



A rizikómagatartás egyes jellemzői Nyíregyháza szegregátumaiban

Hüse Lajos

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

INFO

Hüse Lajos
huse.lajos@foh.unideb.hu

Keywords:
risk behaviour, Roma
population, stress scale

Kulcsszavak:
rizikómagatartás, roma
lakosság, stressz-skála

ABSTRACT

Abstract. Characteristics of risk behaviour in segregated areas of Nyíregyháza. This study examines some risk behaviour characteristics in the segregated areas of Nyíregyháza. Up to 271 respondents filled in the questionnaires of the research which also involved a focus group examination on public security. Our results have shown that in these areas, where most of poorest households are crammed, health impairing behaviours aggravate health status influenced by other factors. The rate of three times as many daily smokers has negative impact not only on adult population but due to expectant mothers' smoking habits it is likely to cause health impairment in children and fetuses alike. Although alcohol and drug consumption issues are a taboo in the examined community, these health impairing habits and subsequent addiction are obviously present. The examined risk behaviours show correlation with straining life events in childhood and, in a sense, they are related to health quality.

Absztrakt: A tanulmány a kockázati magatartás egyes jellemzőit vizsgálja Nyíregyháza szegregátumaiban. A 271 fő részvételével megvalósuló kérdőíves vizsgálatot a közbiztonság témája köré felépített fókuszcsoportos vizsgálat egészítette ki. Az eredmények rámutatnak, hogy a város legszegényebb háztartásainak jelentős részét tömörítő területi egységeken az egészséget károsító magatartásformák súlyosbítják az egyéb tényezők által befolyásolt egészségi állapotot. A naponta dohányzók háromszoros arányából nem csupán a felnőtt lakosságra vonatkozó negatív hatások következnek, de a gyermekek, sőt a várandósok dohányzása révén a méhmagzat károsodása is valószínűsíthető. Az alkohol és drogfogyasztás témája ugyan tabusított a felkeresett közösségekben, de azért az így is világosan látszik, hogy mindkét egészségkárosító fogyasztási szokás – és későbbi addikció – jelen van. A vizsgált rizikómagatartások egyértelmű összefüggést mutattak a gyermekkorban

átélt megterhelő életeseményekkel, és bizonyos módon az életminőség kérdéséhez is kapcsolódtak.

Ez a tanulmány a TOP-6.9.1-16-NY1-2017-00001 azonosító számú

“Közösen a kiútért” című projekt támogatásával készült.

A rizikómagatartás vizsgálatának jelentősége

Az egészségmagatartás, illetve ezen belül a kockázati magatartás vizsgálatát az egyes helyi mintákon az igazolja, hogy napjainkban a krónikus, nem fertőző betegségek okozta halálozás 80 százalékáért felelős nagyobb betegségcsoportok erőteljesen összefüggenek viselkedéssel kapcsolatos kockázati tényezőkkel (WHO, 2005). Ez nem kis részben összefüggést mutat az un. epidemiológiai átmenettel, amely nem más, mint a halálokok átstrukturálódása a modernizálódási folyamatok függvényében, melynek során a halandóság főbb okai egyre inkább elmozdulnak a járványok, háborúk, éhínségek és a rossz életkörülmények felől a degeneratív és ember által okozott betegségek dominanciája irányában (Bálint, 2016). Az egészséget befolyásoló tényezőkkel foglalkozó, sokat idézett vizsgálata a kanadai Lalonde-jelentés (1974), mely szerint, az életmód 43 százalékban határozza meg az egyén egészségi állapotát, amely ugyan nem tekinthető „túlnyomó többségnek”, de figyelembe kell venni azt is, hogy a fennmaradó, valamivel több, mint 50 százalékon további három faktor osztozik; az öröklődés, a környezet és az egészségügyi ellátó rendszer fejlettsége (valamint annak elérhetősége). Mindezt figyelembe véve a legnagyobb hatást az egészségmagatartást magába foglaló életmód gyakorolja az egyén egészségére, amely ezáltal az társadalmak betegséggel kapcsolatos költségeire is jelentős hatást gyakorol.

Az életmódban megnyilvánuló egészségmagatartás lényegében azon mindennapos tevékenységek összessége, amelyek egészségmegőrzőnek vagy kockázatosnak bizonyulnak az egészségi állapot szempontjából (Matarazzo, 1984). Ezen magatartásformák jelentőségét jól szemlélteti, hogy az életév-vesztés és az életminőségromlás tekintetében a legfontosabb rizikófaktorok az egészségtelen táplálkozás és az inaktív életmód, az aktív és passzív dohányzás, valamint az alkoholfogyasztás (Lim és munkatársai, 2012). E tekintetben rendkívül figyelemreméltó Hjemsæter és munkatársai (2019) azon megállapítása, miszerint az alkoholbetegek (patients with alcohol use disorder alone) esélye arra, hogy szomatikus betegségekben haljanak meg, majdnem kétszeres a politoxikomán betegekhez képest (58% versus 28%, $p=0,004$).

Ennek megfelelően a helyi nagymintás kutatásokban rendszeresen teret kap a lakosság rizikómagatartásának feltárása Nyíregyházán (Jóna és Jávorné Erdei, 2012; Jávorné Erdei, R. Fedor és Berencsiné Madácsi, 2014; Hüse, 2015).

Anyag és módszer

A Nyíregyháza szegregátumában élők kockázatos egészségmagatartásának feltárásához a „ROMA LAKÓTELEPEN ÉLŐK ÉLETMINŐSÉGE 2019” kutatás¹ kérdőíves adatbázisának (N=271) rizikómagatartásra vonatkozó adatait elemeztük. Ennek során 201 fő a Huszár-telepről, 70 fő a Keleti lakótelepről került be a mintába. A kvantitatív elemzést kiegészítettük az említett kutatás keretében megszervezett, közbiztonságra irányuló fókuszcsoporthoz tartozó interjú tapasztalataival (N=7), amennyiben azok az egészséget károsító rizikómagatartás kérdéséhez kapcsolódtak (alkohol és drogfogyasztás).

Az elsősorban a büntetésre alapozó hazai restriktív drogpolitika, valamint a szegregátumokban élő közösségek zárkózottsága miatt a rizikómagatartásra vonatkozó közvetlen kérdések esetében számítani lehet a magas válaszmegtagadásra, illetve az érintettség elkendőzésére. Ezért a kérdőíves vizsgálatában a különböző szerek használatára vonatkozó kérdések mellett rákérdeztünk a baráti társaság szerhasználati szokásaira is, amely bizonyítottan alkalmas arra, hogy a kockázatos élet helyzetben lévő egyéneket beazonosítsuk akkor is, ha a saját személyére vonatkozóan nem vállalja pl. a drogfogyasztás, alkoholfogyasztás tényét. Elekes (2005) szerint az adatok gyakran jobban jelzik a problémára irányuló figyelem növekedését, az intézményhálózat alakulását, a drogpolitikában és a statisztikai adatszolgáltatásban bekövetkezett változásokat, mint a tényleges droghelyzet alakulását. A valóságot szépítő válaszokra a tapasztalatok szerint kifejezetten nagy az esély a szegregátumok lakossága esetében, sőt, ezen belül a nyíregyházi szegregátumok lakói a szokottnál is nagyobb mértékben torzítják el a szerhasználatra vonatkozó adatokat (Fábián, Szoboszlai és Hüse, 2017).

A szerhasználat tényét és gyakoriságát rögzítő kérdéseken túl a rizikómagatartás kérdőíves blokkja két autonóm skálát tartalmazott. Az első a RÉS (Redukált Életesemény Skála; Hüse, Huszti és Takács, 2016), amely azokat az eredendően Holmes és Rahe (1967) által 14 éves koráig összegyűjtött, terhelő életeseményeket veszi számításba, amelyek egyfelől növelik a rizikómagatartás esélyét (Székely, Susánszky és Ádám, 2013; Takács, Huszti és Hüse, 2017), de a támogató környezet megléte esetén akár a reziliencia, azaz az ellenállóképesség kialakulásában is közrejátszhat (Hüse és Ceglédi, 2018). A másik autonóm skála a nemzetközi szakirodalomban több verzióban is ismert CASP (Control, Autonomy, Self-realisation and Pleasure; Higgs et al., 2003) eredeti, 19 ítemes verziójának magyar változata. Az alapvetően a szubjektív életminőség vizsgálatára alkalmazott autonóm skála a jelen kutatásba kísérleti jelleggel kerül, az életminőség észlelése és a rizikómagatartás valószínűsége közötti összefüggések feltárása céljából. Mind a RÉS, mind a CASP-19 tehát háttérváltozóként, az okok és összefüggések feltárása érdekében került bevonásra.

A „ROMA LAKÓTELEPEN ÉLŐK ÉLETMINŐSÉGE 2019” („RÉ 2019”) kutatás eredményeit az elemzés során – ahol lehet – összevetjük a peremhelyzetben élők droghasználatára irányuló kutatás eredményeivel („KAB 2017”; Fábián, Szoboszlai és Hüse, 2017), amely ugyan megyei szintű adatgyűjtés, de nagyobb arány-

¹ A táblázatokban ez a kutatás a „RÉ 2019” rövidítéssel szerepel.

ban tartalmaz adatokat Nyíregyháza mindkét szegregátumából. Ezen kívül, bár a kutatás másképpen vizsgálta, de a dohányzási gyakoriság tekintetében bevontuk a vizsgálatba a „NYÍREGYHÁZA VÁROS ÉLETMINŐSÉGE (HÁZTARTÁSPA-NEL) 2018” kutatás egészségügyi mintájának adatát is („NYÉ 2018 - EÜ”).

Eredmények

A korai megterhelő életesemények szempontjából enyhe, nem szignifikáns különbség tárult fel a két telep között ($p=0,062$). Alacsony életterhekről a Huszár telepiek 55,1 százaléka, a Keleti telepiek 68,6 százaléka számolt be. Közepesen terhelő életeseményeket a Huszár telepiek 23,0, míg a Keleti telepen élők 21,4 százaléka kellett elviseljen gyermekkorában, azaz 14 éves koráig. Igazán jellemző különbség alakult ki viszont a magas életterheket elviselők körében, ahol a Huszár telepiek aránya kétszeres a másik telephez képest (21,9% és 10,0%). Ez az eredmény különösen érdekes, ha az összehasonlításba bevonjuk a 2017-es kábítószerhasználati kutatás, valamint a „Magyar Ifjúság 2012” reprezentatív hazai kutatás eredményeit is. Az országos reprezentatív kutatás egyfajta „alpvonalat” képez, hiszen a reprezentatív adatfelvételbe mindenféle helyzetű hazai fiatal bekerült – ehhez képest látható, hogy a szegregátumokban élők között a legsúlyosabb terheket cipelők aránya több, mint kétszeres, sőt, a Huszár telep lakosságában ez az arány ötszörös (1. táblázat). Az eredmények értékeléséhez meg kell jegyezni, hogy a viszonyításként beemelt két kutatás ifjúságkutatás, tehát nem teljesen ekvivalens a mostani vizsgálattal még akkor sem, ha egyébként a 14 éves kor előtt megélt eseményekre kérdeztünk rá minden esetben.

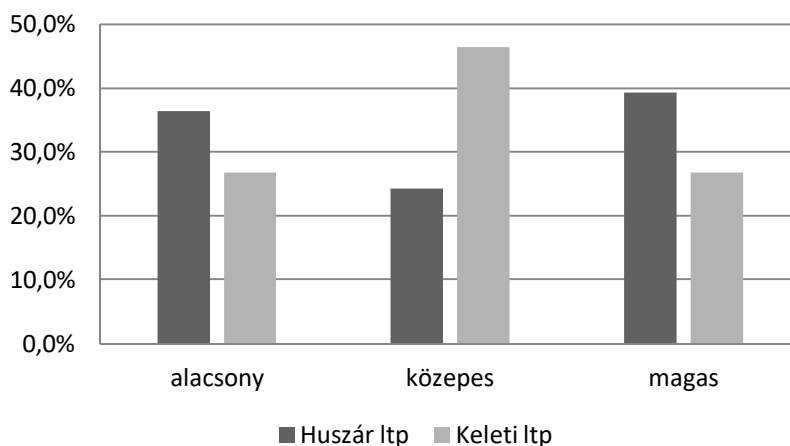
csoporthatár	RÉ 2019 - Huszár	RÉ 2019 - Keleti	KAB 2017	IFI 2012
0-149*	55,1%	68,6%	63,3 %	86,5 %
150-299	23,0%	21,4%	27,6 %	9,3 %
300+	21,9%	10,0%	9,1 %	4,2 %

*A legalacsonyabb pontszámú csoport tartalmazza azokat is, akik 0 pontot „értek el”.

1. táblázat. A korai megterhelő életeseményeket átélők aránya

A szubjektív életminőség bemutatására a CASP-19 skála eredményeit összevontan kezeltük. Az elméletben legalacsonyabb életminőséget jelölő 19 pont és a legmagasabb életminőséget jelölő 76 ponthoz képest a mérésünk szélső értékei a 28 és 75 pont voltak. Az összesített pontszám alapján három, nagyjából azonos méretű csoportot képeztünk (tercilis), ahol a legalacsonyabb szubjektív életminőségről beszámoló létszáma 78 fő, a közepes életminőség csoportjába 68 fő tartozik, míg a legmagasabb pontszámúak 83-an voltak (42 főt a töredékes válaszok, illetve válaszmegtagadás miatt kizártunk ebből az elemzésből). A két lakótelep összevetéséből kiderül, hogy a Keleti lakótelep eredményei jobban közelítenek valamiféle ideáltipikus helyzethez, melyben a válaszadók közel fele közepes életminőségről számolt be, míg a két szélső csoportba nagyjából azonos arányban került a többi vá-

laszadó. Ezzel szemben a Huszár lakótelepen élők körében a két szélső életminőségi kategóriába kerültek többen, azaz itt egyszerre és jelentős mértékben van jelen a kifejezetten alacsony és a magas szubjektív életminőség. Másképpen fogalmazva a Huszár telepen valamiféle törés, szakadék érzékelhető ebben a dimenzióban az itt élők között, míg a Keleti telep egyneműbb (1. ábra).



N=229, p=0,007

1. ábra. A szubjektív életminőség alakulása a CASP-19 alapján

A rizikómagatartásra vonatkozó közvetlen kérdések közül a magasabb válaszadási hajlandóság okán kiemelhető, a dohányzással és az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések. E tekintetben a vizsgálatunkat az első rágyújtástól indíthatjuk. A válaszok alapján az elsőként választott dohánytermék mindkét alminta esetében a cigaretta volt. Ezt az összes válaszadó 74,6 százalékában (Huszár), illetve 73,8 százalékában (Keleti) említették, de ha csak a valaha dohányzókat vizsgáljuk, akkor mindkét telepen 90 százalék feletti ennek a terméknek a részesedése az első rágyújtásban. A kutatás nem tért ki arra, hogy ez előre, gyárilag töltött szálakat, vagy kézzel sodort dohányterméket jelent-e.

RÉ 2019	Huszár		Keleti		KAB 2017		NYÉ 2018 – EÜ	
	Huszár	Keleti	naponta	hetente	naponta	hetente	naponta	alkalmanként
naponta	60,5	62,9	42,6	5,8	26,6	7,5		
hetente né- hányszor	4,5	2,9						
heti egyszer	1,5	1,4						
ritkábban	2,0	0,0	6,7					
soha	26,0	25,7	33,6					
már leszokott	5,5	7,1	11,4					
összesen	100	100	100					65,9

2. táblázat. A dohányzás gyakorisága (%)

A dohányzási intenzitást tekintve igen informatív a 2. táblázat, amelyben összevetettük a jelen kutatás, és két fentebb is említett referenciakutatás eredményeit. Az eltérő válaszkategóriák ellenére világosan látszik, hogy a naponta dohányzók aránya milyen kiugró értéket mutat a felnőttekre is kiterjedő mostani vizsgálat az ifjúságkutatások adataihoz képest.

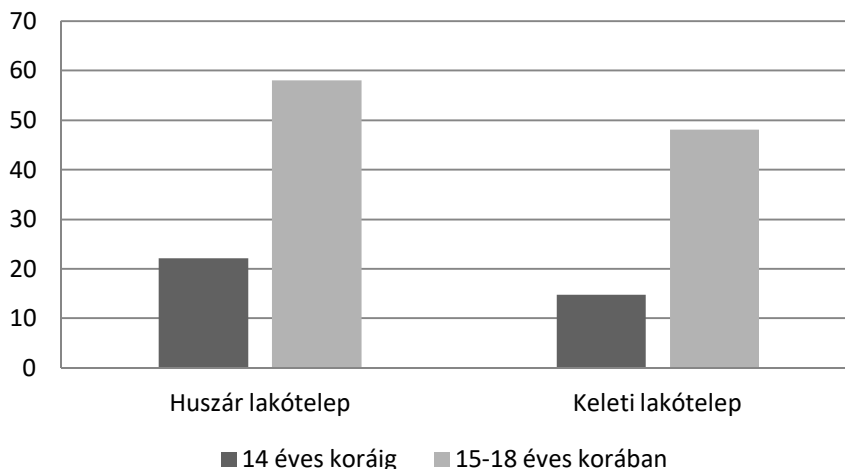
Bár az alkoholfogyasztás nem büntetendő cselekedet, sőt, több kultúrában erénynek, a férfiaság vagy a „lazaság” jelképének számít inni, sokat inni, „jól bírni” (Ambrus, 1985; Nagy, é.n.), a hazai cigányság körében mégis inkább tabutémának számít az alkoholról, ivászatról beszélni. Solt Ágnes (2009) kvalitatív kutatásában úgy találta, hogy a telepi emberek, különösképpen a férfiak szégyellik, hogy az italozás költségei miatt a gyerekeik nem kapják meg a szükségleteik szerint járó dolgokat, vagy akár éheznek is, ezért tabusítják a kérdést. Hasonló jelenséget tártak fel egy észak-kelet magyarországi roma egészségi állapot vizsgálata során, ahol a szerzők megállapítják, hogy Szabolcs-Szatmár-Bereg megye halálozási statisztikái alapján az idő előtti halálozás 2/3-ában a dohányzással és az alkoholfogyasztással összefüggő betegségek szerepelnek, illetve az OLEF 2003 adatai szerint a férfiak 18, a nők 3 százaléka tartotta magát nagyivónak, ezzel szemben a megye roma háztartásait reprezentáló adatfelvételükben a megkérdezetteknek csak 3,4 százaléka vallotta magát rendszeres alkoholfogyasztónak, 75,2 százalékuk pedig arról számolt be, hogy semmilyen alkoholféleséget nem fogyaszt (Fónai és Péntes, 2006). Ezen tapasztalatoknak megfelelően úgy véljük, hogy a jelen kutatás alkoholfogyasztási gyakoriságra vonatkozó adatai is alulreprezentálják a valóságot. Eszerint a napi-heti rendszerességgel alkoholfogyasztók aránya mindkét telepen alatta marad az 5 százaléknak, és az alkalmankénti, következményekkel járó italozás (binge drinking, berúgás) is inkább csak a Keleti lakótelepre jellemző (3. táblázat). Ide kapcsolhatjuk a közbiztonsággal kapcsolatos fókuszcsoportos feltárás eredményét, miszerint, ha nem is részletezték, de a túlzott alkoholfogyasztást, mint közbiztonsági problémát említették a résztvevők.

	alkoholt fogyasztott		egy alkalommal megivott 5 vagy több italt		berúgott	
	Huszár	Keleti	Huszár	Keleti	Huszár	Keleti
szinte minden nap	1,7	1,4	0,6	0,0	0,6	0,0
heti 1-2 nap	2,8	2,9	1,7	0,0	1,1	1,4
havonta néhányszor	2,2	5,7	1,7	0,0	0,6	1,4
1-2 havonta	10,1	8,6	1,7	4,3	2,3	5,8
ritkábban	29,8	42,9	13,8	23,2	17,2	24,6
egyszer sem	53,4	38,6	80,5	72,5	78,2	66,7
Összesen	100	100	100	100	100	100

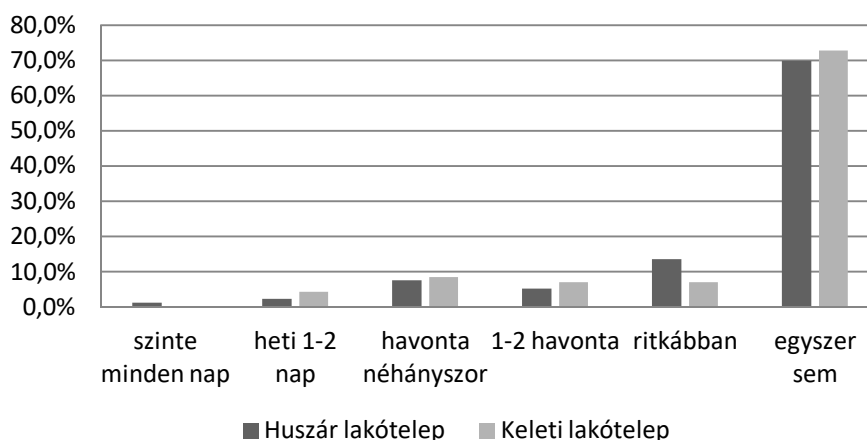
3. táblázat. Az alkoholfogyasztás intenzitása (%)

Az alkoholfogyasztási intenzitás alulreprezentáltsága már csak azért is valószínűsíthető, mert a kérdőívben később feltett kérdésre, miszerint hány éves volt a megkérdezett akkor, amikor először ittas állapotba került, a Huszár-telepen élők közül 81 fő

(40,3%), a Keleti-telepen élők közül pedig 27 fő (38,6%) nevezett meg valamilyen életkort – ehhez képest az alkoholfogyasztás gyakoriságát felmérő táblázat azon sorában, ahol az ittasság-berúgás előfordulásáról esik szó, a Huszár-telep válaszadóinak közel 80 százaléka vallotta, hogy erre egyszer sem került sor (amely jelentős eltérés a „másképpen kérdezett” adathoz képest), a másik telepen élőknek pedig a kétharmada (itt az eltérés kicsi). Azok között, akik erre a kérdésre választ adva arról számoltak be, hogy valaha berúgtak nagyobb arányban tették ezt 14 éves korukig, illetve 18 éves korukig a Huszár-telepen, mint a másik közösségben. (2. ábra)



2. ábra. Hány évesen rúgott be először? (%)



3. ábra. Pénznyereményért valamilyen szerencsejátékot játszott (%)

A szerencsejátékra vonatkozó kérdés sajnos nem tartalmazott olyan kitétel, mely alapján be lehetne azonosítani, hogy mely szinttől számíthatunk egy válaszadót játéktüggőnek, ahogy arra sem, hogy az ugyancsak erős marketinggel és széles körű

elfogadottsággal, támogatottsággal bíró állami szerencsejáték-ipar egyes termékeinek vásárlása (totó, lottó stb.) a teljes szerencsejáték-érintettség mekkora részét teszi ki – de becsülhetően ez a típus lehet a meghatározó a 3. ábra eredményeiben.

Ahogy a módszertani fejezetben is jeleztük, a droghasználatra vonatkozó személyes kérdések helyett arra irányult a felmérésünk, hogy a megkérdezett barátai, ismerősei között van-e olyan, aki használt már valamilyen kábítószer, illetve az ismerősi kör milyen hányadát képezik az érinettek. Ez a módszer több korábbi kutatásban is eredményesnek bizonyult, sőt, a drogfogyasztást valószínűsítő implicit attitűdök vizsgálatba vonásával igazolást nyert, miszerint a megkérdezett drogozást elfogadó attitűdje szorosan együtt jár a megkérdezett baráti körének teljes érintettségével, azaz azzal, hogy minden barát drogozik (Hüse és Horváth, 2018).

Jelen kutatás alapján az látszik, hogy ebből a szempontból a Huszár-telep lényegesen fertőzöttebb területnek mutatkozik, mint a Keleti lakótelep, amelyben éppen feleannyi megkérdezett vallotta, hogy (egynél) több barátja is fogyaszt kábítószer, mint a másik szegregátumban (4. táblázat). A huszár-telepi adat egyébként nagyjából megfelel a KAB 2017 kutatás eredményének, amennyiben az egynél több ismerős kategóriáit itt összevontan kezeljük. Továbbá figyelemreméltó a Huszár-telepen megvalósított fókuszcsoportos kutatás azon eredménye, miszerint a résztvevők elsők között említették a drogfogyasztással, sőt, terjesztéssel összefüggésben a közveszélyes gépjárművezetést, az aluljáró és az utcák éjszakai biztonságának hiányát, valamint azt, hogy a városi roma lakosságot – azaz a Keleti-telepen élőket is – alapvetően a Huszár-telepi terjesztők látják el „pakettel”, ahogy a helyiek a legszegényebbek körében terjedő, részben szintetikus herbált nevezik.

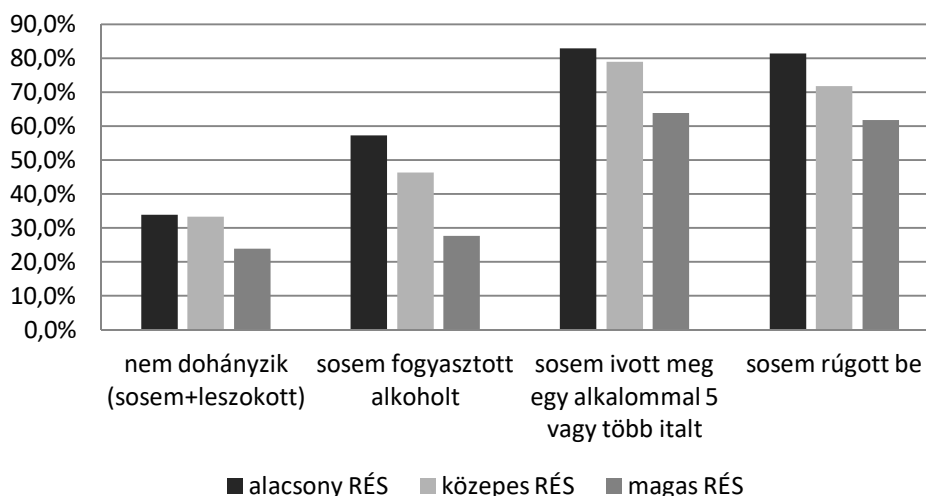
Becsült kábítószerhasználat	Huszár lakótelep	Keleti lakótelep
több	20,0	9,8
egy	11,1	13,1
egy sem	68,9	77,0
KAB 2017		
mindegyik		6,4
többség		4,4
néhányan		7,8
kevesen		13,9
egy sem		67,5

4. táblázat. A barátok, ismerősök becsült kábítószerhasználat (%)

Elszakadva a két telep összehasonlító vizsgálatától, a további elemzés során a két fentebb ismertetett háttérváltozó (RÉS, CASP-19) és az egyes vizsgált kockázati magatartás prevalenciája közötti összefüggésekre támaszkodunk. Ezt a kockázati magatartás két végletével – az elkerült kockázatokkal, valamint drogfogyasztó barátok meglétével – vizsgáljuk.

Elkerült kockázat alatt az elemzésben azt az esetet értjük, amikor a válaszadó arról számol be, hogy nem jellemző rá az adott kockázatnövelő szer használata. Ez esetben természetesen számolnunk kell azzal, hogy az elkerülő magatartásról beszámoló esetek egy része a tabusítás, vagy az elvárásoknak való megfelelés vágyától

hajtva nem a valóságot írja le, azaz mégis fogyaszt, fogyasztott valamit, azonban ezzel együtt is igaz, hogy az „elkerülő” csoportban természetesen helyet foglaló „valódi elkerülők” válaszai annyira sajátos mintázatot alkotnak, amely a „rejtőzködő fogyasztók” ismeretlen arányú jelenléte ellenére is megkülönbözteti ezt a csoportot a „nyílt fogyasztóktól”. E sajátos mintázat mutatkozik meg abban, hogy a 14 éves korig megélt megterhelő életesemények mind magasabb mértéke egyre csökkenő arányú elkerülő magatartással kapcsolódik össze minden vizsgált anyag tekintetében (4. ábra). Megfogalmazhatjuk tehát, hogy minél több stresszel teli életesemény terhelte a megkérdezettek gyerekkorát, annál valószínűbb, hogy cigarettához vagy alkoholhoz nyúlt, illetve sokat ivott, lerészegedett.



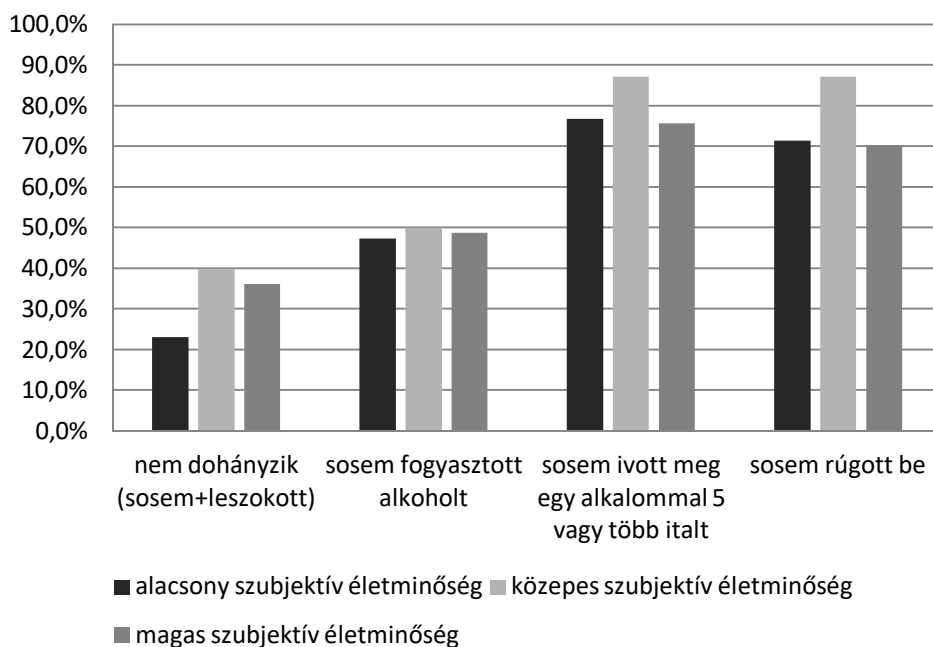
4. ábra. A megterhelő életesemények (RÉS) szintje és az elkerült kockázati magatartások (%)

Hasonló logikájú – de az elvártnak megfelelően ellenkező irányú – összefüggés mutatkozik meg a RÉS szintek és a drogfogyasztó barátokról való beszámolók között. Már a közepes RÉS esetén is több, mint háromszor nagyobb arányban számoltak be több drogfogyasztó barátról, mint az alacsony RÉS esetén, de a különbség a alacsony és a magas RÉS között ezen a téren közel hétszeresére ugrott (5. táblázat). Azok aránya, akik egyetlen drogfogyasztó barátról, ismerősről sem számoltak be, az életterhek növekedésével dinamikusan nő.

	alacsony RÉS	közepes RÉS	magas RÉS
több	6,8	20,9	47,1
egy	12,0	11,6	11,8
egy sem	81,2	67,4	41,2

5. táblázat. A drogfogyasztó barátok, ismerősök aránya és a megterhelő életesemények (RÉS) szintje (%)

A szubjektív életminőség mérésére alkalmazott CASP-19 pontszámaiból képzett csoportok esetén az összefüggés nem ilyen nyilvánvaló, mivel ez esetben a közepes szubjektív életminőségbe soroltak tűnnek a leginkább mentesnek a rizikós fogyasztási szokásoktól. Az ő esetükben beszélhetünk kiugróbb elkerülő magatartásról a dohányzás és alkoholfogyasztás terén (5. ábra), és ugyancsak a közepes CASP-19 csoport az, amelyikre arányában a legkisebb mértékben jellemző az egynél több drogfogyasztóra kiterjedő baráti kapcsolat (6. táblázat). Ezen túlmenően megállapítható, hogy az erre alkalmazott skálával mért alacsony életminőségű csoportra kevésbé jellemző a dohányzás elkerülése, mint a magas életminőségűekre, de az alkoholfogyasztás tekintetében nem mutatható ki jellemző különbség. Az alacsony életminőség együtt jár továbbá, hogy közel kétszeres azok aránya a csoportban, akiknek egynél több droghasználó barátja van, mint ahogy azt a magas életminőségű csoport esetén leírhattuk.



5. ábra. A szubjektív életminőség (CASP-19) szintje és az elkerült kockázati magatartások (%)

	alacsony szubjektív életminőség	közepes szubjektív életminőség	magas szubjektív életminőség
több	29,6%	8,5%	17,2%
egy	9,3%	12,8%	10,9%
egy sem	61,1%	78,7%	71,9%

6. táblázat. A drogfogyasztó barátok, ismerősök aránya és a szubjektív életminőség (CASP-19) szintje (%)

Összefoglalás

A „ROMA LAKÓTELEPEN ÉLŐK ÉLETMINŐSÉGE 2019” kutatás eredményei rámutatnak arra, hogy jelentős kockázati magatartással kell számolnunk. A roma lakosság által leginkább nyíltan vállalt dohányzás esetében a város teljes lakosságára jellemzően mért adat háromszorosát tártuk fel mindkét telepen. Az alkoholfogyasztás tekintetében egy nagyon moderált kép alakult ki, amely azonban részben vélhetően a téma tabusításának következménye. A Keleti lakótelepen az alkoholfogyasztás és annak túlzásba vitele jellemzőbb. A vizsgálati minta negyede (Keleti), harmada (Huszár) számolt be legalább egy drogfogyasztó barátról, illetve a fókuszcsoport is mint legjellemzőbb közbiztonsági problémát nevesítette a droghasználatot, és az ahhoz társuló viselkedéseket (veszélyes vezetés, lopás, rablás).

A kockázati magatartás erős összefüggést mutatott a gyermekkorban elszenvedett megterhelő életeseményekről (melyet a RÉS skálával mértünk), illetve bizonyos, nem annyira egyértelmű összefüggésem megmutatkoztak a CASP-19 skálával mért szubjektív életminőség terén is. Ez utóbbi esetén mind az alacsony, mind a magasabb életminőségről számot adók kockázatosabb egészségmagatartásról számoltak be, mint a közepes életminőségűek. Az alacsony életminőség talán az eszképzimus, a nyomor megélése elő való elmenekülés útján viszi közelebb a rizikós fogyasztáshoz a válaszadókat, míg a magasabb életminőség a rekreáció és a viszonylagosan jobb helyzet által elérhetővé tett kvázi luxus kihasználása révén játszhat közre a viselkedéses egészségkockázatok kialakulásában.

Miután a kockázati magatartás erős összefüggést mutat a megbetegedések és a korai halálozás jelentős részével, a szegregátumokban élők életminőségének javítását célzó programokban mindenképpen teret kell adni az olyan projektelemeknek, amelyek hatékonyan befolyásolják a célcsoport egészségmagatartását. Ugyanakkor nem szabad arról sem elfeledkezni, hogy egy adott társadalomban a szegénység szélsőséges formáiban élők – mint amilyenek hazánk etnikailag is szegregált terepülésrészein az alacsony komfortfokozatú háztartások lakói – egészségmagatartása csak részben az egyéni szokások (azaz döntések) következményeképp jönnek létre, részben viszont a társadalmi különbségek, a szegregáció, a jövőnéküliség és a negatív jövőkép következményei, mely folyamatban közrejátszik a homogén szociális környezet is, amely nem csupán mintát ad, de csoportnyomást is helyez a kiemelkedni vágyókra, másképp viselkedőkre. Azaz a kívánatos, hatékony beavatkozási stratégia minimálisan három szintű legyen; egyéni, közösségi és társadalmi elemeket egyaránt tartalmazzon.

Irodalomjegyzék

1. Ambrus P. (1985): Alkohol az életmódban - Egy szegénytelep élete. Művelődéskutató Intézet, Budapest.
2. Bálint L. (2016): Mennyire illeszkedik a magyar halandóság alakulása az epidemiológiai átmenet elméleteihez? *Demográfia* 59/1: 5–57. DOI: 10.21543/Dem.59.1.1

3. Elekes Zs. (2005): A drogfogyasztás nemek közötti különbözőségei és hasonlóságai. In: Nagy I., Pongrácz T.-né, Tóth I. Gy. [szerk.]: Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. Budapest: TÁRKI, Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium. 177-193.
4. Fábíán G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.] (2017): A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómagatartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. ISBN 978-963-12-9150-6
5. Fónai M., Péntzes M. (2006): A cigány népesség egészségi állapotának összetevői Északkelet Magyarországon. In: Fónai M., Péntzes M., Vitál A. [szerk.]: Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitorési lehetőségei Északkelet-Magyarországon. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza. 75-109.
6. Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., Blane, D. (2003): Researching Quality of Life in Early Old Age: The Importance of the Sociological Dimension. *Social Policy & Administration*, 37(3), 239-252. doi: 10.1111/1467-9515.00336
7. Hjemsæter, A. J., Bramness, J. G., Drake, R., Skeie, I., Monsbakken, B., Benth, J. Š., Landheim, A. S. (2019): Mortality, cause of death and risk factors in patients with alcohol use disorder alone or poly-substance use disorders: a 19-year prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 19/101. doi.org/10.1186/s12888-019-2077-8
8. Hüse L. (2015): A szubjektív egészségi állapot tényezői és azok változása Nyíregyházán és vonzáskörzetében. *Acta Medicinæ et Sociologica* 6 (18-19): 96-120. doi: 10.19055/ams.2015.6/18-19/7
9. Hüse L., Ceglédi T. (2018): "Érett dió is lehetek" – A megterhelő életesemények és a reziliencia hatása az iskolai pályafutásra. Szakkollégiumi Tudástár 5. ERSZK, Nyíregyháza. ISBN 978-615-00-1878-2
10. Hüse L., Horváth C. (2018): A rizikómagatartás implicit attitűdjeit befolyásoló egyes szocializációs tényezők vizsgálata mélyszegénységben és szakellátásban élő fiatalok körében. *Esély* 2018/6: 107-132.
11. Hüse L., Huszti É., Takács P. (2016): A gyermekvédelem peremén – Negatív életesemények hatása a kamaszok és fiatalok egészségkárosító magatartására. *Metszetek* Vol. 5. No. 4: 80-108. DOI 10.18392/METSZ/2016/4/5
12. Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967): The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2): 2013-221.
13. Jávorné Erdei R., Fedor R. A., Berencsiné Madácsi E. (2014): A nyíregyházi lakosok szubjektív egészségi állapota és annak változásai. *Acta Medicinæ et Sociologica* 5. (12-13): 189-206. doi: 10.19055/ams.2014.5/12-13/11
14. Jóna Gy., Jávorné Erdei R. (2012): A szubjektív egészségi állapot meghatározó tényezői Nyíregyházán. *Acta Medicinæ et Sociologica* 3 (3): 99-115. doi: 10.19055/ams.2012.3/3/7
15. Lalonde, M. (1974): A new perspective on the health of Canadians: a working document. Government of Canada, Ottawa.
16. Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair, Rohani, H., Amann, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bachus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker, Collo, S., Baxter, A., Bell, M. L., Blore, J. D., Blyth, F., Bonner, C., Borges, G., Bourne,

- R., Boussinesq, M., Brauer, M., Brooks, P., Bruce, N. G., Brunekreef, B., Bryan, Hancock, C., Bucello, C., Buchbinder, R., Bull, F., Burnett, R. T., Byers, T. E., Calabria, B., Carapetis, J., Carnahan, E., Chafe, Z., Charlson, F., Chen, H., Chen, J. S., Cheng, A. T., Child, J. C., Cohen, A., Colson, K. E., Cowie, B. C., Darby, S., Darling, S., Davis, A., Degenhardt, L., Dentener, F., Des Jarlais, D. C., Devries, K., Dherani, M., Ding, E. L., Dorsey, E. R., Driscoll, T., Edmond, K., Ali, S. E., Engell, R. E., Erwin, P. J., Fahimi, S., Falder, G., Farzadfar, F., Ferrari, A., Finucane, M. M., Flaxman, S., Fowkes, F. G., Freedman, G., Freeman, M. K., Gakidou, E., Ghosh, S., Giovannucci, E., Gmel, G., Graham, K., Grainger, R., Grant, B., Gunnell, D., Gutierrez, H. R., Hall, W., Hoek, H. W., Hogan, A., Hosgood, H. D. 3rd, Hoy, D., Hu, H., Hubbell, B. J., Hutchings, S. J., Ibeanusi, S. E., Jacklyn, G. L., Jasrasaria, R., Jonas, J. B., Kan, H., Kanis, J. A., Kassebaum, N., Kawakami, N., Khang, Y. H., Khatibzadeh, S., Khoo, J. P., Kok, C., Laden, F., Lalloo, R., Lan, Q., Lathlean, T., Leasher, J. L., Leigh, J., Li, Y., Lin, J. K., Lipshultz, S. E., London, S., Lozano, R., Lu, Y., Mak, J., Malekzadeh, R., Mallinger, L., Marcenes, W., March, L., Marks, R., Martin, R., McGale, P., McGrath, J., Mehta, S., Mensah, G. A., Merriman, T. R., Micha, R., Michaud, C., Mishra, V., MohdHanafiah, K., Mokdad, A. A., Morawska, L., Mozaffarian, D., Murphy, T., Naghavi, M., Neal, B., Nelson, P. K., Nolla, J. M., Norman, R., Olives, C., Omer, S. B., Orchard, J., Osborne, R., Ostro, B., Page, A., Pandey, K. D., Parry, C. D., Passmore, E., Patra, J., Pearce, N., Pelizzari, P. M., Petzold, M., Phillips, M. R., Pope, D., Pope, C. A. 3rd, Powles, J., Rao, M., Razavi, H., Rehfuss, E. A., Rehm, J. T., Ritz, B., Rivara, F. P., Roberts, T., Robinson, C., RodriguezPortales, J. A., Romieu, I., Room, R., Rosenfeld, L. C., Roy, A., Rushton, L., Salomon, J. A., Sampson, U., SanchezRiera, L., Sanman, E., Sapkota, A., Seedat, S., Shi, P., Shield, K., Shivakoti, R., Singh, G. M., Sleet, D. A., Smith, E., Smith, K. R., Stapelberg, N. J., Steenland, K., Stöckl, H., Stovner, L. J., Straif, K., Straney, L., Thurston, G. D., Tran, J. H., Van Dingenen, R., van Donkelaar, A., Veerman, J. L., Vijayakumar, L., Weintraub, R., Weissman, M. M., White, R. A., Whiteford, H., Wiersma, S. T., Wilkinson, J. D., Williams, H. C., Williams, W., Wilson, N., Woolf, A. D., Yip, P., Zielinski, J. M., Lopez, A. D., Murray, C. J., Ezzati, M., AlMazroa, M. A. és Memish, Z. A. (2012): A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380. 9859. 2224-60. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8
17. Matarazzo, J. D. (1984): Behavioral health: A 1990 challenge for the healthsciences professions. In: Matarazzo, J. D., Millner, N. E., Weis, S. M. és Herd, J. A. :Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. John Wiley, New York. 3-40.
18. Nagy Z. (é.n): Az alkoholfogyasztás kultúratudományi megközelítése nyomán. <http://www.szocialismunka.hu/script/media.php?id=1>
19. Solt Á. (2009): Élet a reményen túl. Szegregált telepen élők mentalitásvizsgálata. Kutatási jelentés. http://www.okri.hu/images/stories/kutatok/soltagnes/sa_szegreg_sec_2009.pdf

20. Székely A., Susánszky É., Ádám Sz. (2013): Fiatalok kockázati magatartása. In: Székely L. [szerk.]: Magyar ifjúság 2012. Kutatópont, Budapest. 179-210.
21. Takács P., Huszti É., Hüse L. (2017): Stressz, anómia és a rizikómagatartás. In: Fábíán G., Szoboszlai K., Hüse L. [szerk.]: A társadalmi periférián élő gyermekek és fiatalok rizikómaga-tartásának háttere. Periféria Egyesület, Nyíregyháza. 161-185.
22. WHO – World Health Organization (2005): Preventing chronic diseases – a vital investment. WHO global report. ISBN 92 4 156300 1