



A Huszár- és Keleti lakótelepeken élők egészségi állapota Nyíregyházán – életminőségre gyakorolt hatások

Jávorné Erdei Renáta¹, Takács Péter²

¹ főiskolai docens, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

² főiskolai tanár, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4.

INFO

Jávorné Erdei Renáta
erdei.renata@foh.unideb.hu

Keywords

self related health, health behavior, Roma people

ABSTRACT

Abstract. The health status of people living in Roma settlements in Nyíregyháza. Some former research have shown that Roma people living in settlements in Hungary generally rate their health status worse than the majority society, and do not really feel they could do anything to improve their health status. Our research, which combines quantitative and qualitative methods, was done in two settlements in Nyíregyháza with the aim to examine the subjective health status and health behaviour of people living there. This study presents the health status of the Husar and Eastern settlements and these data are compared with that of the general population of Nyíregyháza. The health status of persons in the sample was significantly impacted by their disadvantageous social-economic situation which must be tackled. Therefore further targeted and special health promotion programs of high priority are needed.

Kulcs szavak

szubjektív egészségi állapot, egészségmagatartás, roma

Absztrakt. Korábbi felmérések alapján elmondható, hogy Magyarországon a teleszerű körülmények között élő roma lakosok általában rosszabbnak ítélik meg egészségi állapotukat, mint a többségi társadalom, és kevésbé érzik azt, hogy tehetnek egészségi állapotuk javításáért. A nyíregyházi roma lakótelepeken végzett kvantitatív és kvalitatív módszereket ötvöző kutatás egyik fő célja feltárni az itt élők szubjektív egészségi állapotát, egészségmagatartását. Tanulmányunkban bemutatjuk a keleti és huszár lakótelep lakosságának egészségi állapotát, melyet összevetünk a nyíregyházi általános populáció jellemzőivel. A vizsgált mintába bekerültek egészségi állapotát jelentős mértékben befolyásolja a társadalmi-gazdasági helyzetükből adódó hátrány, melynek kezelése elengedhetetlen,

továbbá kiemelt jelentőségű speciális, célzott egészségfejlesztési programok kidolgozása és megvalósítása

Ez a tanulmány a TOP-6.9.1-16-NY1-2017-00001 azonosító számú “Közösen a kiútért” című projekt támogatásával készült.

Bevezetés

A különböző földrajzi térségekben élők, illetve társadalmi csoportokhoz tartozók egészsége gyakran nagyon eltérő. Az egészség-eltérések egy részét biológiai tényezők, más részét társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek okozzák. A roma lakótelepeken, illetve telepszerű körülmények között élők egészsége vélhetően lényegesen rosszabb, mint az átlagos populációé, ennek ellenére sajnos nincs kellően megalapozott ismeretünk a hátrányos helyzetű lakosság életminőségéről, egészségi állapotáról, egészségmagatartásáról. A romák egészségi állapotával kapcsolatos kutatások egyes jelentős forrásait jelentik többek között Fónai és munkatársai (2004, 2006a, 2006b, 2006c, 2007), valamint Huszti (2006) és Csépe (2010) munkái. Megállapításaik azt támasztják alá, hogy átfogó, módszertanilag is megalapozott kutatásról Magyarországon még nagyon kevés olvasható. A Nyíregyházán 2018-ban megvalósult főleg romák lakta Huszár- és Keleti lakótelepeken élők vonatkozásában végzett, az életminőség többdimenziós megközelítését magában foglaló vizsgálat hiánypótlónak tekinthető.

Egészséggel kapcsolatos életminőség, önminősített egészségi állapot

Az egészséggel kapcsolatos életminőség meghatározására még nem született egységesen elfogadott definíció, jelenleg több megközelítés is használatos. A szakértők azonban egyetértenek abban, hogy az életminőség egy szubjektív kategória, mely mindenképpen többdimenziós megközelítést igényel. Az is közös álláspont a szakemberek, kutatók részéről, hogy a fogalomnak tartalmaznia kell az egyén oldaláról az egyes betegségek hatásait is. Ebben a felfogásban a cél az egyén életminőségének, különösen az egészséggel összefüggő jóllétének helyreállítása, az életminőségben bekövetkezett változások figyelembevételével. (Péntek, 2015). A WHO életminőség-munkacsoportja a következőképpen határozza meg az életminőséget: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életerének kultúrája, értékrendszere, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magában foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet meghatározó tényezőihez fűződő viszonyát (WHO, 1997, ” idézi Kullmann, 2010).

A legtöbb életminőség meghatározás kritikájaként fontos elmondani, hogy egy szempontból, egy dimenzióból közelíti meg a kérdést. A fent bemutatott, Egészség-

ügyi Világszervezet által alkotott fogalom azonban kivétel, hiszen többdimenziós megközelítésre épít, ami lehetővé teszi az életminőség korrekt megítélését és mérését.

A tanulmány az egészségi állapot életminőségre gyakorolt hatásai kerülnek bemutatásra a 2018-as nyíregyházi vizsgálat során mért adatok elemzésére támaszkodva.

Önminősített egészségi állapot

Az egyén egészségi állapotának és az azt befolyásoló tényezőknek a monitorozására tapasztalat szerint eddig a legalkalmasabbnak a lakossági egészségfelmérések bizonyultak, mint az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF), valamint az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF). Ezekben a felmérésekben a megkérdezettek vélt, önminősített egészségi állapotát tárják fel, mely alátámasztottan alkalmazható az egyén egészségi állapotának, akár betegségfolyamatainak a vizsgálatára. Az önminősített egészségi állapot fogalmát az Európai Lakossági Egészségfelmérésben pontosan meghatározták a következőképpen: „A vélt egészség az egyének önértékelésén alapul, vagyis azon, hogy milyen a véleményük a saját egészségi állapotukról. Nem függ össze szorosan a tényleges, orvosilag igazolt diagnózissal, megítélését befolyásolja az egyén társadalmi, gazdasági, kulturális helyzete, mégis a nemzetközi gyakorlatban a kérdés elfogadott és rendszeresen alkalmazott eszköze a lakosság egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatoknak.” (ELEF 2009 kérdőív). A klasszikus népegészségügyi vizsgálatokban is megjelenik az olyan megközelítésű egészségszemlélet, amely a percepcionális modellt követi; amikor is az egészség meghatározása az egyén saját véleménye alapján történik. Az önminősített egészséget több nemzetközi szervezet is ajánlja egészségindikátorként, mint például a WHO vagy az OECD.

Helyi szinten, Nyíregyházán 2008-tól zajlik a város lakosságának vélt egészségi állapot, egészségmagatartás vizsgálata a Nyíregyháza életminősége – Háztartás-panel kutatás keretében. A város lakosságának életminőségét az egészségi állapot tükrében 2015-ben is felmérésre került és az eredmények abba az irányba mutatnak, hogy a város egyes községeit, a lakosság egyes csoportjait szükséges tovább vizsgálni, hogy a beavatkozási javaslatok pontosak, réteg specifikusak és célzottak legyenek (Jávorné, 2016.).

Az egészséget befolyásoló tényezők, egyenlőtlenségek az egészségi állapotban

Az egyén egészségére több tényező van hatással. A WHO 1986-ban, a Lalonde riport széleskörű nyilvánossá tételével, közzétette, hogy legnagyobb arányban, 43%-ban, az életmód, az egészségmagatartás hat az egészségre, melyet az egyén alakít, ugyanakkor rá nagy hatással van az őt körülvevő környezet, a gazdaság, a kulturális tényezők és nem utolsósorban az iskolázottság. A genetikai adottságok 27%-ban, a környezeti tényezők 19%-ban, az egészségügyi ellátás pedig 11%-ban vannak befolyással az egészségi állapotra. McGinnis 2002-ben módosította az egyes tényezők

arányát: életmód 40% (étkezési szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás), genetika, biológiai faktorok 30% (életkor, nem, genetikai adottság, fogékonyság), környezeti tényezők 5% (lakáskörülmények, levegőszennyezettség, foglalkozási ártalmak), társadalmi – gazdasági tényezők 15%, egészségügyi ellátás 10% (McGinnis et al, 2002).

Az életmódot, az egészséget jelentősen befolyásolja a szociális státusz is, amely az anyagi helyzetnek és a társadalmi kapcsolatoknak köszönhetően a társadalmi erőforrásokhoz való hozzáférést határozza meg (Vitrai, Mihalicza, 2006).

Az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek a nyolcvanas évek elejétől kiemelt egészségpolitikai problémává és kutatási témává váltak. Hazánkban tapasztalhatók egyenlőtlenségek népegészségügyi szempontból valamint az egészségügyi ellátórendszer minősége és hozzáférhetősége alapján is. Ezek a földrajzi egyenlőtlenségek, a társadalmi, gazdasági viszonyok által meghatározott, egyéni szinten az egészségi állapotban megjelenő egyenlőtlenségek geopolitikai leképeződései. A különbségek tetten érhetők az iskolázottságban, a foglalkoztatottságban és ez által megmutatkoznak az életmódban, mint az egészséget meghatározó egyik fő tényezőben, továbbá más egészség determinánsokban is. Az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek nem adóttak, hanem a társadalmi, gazdasági egyenlőtlenségekből eredeztethetőek. Az iskolázottság, a nem, a jövedelem, a foglalkoztatottság, az etnikai hovatartozás, a lakóhely, mint társadalmi pozíció meghatározóak az egészségi állapot szempontjából. Nem minden említett tényezőn alapul azonban egyenlőtlenség (pl. nem, település, foglalkozás), csupán bizonyos társadalmi helyzetek fennállása esetén generálódik belőlük egyenlőtlenség. A jövedelemből, vagyoni helyzetből, iskolázottságból eredő különbségek, továbbá a hatalomhoz való hozzáférhetőség viszont szükségszerűen egyenlőtlenségekhez vezet (Kolosi, 2000). A gazdasági aktivitás jellemzői nagyban alakítják a jövedelmi viszonyokat. Ebből a szempontból a roma lakosság erőteljes hátránya figyelhető meg a nyíregyházi átlagpopuláción belül. (R. Fedor, 2018, R. Fedor és Balla 2019) A Marmot-jelentésből ismert, hogy az egészségi állapotban tapasztalható egyenlőtlenségek csökkentése elsősorban társadalmi igazságosság és méltányosság kérdése. A jelentés rámutat arra, hogy minél alacsonyabb az egyén társadalmi pozíciója, annál rosszabb az egészségi állapota (Marmot és mtsai, 2010).

A szegénység és a rossz egészségi státusz közötti kapcsolatot már hazánkban is számos kutatás bizonyította. A roma populációban a tudományos vizsgálatok, a megalapozott módszertannal kivitelezett epidemiológiai kutatások kivitelezése nehézségekbe ütközik. Nehézséget jelent a roma népesség egészségi állapotát leíró mortalitási és morbiditási adatok gyűjtése is, mivel törvény által szigorúan szabályozott. Mindezek mellett kijelenthető azonban – több kutatás alapján -, hogy a roma lakosság szocioökonómiai státusza, egészségi állapota és egészségmagatartása rosszabb, mint az átlag magyar populációé. 2005-ben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat kutatói egy széleskörű vizsgálat alapján leírták a roma telepek kedvezőtlen higiénés viszonyait (Ungváry et al., 2005). A debreceni Népegészségügyi Iskola 14 megyében vizsgálta a roma telepeket, melynek eredményeit 2004-ben Kósa Karolina publikálta. E szerint szintén rendkívül kedvezőtlen közegészségügyi jellemzőket tártak fel, melyek elősegítették a fertőző betegségek terjedését és nehezítették a gyógyulást (Kósa K., 2004). Északkelet-Magyarország három megyéjében

a telepszerű körülmények között élők körében 2004-ben Kósa Zsigmond és munkatársai végeztek kutatást, mely eredményeként bebizonyosodott, hogy a szegregálódott lakossági csoport rossz egészségi státusza mögött a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági státuszuk és egészségtelen életmódjuk áll (Kósa Zs., 2007). A telepszerű körülmények között élő gyermekek egészségmagatartásáról Magyarországon az első széleskörű felmérést karunk kutatócsoportja az Országos Gyermkegészségügyi Intézettel és a Népegészségügyi Karral közösen a HBSC kutatáshoz csatlakozva 2010-ben bonyolította. A kutatás eredményei rámutattak a telepeken élő gyermekek egészségtelen táplálkozására, kedvezőtlen életmódjukra és arra, hogy szigifikánsan kevesebben érzik jónak, vagy nagyon jónak egészségi állapotukat, mint a hasonló korú átlag gyerekpopuláció (Sárváry és mtsai, 2019).

A feltárt eredmények lehetőséget teremthetnek arra, hogy hatékony beavatkozások szülessenek, melyek eredményeként javulhat a roma lakosság egészségi állapota, egészségmagatartása, ezáltal akár gazdasági aktivitása és társadalmi státusza. Az egyes társadalmi csoportok egészségi állapotában az egyenlőtlenségek kimutathatóak, ugyanakkor megváltoztathatóak (Vitrai, 2010).

A kutatás célja

A város Huszár- és Keleti lakótelepein élők életminőség összetevőinek és az azt alakító tényezők feltárása. Jelen tanulmány célja az egészséget befolyásoló egyes életmódbeli tényezők, az egészségügyi ellátások igénybevétele, valamint a megkérdezettek egészségmagatartásának feltárása.

Az egészségi állapotot feltáró vizsgálat részletes célkitűzései:

1. A Keleti és a Huszár lakótelep lakosságának önminősített egészségi állapotának vizsgálata.
2. A vizsgált lakótelepeken (Keleti és Huszár lakótelep) élők egészségmagatartásának és az azt befolyásoló tényezőknek a vizsgálata
3. Feltárni azon csoportokat, amelyeket egyes betegségek, tünetek veszélyeztetnek.
4. Kvantitatív adatok szolgáltatása a város önkormányzata részére

Anyag és módszer

A Huszár- és Keleti lakótelepen élők életminőségét feltáró kutatás módszertanának és a minta leírása részletesen a Huszti Éva és Takács Péter által jegyzett tanulmányban olvasható (Huszti, Takács, 2019). Ebben a fejezetben egy részről a kérdőív egészségi állapotot feltáró blokkja, valamint a kvantitatív, kérdőíves feltáró módszert kiegészítő kvalitatív, fókuszcsoporthozos módszer kerül röviden bemutatásra.

Az egészségi állapot feltárása az adatgyűjtés során az alábbi témakörökre terjedt ki:

- Szubjektív jóllét: egészség önértékelése, egészségért érzett felelősség, krónikus betegségek, egészségügyi ellátórendszer igénybevétele.

- Táplálkozás, tápláltsági állapot, mozgás
- Érzelmi állapot önértékelése.
- Szűrési hajlandóság

A kvantitatív vizsgálatot kiegészítette egy kvalitatív adatgyűjtés, mely fókuszcsoportos interjú módszerével történt. A célcsoport a 0-6 (7) éves korú gyermeket nevelő szülők voltak. A fókuszcsoport fő témája a szülők gyermekneveléssel kapcsolatos attitűdjének vizsgálata, a gyermekvállalás, a családtervezés, a gyermek alapellátás, a koragyermekkorai időszak, szűrések és a védőoltások témakörei voltak. Az interjúban 8 fő vett részt.

Statisztikai módszerek, értékelési szempontok:

Az adatok feldolgozása és elemzése a kérdőívek esetében az SPSS for Windows 22.0 statisztikai szoftvercsomag alkalmazásával történt. A statisztikai számítások során 5%-os hibahatár került rögzítésre. Az elemzés során a relevánsnak ítélt változók gyakorisági értékei és megoszlási arányszámok kerültek előtérbe. A fókuszcsoportos interjú feldolgozása tartalomelemzéssel történt.

Eredmények

Családtervezés, gyermekvállalás, gyermekegészségügy a fókuszcsoportok alapján

Az interjúban vegyes korösszetételű, 20-40 év közötti anyukák voltak jelen. A fókuszcsoportos interjúban teljesen eltérő habitusú személyek vettek részt, akik – bár egyazon lakókörnyezetben élnek, mégis – eltérő szociokulturális háttérrel rendelkeztek. Közös jellemzőjük, hogy mindannyiuknak van kisgyermek, valamint mindannyian fiatalon/viszonylag fiatalon születtek; a legkorábbi szülés 13 évesen történt.

A résztvevők mind egyetértettek abban, hogy számukra alapvető érték a sok gyermek és a nagy család; a gyerekeket Isten ajándékának tekintik és el sem tudnák képzelni nélkülük az életüket. Ugyanakkor, azt gondolják, hogy jobb lett volna tervezetten gyermeket vállalni, ami egy esetben sem volt jellemző; senki nem tervezte gyermekét, nem készült a várandósságra. Kiemelték, hogy jobb sorsot szeretnének gyermeküknek, mint ami nekik jutott. Ebben fontosnak tartják a tanulást és a családi példamutatást. Ez azonban esetükben is hiányzik, életvitelükkel nem tudnak jó példával szolgálni.

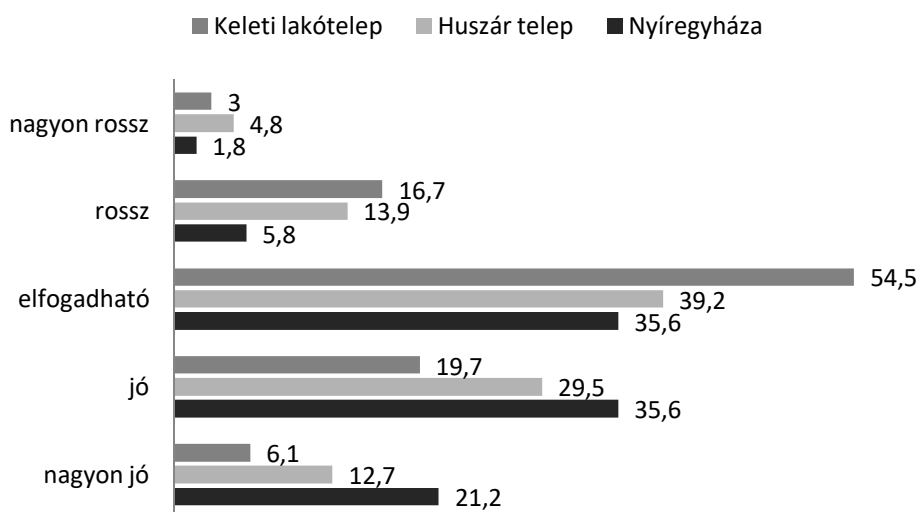
A háziorvosi, védőnői szolgálattal, az egészségügyi ellátórendszerrel az interjúban megjelentek elégedettek. A válaszaikból az derül ki, hogy járnak rendszeresen szűrővizsgálatra, védőoltásokat beadják és betartják a háziorvosi, védőnői tanácsokat. Mindenki egészségesnek, problémamentesnek ítéli gyermeke egészségi állapotát. Ugyanakkor a téma körbejárása során kiderül, hogy vannak koraszülöttek a gyermekek között és vannak problémák is több esetben a gyermekek egészségi állapotát illetően. Sokszor nem a területileg illetékes alapellátási, vagy szakellátási szinthez

fordulnak, hanem elviszik más nagyvárosba, klinikai központba (pl. Debrecenbe) a gyermeket vizsgálatra.

A lakótelepeken élők életminőségét feltáró kérdőív egészségi állapotot vizsgáló blokkjának fontosabb eredményei

Az önminősített egészségi állapotot vizsgálva az tapasztalható, hogy a Huszár- és Keleti lakótelepeken élők összességében kevésbé érzik jónak egészségi állapotukat, mint Nyíregyháza város átlag populációja. A nők jobbnak tartják egészségi állapotukat, mint a férfiak, ami épp fordítva jellemző a város átlag populációjában, ahol a nők rosszabbnak ítélik meg egészségi állapotukat férfi társaikhoz képest. A két lakótelep eredményeinek összehasonlítása során azt tapasztaljuk, hogy az egészségi állapotukat jónak, nagyon jónak ítézők aránya jóval magasabb a Huszártelepén (42,2%), mint a Keleti lakótelepen (25,8%). Azonban az eltérések statisztikailag még nem szignifikánsak. (1. ábra)

Önminősített egészségi állapot a lakótelepeken és Nyíregyházán, 2019 (%)



Forrás: Telepi kutatás 2019; Jávorné, 2019., Nyíregyháza Életminősége 2018 kutatás

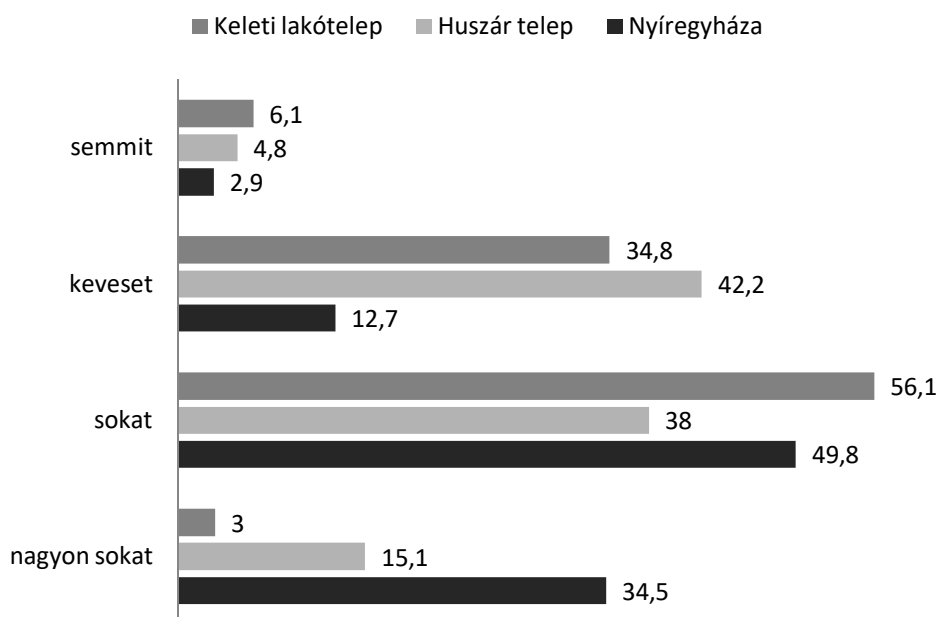
1. ábra Önminősített egészségi állapot a Huszár- és Keleti lakótelepeken és Nyíregyházán

A krónikus betegségek előfordulási gyakorisága a Huszár telepen 31,1%. Ez az arány a Keleti lakótelepen 43,9%. Az eltérés azonban statisztikailag itt sem szignifikáns. A nyíregyházi átlagpopulációban a krónikus betegségek előfordulási gyakorisága nem éri el a 30%-ot. A nemek közötti különbség is számottevő a lakótelepeken; amíg a férfiak 46,6%-a vallotta azt, hogy szenved krónikus betegségben, addig a nőknél ez az arány 29,4%, szemben a nyíregyházi átlagpopulációval, ahol a nőknél

magasabb az előfordulási arány, 39,3%, férfiaknál 17,7%. Ez a különbség azonban már statisztikailag is jelentős ($\chi^2(1, N = 233) = 6,539, p = 0,012$).

Az egészséggel kapcsolatos következő kérdés arról szólt, hogy a megkérdezettek hogyan vélekednek arról, hogy mennyit tehetnek egészségükért? Elmondható, hogy a lakótelepeken élők esetében is megjelenik az egészségért érzett felelősség, de ez alacsonyabb az átlagpopulációhoz képest. Kevesebben vannak azok, akik úgy érzik, hogy nagyon sokat tehetnek és többen azok, akik úgy érzik, semmit nem tehetnek egészségükért. Ebben a vonatkozásban ismét a Huszártelepén élők nyilatkoztak „pozitívabban”, az előbb említett két kategóriában. Nem hagyható figyelmen kívül azonban, hogy a Keleti lakótelepen legtöbben úgy érzik, hogy sokat tehetnek egészségükért (2. ábra). A lakótelepek közötti véleménykülönbség statisztikailag szignifikáns ($\chi^2(3, N = 232) = 10,237, p = 0,016$; Fisher teszt, $p = 0,011$).

Mennyit tehet Ön egészségéért, 2019 (%)



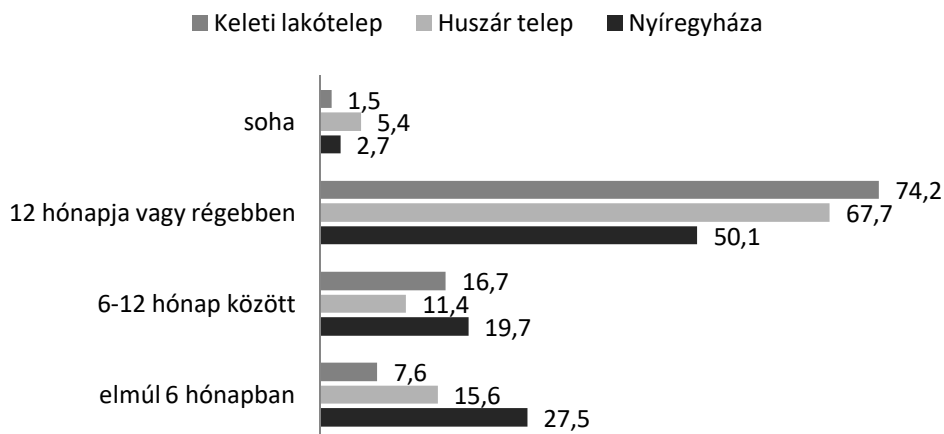
Forrás: Telepi kutatás 2019; Jávorné, 2019., Nyíregyháza Életminősége 2018 kutatás

2. ábra Egységért érzett felelősség a lakótelepeken és Nyíregyházán

A fogászati megjelenések feltárása esetében az látható, hogy az éves, vagy attól régebbi megjelenés a legjellemzőbb. Az elmúlt 6 hónapban, vagy egy éven belüli megjelenések azonban a lakótelepeken kevésbé jellemzőek, mint a nyíregyházi átlagpopulációban (3. ábra). Az egyes nemek fogászati megjelenésének összevetésekor az tűnik elő, hogy mind a férfiak (11,0%), mind a nők (14,4%) alacsonyabb arányban voltak fél éven belül fogászati vizsgálaton a lakótelepeken élők között, mint a nyíregyházi férfiak (17,3%) és nők (35,7%). Többen vannak mindkét nem esetében azok, akik még soha nem voltak fogászaton. Amíg a nyíregyháziaknál ez a

mutató mindkét nem esetében 4% alatt van, addig a lakótelepeken élőknel 4% fölötti. A két lakótelep között nem mutatkozott ebben a kérdésben statisztikai eltérés.

Fogászati ellátás igénybevételének gyakorisága a lakótelepeken és Nyíregyházán, 2019 (%)



Forrás: Telepi kutatás 2019; Jávorné, 2019., Nyíregyháza Életminősége 2018 kutatás

3.ábra Fogászati ellátás igénybevételének gyakorisága a lakótelepeken és Nyíregyházán

A háziiorvosi ellátás igénybevételével kapcsolatban a lakótelepeken élők 72,4%-a úgy nyilatkozott, hogy az elmúlt 12 hónapban találkozott háziorvosával saját egészsége érdekében. Ez az arány a nyíregyházi nők (81,0%) adataihoz képest kicsit rosszabb, viszont jobb, mint a nyíregyházi férfiaknál mutatkozó arány (55,3%). A lakótelepeken élők kevesebb, mint 1%-a nyilatkozta azt, hogy még soha nem járt háziorvosánál. Ez az érték a nyíregyházi férfiaknál 9,9%, nőknél pedig 3,1% volt. A lakótelepek közötti különbségek nem érték el a statisztikailag szignifikáns határt.

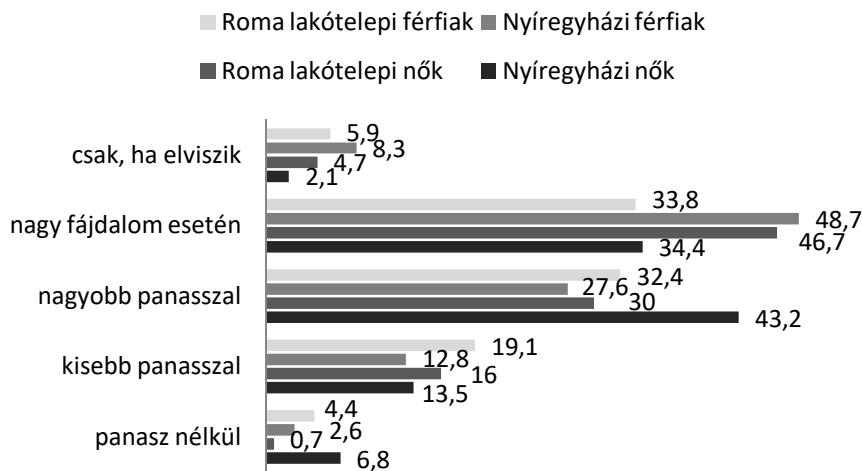
Vizsgálva a férfiak és nők orvoshoz fordulási szokásait a lakótelepeken és Nyíregyházán az tapasztalható, hogy panasz nélkül, szűrési szándékkal leginkább a nyíregyházi nők keresik fel háziorvosukat. 6,8%-ban és legkevésbé jellemző ez a lakótelepeken élő nőkre, akiknek 1%-a sem jár szűrési szándékkal háziorvoshoz (4. ábra). A „legvégsőig” ellenálló csoport, akik csak akkor mennek háziorvoshoz, ha valaki elviszi, önszántából nem megy, a nyíregyházi férfiak csoportja (8,3%). A két lakótelep közötti eltérések nem szignifikánsak. (4. ábra)

Vizsgálatra került a lakótelepeken élők szűrési hajlandósága is, melyek közül az egészségügyi dolgozók által kivitelezett vérnyomásmérésre, a mammográfiára és citológiai kenetvételre vonatkozó eredmények talán a legfontosabbak.

A lakótelepeken élők Nyíregyházán 69,2 %-ban azt nyilatkozták, hogy a megkérdezést megelőző egy éven belül egészségügyi dolgozó mérte vérnyomását. A két lakótelepet összevetve (5.ábra) az látható, hogy az előbb említett arány a Keleti lakótelepen magasabb (77,3%), viszont az itt élők között többen vannak azok a Huszár telephez képest, akiknek még soha nem mérte meg vérnyomását egészségügyi dol-

gozó (4,0%). A két lakótelep között szignifikáns a különbség ($\chi^2(4, N = 234) = 13,532, p = 0,008$; Fisher teszt, $p = 0,005$). Ha a nemek kerülnek összevetésre, akkor ki kell emelni azt, hogy a nők között többen vannak azok, akiknek még soha nem mérte vérnyomását egészségügyi dolgozó, a férfiak ebben a tekintetben 1,8%-os, a nők pedig 4,5%-os arányt képviselnek. A nemek tekintetében a vérnyomás vizsgálatára vonatkozó eredmény nem volt szignifikáns.

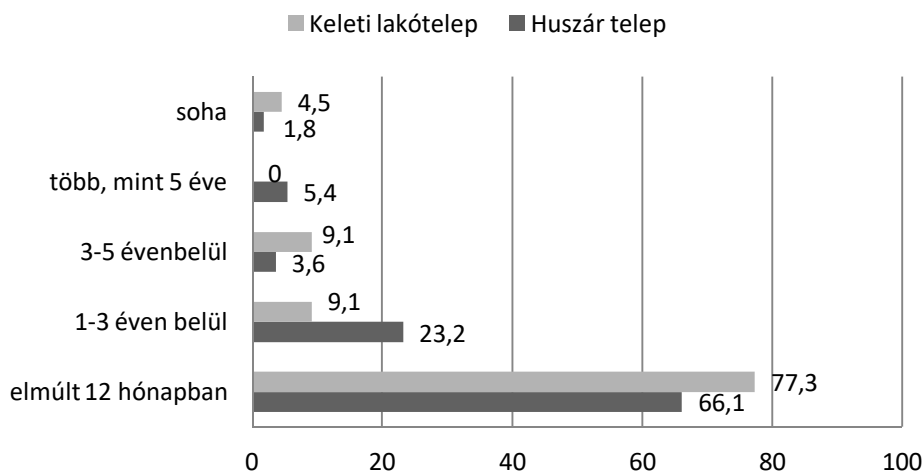
Orvoshoz fordulás háttere, 2019 (%)



Forrás: Telepi kutatás 2019; Jávorné, 2019., Nyíregyháza Életminősége 2018 kutatás

4. ábra Orvoshoz fordulás háttere a lakótelepeken és Nyíregyházán

Vérnyomásmérés gyakorisága a lakótelepeken élők körében, 2019 (%)



Forrás: Telepi kutatás 2019

5. ábra Vérvnyomásmérés gyakorisága a lakótelepeken Nyíregyházán

A lakótelepeken élő nők 37,5%-a nyilatkozta azt, hogy vett már részt mammográfiás vizsgálaton. Ha a 45-65 éves korcsoportot vizsgáljuk, akkor az tapasztalható, hogy a Huszár telepen több mint 27%-ban soha nem vettek még részt mammográfiás vizsgálaton. Több mint 3 éve végeztek ilyen vizsgálatot a Huszár telepi nők 17,2%-ának és a Keleti lakótelepen élők 14,3%-ának. A méhnyakrákszűrésen való részvétel gyakoriságát vizsgálva az mondható el, hogy a 25-65 év közötti nők a vizsgált mintában 32,4 %-ban több mint 3 éve és 12,7%-ban soha nem vettek részt ilyen vizsgálaton. A két lakótelepet összehasonlítva az arányok a Keleti lakótelepen összességében kedvezőtlenebb képet mutatnak, ugyanis itt a nők között többen nyilatkozták azt, hogy soha, vagy több mint három éve vettek részt citológiai vizsgálaton. A lakótelepek között nem mutatkozott szignifikáns eltérés a fenti két kérdés esetében.

Következtetések

A nyíregyházi vizsgált két városrészen élők egészségi státuszát összevetve a hazai és nyíregyházi általános populációt jellemző adatokkal elmondható, hogy összességében kedvezőtlenebb képet mutatnak a lakótelepek. A Huszártelepen élők egészségi státusza, egészségmagatartása jobbnak ítéltető a Keleti lakótelepen élőkénél. Ez több esetben statisztikailag is alátámasztható. Feltételezhetően köszönhető ez annak a figyelemnek is, amely a szakemberek részéről, különböző – a szegregátumban élők életmódját fejlesztő, célzott – programok keretében is megvalósult a Huszártelepen. A nemeket összevetve az jelenthető ki, hogy a nők egészségmagatartása, preventív szemlélete, szűréseken való részvétele bizonyos esetekben rosszabb, mint a férfi társaiké és rosszabb, mint a nyíregyházi nőké. A nyíregyházi nők rossznak ítélik egészségi állapotukat, de egészségtudatosak, míg a lakótelepeken élők épp fordítva. Az általános populációval összevetve a mammográfiás vizsgálaton való részvételt elmondható, hogy amíg a hazai nők több mint 60%-a vett már részt ilyen vizsgálaton, addig a Nyíregyházán vizsgált lakótelepeken élők csupán 37,5%-a. Citológiai vizsgálaton a 25-65 éves korcsoport – akik esetében egyszeri negatív eredményű szűrést követően 3 évente ajánlott a méhnyakszűrés – közel 32%-a több, mint 3 éve, illetve 15,3%-ban soha nem vett részt ilyen vizsgálaton (!). Mind a fókuszcsoportos vizsgálat, mind a kérdőíves adatgyűjtés azt mutatja, hogy kiemelt figyelemmel kell kezelni a lakótelepi nők csoportját, akiknél elengedhetetlen az egészségmagatartást javító szemlélet kialakítása. Specifikált intézkedések szükségesek, amelyek során eltérő fókuszú programokat kell esetükben kidolgozni, mint a nyíregyházi nők esetében.

Látható és jól érzékelhető, hogy a háziorvosi és védőnői szolgálat elfogadott a megkérdézettek körében. Ugyanakkor preventív jelleggel nem veszik igénybe az alapellátás meglévő szolgáltatásait, ezért kiemelten kell kezelni azon prevenciószolgáltatások megismertetését, amelyeket a háziorvosok és védőnők végeznek. Rajtuk keresztül fokozni lehetne az érintettek szűrési hajlandóságát, javítva ezzel egészségtudatosságukat, egészségkultúrájukat és hosszútávon egészségi státuszukat.

Ebben a folyamatban kizárólag team munkával érhetőek el eredmények, melyben az egészségügyi alapellátás szakemberei mellett a szociális szféra és a különböző szintű oktatási intézmények részvétele nélkülözhetetlen. Fontos és eredményes lehet a szoros együttműködés az Egészségfejlesztési Irodákkal, ahol népegészségügyi szakemberek, védőnők, mentálhigiénés szakemberek és szociális munkások is tevékenykednek a lakosság egészségfejlesztése területén.

Összegzés

Eredményeink összességében azt mutatják, hogy a nyíregyházi vizsgált lakótelepeken élők egészségi státusza elmarad a város átlagpopulációjához képest. A Huszár- és Keleti lakótelepeken élők között további differenciák tapasztalhatók, melyek arra utalnak, hogy a huszártelepi lakosok összességében jobb egészségi állapotot tudhatnak magukénak. A mintában lévő nők önminősített egészségi állapota jobb, de egészségmagatartása rosszabb, mint a férfi társaiké, ami kiemelt figyelmet igényel, hiszen az anyai minta, az anya egészségtudatossága elsődlegesen hat a felnövekvő generáció egészségfelfogására, ezáltal egészségi állapotára is.

Ismert tény, hogy a hátrányok halmozott jelenléte konzerválja a leszakadást és minimalizálja a kilépés esélyét. Azok a gyermekek, akik egy halmozottan hátrányos helyzetű családba érkeznek, hátránnyal kezdik életüket, esetükben nem valósulhat meg az egészséges életkezdés. További problémát jelent, hogy a hátrányok ilyen formán több generáción keresztül fennállhatnak. A fókuszcsoportos interjú során kiderült, hogy a családtervezés területén sem ismereteik, sem pozitív mintáik nem voltak az alanyoknak, és bár céljuk az, hogy gyermekeik ne küzdjenek ugyanezekkel a problémákkal, beavatkozás és segítség nélkül ez nem tud megvalósulni. Szükség van az oktatási és egészségfejlesztési szakemberek szakmai segítségére, célzott programok kidolgozására a családtervezés támogatására és a felelősségteljes párkapcsolat megalapozására. Fontos beavatkozási pontok rajzolódnak ki az okok körül, melyek az iskolázottság és szakképzettség hiánya, a munkanélküliség, a rossz egészségi állapottal fokozva. Fejleszteni kell a lakótelepeken élők egészségtudatosságát, egészségkultúráját. A hátrányos helyzetű csoportok – köztük a romák – egészségi állapotának javítása elsősorban az egészségügyi alapellátáson keresztül valósulhat meg, akikben megvan az érintettek bizalma, hiszen a háziorvosi és védőnői rendszerhez való hozzáférésük saját megítélésük alapján is jónak mondható. Fontos azonban a szolgáltatások bővítése (pl. ifjúsági, családtervezési tanácsadás) és az igénybevétel fokozása (pl. háziorvosi szűrések, fogászati ellátás stb.) a mielőbbi pozitív eredmények eléréséhez.

Irodalom

1. Sárváry, A., Kósa, Zs., Erdei Jávorné, R., Gyulai, A., Takács, P., Sándor, J., Sárváry, A., Németh, Á., Halmai, R., Ádány, R. (2019)., Socioeconomic Status, Health Related Behavior, And Self-Rated Health Of Children Living In Roma

- Settlements In Hungary. *Central European Journal of Public Health*, 27(1): 24-31. doi: 10.21101/cejph.a4726 letölve: file:///C:/Users/user/Downloads/AS7435704703549451554292423506_content_1.pdf
2. Csépe P., (2010): Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra – Doktori értekezés Semmelweis Egyetem, letölve: <https://docplayer.hu/1639743-Hatranynos-helyzetu-csoportok-egeszsegfelmerese-es-egeszsegfejlesztese-kulonos-tekintettel-a-roma-populaciora.html>
 3. Fónai M., Czibere I., Zolnai E. (2004): Roma, és hátrányos helyzetű nem roma háztartások szociális és egészségi állapot mutatói Hajdúböszörményben. Kézirat.
 4. Fónai M., Péntes M., Vitál A. (2006a) (szerk.): Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon. Nyíregyháza: Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, 291 p.
 5. Fónai M., Péntes M. (2006b): A cigány népesség egészségi állapotának összetevői Északkelet-Magyarországon. In: Fónai M., Péntes M., Vitál A. (szerk.): Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon. Nyíregyháza: Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület. 75-111.
 6. Fónai M., Vitál A. (2006c): Azonosságok és eltérések a tiszavasvári magyarcigány és oláhcigány lakosság élethelyzetében és egészségi állapotában. In: Fónai M., Péntes M., Vitál A. (szerk.): Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon. Nyíregyháza: Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület. 111-136.
 7. Fónai M., Fábíán G., Filepné Nagy É., Péntes M. (2007): Szegénység, egészség és etnicitás: északkelet-magyarországi kutatások empirikus tapasztalatai. *Szociológiai Szemle* 17: (3-4) 53-84.
 8. Huszti É. (2006): 12-18 év közötti cigány fiatalok jólléte és életmódja Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. In: Fónai M., Péntes M., Vitál A. (szerk.): Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon. Nyíregyháza: Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület. 137-154.
 9. Takács P., Huszti É. (2019): A nyíregyházi Huszár- és Keleti lakótelepi vizsgálatok – a kutatás módszertana és a minta néhány alapvető jellemzője. *Acta Medicina et Sociologica* Vol 10. No.29. 8-18.
 10. Jávorné Erdei R. (2016): Nyíregyháza város lakosságának életminősége az egészségi állapot tükrében, PhD doktori értekezés, letölve: http://tsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Tezisfuzetek/Javorne_Erdi_Renata_dissz.pdf
 11. Jávorné Erdei R., Takács P. (2019): Szubjektív egészségi állapot és annak változásai Nyíregyházán, *Acta Medicinae et Sociologica*, megjelenés alatt.
 12. Kolosi T. (2000): A terhes babapiskóta, Osiris Kiadó, Budapest

13. Kósa K. et al (2004): Assessment of settlements in 14 Hungarian counties, Presentation by Debrecen School of Public Health, letöltve: http://www.kvvm.hu/cimg/documents/KVM_sajt_bemutat_2.ppt
14. Kósa, Zs., Széles, G., Kardos, L., Kósa, K., Németh, R., Ország, S., Fésüs, G., McKee M., Ádány, R., Vokó, Z. (2007): A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *American Journal of Public Health*, 97 (5), 853-859. doi: 10.2105/AJPH.2005.072173
15. Kulmann L. (2010): Az életminőség vizsgálata. In: Vekerdy–Nagy Zs. (szerk.): Rehabilitációs orvoslás. Budapest, Medicina.
16. Marmot M et al (2010): Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010 <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review> letöltve 2015.10.10.
17. 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.
18. Péntek M. (2015): Életminőség vizsgálatok, In: Boncz I. (szerk.) Kutatásmódszertani alapismeretek, Pécs, 2015, letöltve 2016 május 26 http://www.etk.pte.hu/files/tiny-mce/File/oktatas/oktatasiAnyagok/Palyazati/sport/kutatsmodszertan_e.pdf
1. R. Fedor A. (2018): Foglalkoztatási helyzetkép és a munkával való elégedettség jellemzői. *Acta Medicinae et Sociologica* 9 (27), 33-57. doi: 10.19055/ams.2018.9/27/4
- R. Fedor A. Balla P. (2019): Foglalkoztatási helyzetkép a telepki körülmények között élő nyíregyházi romák körében. *Acta Medicina et Sociologica* Vol 10. No.29: 32-44.
19. Ungváry Gy., Odor A., Bényi M. és mtsai. (2005): Romatelepek Magyarországon – gyermekek egészségügyi ellátása, higiénés viszonyok. *Orvosi Hetilap* 146. 691-699.
20. Vitrai J., Mihalicza P. (2006): Egészségi állapot. In: Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy. (szerk.): Társadalmi riport 2006. Budapest: TÁRKI. 138-150.
21. Vitrai J. (2010): Méltányosság, a betegek esélyegyenlősége, egyenlő hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz és terápiákhoz. In: Bodrogi J. (szerk.) A magyar egészségügy. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati vélemény-térkép, Semmelweis Kiadó, Budapest
22. 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról letöltve: <https://net.jogtar.hu/getpdf?docid=99700051.NM&targetdate=20171030&printTitle=51/1997.+%28XII.+18.%29+NM+rendelet>