, Budapest.
4. Csizmadia, Péter (2017): Az egészségügyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei. Egészségfejlesztés, LVIII. évfolyam, 2017. 1. szám, pp. 21-29.
5. Erdei Renáta J., Barth Anita, Fedor Anita R., Takács Péter (2018): Measuring the factors affecting health literacy in East Hungary: Health literacy in the adult population of Nyíregyháza city KONTAKT 20: 4 pp. e375-e380., 6 p.
6. Ferge, Zsuzsa (2005): Ellenálló egyenlőtlenségek (A mai egyenlőtlenségek természetrajzához). Esély 2005/4, pp. 3–41.
7. Ferge, Zsuzsa (2008): Miért szokatlanul nagyok a magyarországi egyenlőtlenségek? Esély 2008/2, pp. 3-14.
8. Frank, LD.-Saelens, BE.-Powell, KE.-Chapman, JE. (2007): Stepping towards causation: Do built environments or neighborhood and travel preferences explain physical activity, driving, and obesity? Social Science & Medicine 2007; 65:1898-1914.
9. <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-themarmot-review> Letöltve: 2022. 04. 18.
10. http://www.kvvm.hu/cimg/documents/KVM_sajt_bemutat_2.ppt Letöltve: 2022. 04. 18.

11. Jóna, György (2014): Bevezetés az egészségszociológiába. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, Debrecen.
12. Jávorné Erdei Renáta, Takács Péter (2019): A Huszár- és Keleti lakótelepeken élők egészségi állapota Nyíregyházán – életminőségre gyakorolt hatások ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA 10: 29 pp. 70-83., 14 p.
13. Klinger, András (2006): Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről (I.). Demográfia 2006a; 49:197-231.
14. Kolosi Tamás (2000): A terhes babapiskóta, Osiris Kiadó, Budapest
15. Kósa, Karolina (2004): Assessment of settlements in 14 Hungarian counties, Presentation by Debrecen School of Public Health.
16. Kósa, Karolina (2019): Egészségyenlőtlenségek az egyenlőtlenségek globális kontextusában. Magyar Tudomány 180: 11, pp. 1612–1625.
17. Kovács, Katalin (2006): Egészség-esélyek. KSH NKI Műhelytanulmányok 5. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
18. Marmot, Michael et al (2010): Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in england post -2010.
19. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. (2002): The case for more active policy attention to health promotion. Health Aff (Millwood). Mar-Apr;21(2):78-93.
20. M. Korniyicki Ágota, J. Erdei Renáta, R. Fedor Anita (2022): Rizikómagatartás előfordulási gyakorisága és mintázata, egy telepi körülmények között élő mintacsoportban. Acta Medicinae Et Sociologica 13(34), 163-188.
21. Moravcsik-Korniyicki Ágota, R. Fedor Anita (2021): A csecsemőkori anyatejes táplálás időbeli alakulása és térségi egyenlőtlenségei. STATISZTIKAI SZEMLE 99: 8 pp. 759-782., 24 p.
22. Móre Marianna, Stomp Ágnes, R. Fedor Anita (2022): Oktatási helyzetkép teleszerű körülmények között élő roma lakosokról. Acta Medicinae Et Sociologica 13(34), 112-137.
23. Nagy, Lászlóné-Barabás, Katalin (2011): Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei. In: Csapó Benő és Zsolnai Anikó (szerk.): Kognitív és affektív fejlődési folyamatok

diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

24. Orosz, Éva (2001): Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület Kiadványa, Budapest.
25. Pikó, Bettina (2002): Egészségszociológia. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
26. R. Fedor, Anita (2018): Foglalkoztatási helyzetkép és a munkával való elégedettség jellemzői. *Acta Medicinae et Sociologica* 9 (27), 33-57.
27. R. Fedor, Anita-Balla, Petra (2019): Foglalkoztatási helyzetkép a telepí körülmények között élő nyíregyházi romák körében. *Acta Medicina et Sociologica Vol 10. No.29*: 32-44.
28. R. Fedor Anita (2019): A szubjektív egészségi állapot egészségszociológiai aspektusai. *Egészségfejlesztés, LX. évfolyam, Jubileumi lapszám.*
29. Vitrai, József-Mihalicza, Péter (2006): Egészségi állapot. In: Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy. (szerk.): *Társadalmi riport 2006.* Budapest: TÁRKI. 138-150.
30. Vitrai, József és mtsai (2011): Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon–Javaslatok az ellátási kapacitások elérhetőségének javításához. *EgészségMonitor Kutató és Tanácsadó Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest, 95 p.*