

A perifériára szorult emberek egészségképe, egészségmagatartása

Health representations and health behaviour among marginalized persons

NÁRAI MÁRTA

Összefoglalás

Jelen tanulmány a Felelő(s) közösségek c. konferencián elhangzott előadás írott változata, és egy 2012-ben Győrben, hajléktalan személyek körében végzett empirikus kutatás szubjektív egészségi állapotra és egészségmagatartásra vonatkozó legfontosabb eredményeit mutatja be.

Összességében elmondható, hogy a megkérdezettek többsége küzd valamilyen betegséggel, egészségproblémával, melyek döntően a hajléktalanná válás után alakultak ki, jelentős hányadukra kockázati magatartás a jellemző, csupán kis részükről mondható el, hogy egészségi állapotához tudatosan viszonyul.

Kulcsszavak: *hajléktalanság – perifériára szorulás – szubjektív egészségkép – betegségteher – egészségmagatartás*

Abstract

The current study is a conference paper presenting major results of an empiric research on subjective health states and health behaviour among homeless persons in Győr in 2012. As a conclusion, the majority of the respondents have certain health problems, which began after becoming homeless. A significant ratio in the sample is characterized by risk behaviour and only some of them are health-conscious.

Keywords: *homelessness – marginalized persons – subjective health representation – illness – health behaviour*

Jelen tanulmány az ez év (2013) májusában a *Felelő(s) közösségek* című konferencián elhangzott előadás írott változata, és egy 2012-ben Győrben, hajléktalan emberek körében végzett empirikus kutatás néhány eredményét mutatja be. A kutatás a TÁMOP 5.3.3-11/2-2011-0010 „Az utcán élő hajléktalan személyek társadalmi visszailleszkedésének, foglalkoztathatóságának elősegítése, sikeres munkaerő-piaci integrációjának megalapozása” program támogatásával megvalósuló, a győri Hajléktalanokat Segítő Szolgálat „*Tágas városom kis lakásra cserélem*” projektjének keretein belül, e projekt sikeres megvalósulásához háttérinformációkat szolgáltatandó került lebonyolításra. A felmérés célja annak feltárása volt, hogy milyen akadályozó tényezők és problémák merülhetnek fel a társadalmi visszailleszkedés elősegítése során, illetve milyen munkaerő-piaci, társadalmi és egyéni humán tényezőkre (korábbi tapasztalatok, megszerzett készségek, egyéni motivációk) lehet alapozni, építeni a fejlesztési tervek során. A szerző a kutatást végző team tagja volt.

A kérdezőbiztosokkal lebonyolított kérdőíves felmérés során egy 100 fős mintával dolgoztunk, mellyel a város hajléktalan populációjának ötödét értük el a vizsgálat alkalmával. A kutatás egyik hangsúlyos elemét jelentette a szubjektív egészségi állapot, illetve a szenvedélybetegségben való érintettség feltárása, ami mellett fontosnak tartottuk megismerni a hajléktalanok egészségtudatosságát, egészségmagatartását is, hiszen az egészségi állapot mellett ez nagymértékben hatással van re-integrációjukra,

annak eredményességére, akár munkaerőpiacra való visszavezetésük, akár önálló lakhatásuk megoldásáról legyen szó. Felmérések szerint társadalmi visszailleszkedésük legjelentősebb akadályát éppen a rossz egészségi állapot, illetve szenvedélybetegségben való érintettségük jelenti. Ennek pozitív irányú befolyásolása azonban csak akkor lehetséges, ha ismerjük az egészséggel kapcsolatos magatartásukra irányuló motivációkat.

Az egészségi állapot, illetve egészséggel kapcsolatos magatartásunk kedvező irányú befolyásolása a nem periférián lévő emberek esetében is nagyon összetett feladat, hiszen az egészséget számos befolyásoló tényező bonyolult hierarchikus kapcsolatrendszere határozza meg. (Vitrai & Vokó, 2002; A DETERMINE története, 2010; Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése, 2010) Számos olyan tényező van, amelyek nem közvetlenül determinálják az egészséget, de közvetetten mégis erőteljes hatást gyakorolnak életminőségünkre, ezáltal fizikai és mentális egészségi állapotunkra, illetve az egészséggel kapcsolatos gondolkodásunkra, magatartásunkra. (Vitrai & Mihalicza, 2006) A szélesebb társadalmi környezet állapota, illetve történései, folyamatai is mind befolyásoló erővel, hatással bírnak. Lényeges tehát az egészség holisztikus és multidiszciplináris volta: a testi, lelki, szellemi és társadalmi szempontok elválaszthatatlanok egymástól. (Gritz, 2006, p. 3)

A hajléktalanná vált emberek esetében számos eleme sérül ennek a rendszernek, és önmagában is az egészséget jelentős mértékben veszélyeztető tényezővé válik. Egy ilyen folyamatban teljességgel érthető, ha a hajléktalanlétbe került/kényszerült emberek fizikai és mentális egészsége megromlik, illetve az egészséget veszélyeztető kockázati magatartások megszorodnak.

Az egészség értéként való tudatosítása a hajléktan emberek esetében különösen fontos tehát, hiszen megfelelő egészségi állapotuk megtartására, megőrzésére, javítására irányuló felelős magatartásuk a társadalomba való visszailleszkedésük záloga (lehet). Amennyiben értéként és erőforrásként tekintenek saját egészségükre, az egészségtudatosság, az egészséget megőrző, megtartó életmód is könnyebben érhető el peremre szorult létük során.

Egészségi állapotukra vonatkozó gondolataik, szubjektív érzületeik (egészségképük), illetve az egészségük rombolására vagy megtartására, javítására irányuló motivációik, magatartásuk megismerése hozzásegítheti ahhoz a szakembereket, hogy hatékonyabban tudják segíteni a perifériára szorult emberek társadalmi visszailleszkedését, sikeres munkaerő-piaci és lakhatási integrációjának megalapozását azáltal, hogy célzottabban, személyre szabottan tudják meghatározni, milyen egészségtámogató beavatkozásokra van szükség.

A kutatás eredményei

A minta alapjellemezői

A kutatás egészségképre, kockázati és egészségmagatartásra vonatkozó legfontosabb eredményeinek és megállapításainak bemutatása előtt szükségesnek tartjuk a kérdőívet kitöltők szocio-demográfiai jellemzőire vonatkozó alapinformációk ismertetését.

A megkérdezettekre jellemző

- a férfi dominancia – a kérdőívet kitöltők többsége férfi (78%)
- a középkorosztályi jelleg – a két legnagyobb korcsoportot a negyvenes és az ötvenes korosztály jelenti (63%), az átlagéletkor 49 év

- az alacsony iskolai végzettség – 86%-uknak legfeljebb szakmunkás végzettsége van
- a párkapcsolati hiány – jellemző az egyedülálló vagy elvált státusz, mindössze 17%-uk él tartósabb párkapcsolatban
- a megélhetési problémák: a megélhetési bevételek jelentősen szóródnak, de többségüknek csak egy szűkebb alsó jövedelemsávon belül (0–100 000 forint); átlagosan nettó 25–30 ezer forintból gazdálkodnak egy hónapban
- meghatározó az időtényező: kétharmaduk első alkalommal hajléktalan, egyharmaduk viszont már többször (tipikusan 2-3 alkalommal) átélte ezt a létet; átlagosan 4,8 éve élnek hajléktalanként. (Csizmadia et al., 2013)

A minta alapjellemzőit az ismert alapsokasági paraméterekkel összevetve valószínűsíthető, hogy mintánk jól reprezentálja a teljes győri hajléktalan populációt.

A megkérdezettek szubjektív egészségképe, egészségmagatartása

A kérdőívet kitöltő hajléktalanok valamivel több, mint fele (53%) egészségi állapotát a mért hatos skálán pozitívnak minősítette, ugyanakkor a megkérdezettek tizede jelezte azt, hogy egészségi állapota nagyon rossz, kritikus, további egyharmaduk is inkább negatívan értékeli egészségét. A nagyon rossz/kritikus egészségi állapotúak döntő többsége az 50 évnél idősebbek, illetve a hajléktalanszállón élő válaszadóink közül kerültek ki. A nők rosszabb egészségi állapotban vannak, mint a férfiak, valamint az is elmondható, hogy a kevesebb, mint egy éve hajléktalanok érzékelhetően jobbnak minősítik egészségi állapotukat, mint a több éve, akár csak 1–2 éve hajléktalanlétben élő társaik.

A szubjektív egészségkép összhangban van a betegségteherrel (szignifikáns, közepes kapcsolat mutatható ki), összességében elmondható, hogy a megkérdezettek többsége (61%-a) egy vagy több betegséggel, egészségproblémával küzd, melyek döntően a hajléktalanná válás után alakultak ki. Az érintettek kétötöde, az összes megkérdezett negyede halmozottan terhelt egészséggel kapcsolatos problémákkal, súlyos betegségterhet 'cipel', melyek egy része olyan, amely lehetetlenné teszi pl. a munka világába való visszavezetést, illetve mindenképpen megváltozott munkaképességüként való re-integrációjukat teszi csak lehetővé (pl. epilepszia, szívműtét, rokkantság, vakság, gerincsérv). A leggyakrabban említett betegségek (mozgásszervi panaszok [31%], keringési rendszer betegségei [28%]) tükrében viszont elmondható, hogy a betegségek jelentős része megfelelő életmóddal, illetve prevencióval – szűrővizsgálatok, rendszeres orvosi ellenőrzés – kivédhető, megelőzhető lenne.

Az érintettséget tekintve elmondható, hogy a nők jóval nagyobb hányada küzd egészségproblémákkal, betegségekkel, mint a férfiak, s az életkor is predesztináló tényező, valamint a hajléktalanságban eltöltött évek száma is emeli az egészségproblémákban való érintettséget. E triviálisnak tűnő megállapítás mellett azonban fontos annak a ténynek a kihangsúlyozása, hogy e téren a legmeghatározóbb különbséget a kevesebb, mint 1 éve hajléktalanok és a már legalább 1-2 éve hajléktalanságban élők között tapasztalhatjuk; alig néhány hónap hajléktalanságban eltöltött lét már elegendő idő ahhoz, hogy a mentális és/vagy fizikai állapot jelentős mértékben romoljon. Ez megerősíti a szakirodalomban, illetve a szakmai gyakorlatban széles körben elfogadott nézetet, hogy minél előbb, lehetőleg az első évben meg kellene történnie a visszailleszkedésnek, visszailestetésnek.

A szenvedélybetegségekben való érintettséget az alkoholfogyasztás, a drogfogyasztás, a dohányzás, valamint a szerencsejáték gyakoriságára és/vagy mennyiségére utaló

magatartásokat tartalmazó állításokkal indirekt módon próbáltuk mérni. A kábítószer-fogyasztás minimális mértékben van jelen a vizsgált populációnál, és alacsony arányt képvisel a szerencsejátékot/kártyajátékot űzők tábora is, a drogfogyasztás és a játékszenvedély kapcsán tehát kijelenthetjük, hogy mintánkban ezek nem képeznek függőségi tényezőket. Ugyanakkor nagyon magas a dohányzók aránya, a kérdőívet kitöltő hajléktalanok szinte fele láncdohányosnak tekinthető, ami jelentős egészségkárosító magatartást jelent.

A vizsgált körben leginkább jelenlévő függőségi tényező – a dohányzás mellett – az alkohol, a kérdőívet kitöltők 44%-ára részben vagy teljesen igaz, hogy nem múlik el úgy nap, hogy ne innának alkoholt, ami az egészségi állapot megőrzése, javítása szempontjából jelentős kockázati magatartást jelent. 12% azoknak az aránya, akik oly mértékben rabjai az italnak, hogy gyakorlatilag minden pénzüket italra költik, étel helyett is inkább azt vásárolnak. A válaszok alapján arra következtethetünk, hogy a megkérdezetteknek összességében minimum ötöde biztosan szenvedélybeteg, ők azok, akik rendszeresen, hetente többször, akár naponta lerészegednek, alkohol miatt bódult állapotba kerülnek. Az alkoholtól való ily mértékű függőség komoly gátját jelenti a visszailleszkedésnek.

Az alkoholfogyasztás motivációinak megértéséhez megpróbáltuk feltárni annak legfőbb okait. A válaszok egyrészt azt tükrözik, hogy mintegy túlélési stratégia részeként működik, az alkohol hatása alatt átmenetileg elfelejtik helyzetüket, problémáikat, másrészt feszültségoldóként funkcionál (ellazít, megnyugtat), amely szintén az elviselhetetlennek látszót teszi elviselhetővé. Megfontolandó azonban, hogy az ivás ilyen típusú indoklásai gyakran nem annyira magyarázatok, mint inkább az ivásproblémát elhárító mechanizmusként működő racionalizációk. A fentiekben túlmenően van közösségi dimenziója is az ivásnak, hiszen a válaszok között hasonló mértékben jelenik meg okként a másokkal való közös időtöltés, a sorstársakkal való együttlét.

A fájdalomteher, az önellátás, a munkavégzés, a társas kapcsolatok, valamint az önérvényesítés dimenziójában próbáltuk mérni azt, hogy az egészségproblémák és/vagy az alkoholfüggőség hogyan befolyásolják a mindennapi életet, mennyire jelentenek akadályozottságot, korlátozottságot. Legkevesbé az önellátásra, leginkább a társas kapcsolatok alakulására nyomja rá bélyegét a megromlott egészségi állapot/szenvedélybetegség. Eredményeink azt mutatják, hogy a hajléktalanlétben élők kb. ötöde komoly korlátozottsággal küzd mindennapi tevékenységeit illetően, s korlátozottságai kumulálódnak, érintik a munkavégzést, a társas kapcsolatokat, a hivatalos ügyek intézését, sőt 8% esetében az önellátást is. Esetükben a re-integráció sikeressége mindenképpen kétséges, nagyon komoly fejlesztő munkát igényel.

Az egészséggel kapcsolatos magatartás mélyebb feltárása érdekében kíváncsiak voltunk arra, hogy mitől várnák egészségi állapotuk javulását, illetve mit tesznek ők maguk egészségük megőrzése, javítása érdekében, hiszen a szenvedélybetegségekben való érintettséget feltáró kérdésünk eredményei azt mutatták, hogy a hajléktalanok jelentős részére mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás esetében kockázati magatartás a jellemző.

Egészségi állapotuk javulásának feltételét válaszadóink alapvetően nem saját magatartásukban, hanem a következő három dologban látják:

- megfelelő lakhatáshoz jutás
- munkaerő-piaci jelenlét – állandó jövedelmet biztosító munkához jutás
- családi kapcsolatok javulása.

Válaszadóink 10% feletti, illetve akörüli hányada említette a kockázati magatartáson való változtatást – elsősorban a dohányzás csökkentését, valamint a megfelelő egészségügyi ellátáshoz, elsősorban a szükséges gyógyszerekhez/gyógykezelésekhez való hozzájutást.

Felmerül a kérdés, hogy vajon ténylegesen mit tesznek maguk a megkérdezettek egészségi állapotuk megőrzése/javítása érdekében? A válaszokból úgy tűnik, hogy többségükre nem igazán jellemző az egészségtudatosság – ezt mutatták az alkoholfogyasztási és dohányzási szokások is –, legjellemzőbb válasz (53% jelölte) az „igénybe veszem a hajléktalan ellátás nyújtotta lehetőségeket” (pl. lakhatás, étkezés, tisztálkodás), s többek számára ennyiben kimerül egészségük iránti felelősségük. Lényegesen alacsonyabb arányban vannak azok, akik a következőket említették: megpróbál a lehetőségekhez mérten egészségesen táplálkozni (34%), a szükséges gyógyszereket rendszeresen beszedi (31%), a szükséges gyógykezeléseket igénybe veszi (13%), rendszeresen jár orvoshoz (15%). Ezek mindenképpen alacsony arányok ahhoz képest, hogy a megkérdezettek többsége (61%) szenved valamilyen betegségtől, melyek jelentős részénél feltételezzük a rendszeres orvosi kontroll, illetve a gyógyszeresedés szükségességét.

A megkérdezetteknek ugyanakkor van egy kisebb hányada, akik egészségük megőrzése, javítása érdekében egyáltalán nem fogyasztanak alkoholt (13%), nem dohányoznak (10%), illetve, akik kockázati magatartásukon javítottak (akár kényszer hatására, pl. nem tudják megvenni az italt/cigaretta) azáltal, hogy jelentősen csökkentették az elszívott cigaretta számát (19%), és/vagy kevesebb alkoholt fogyasztanak, mint korábban (11%). Azokból, akik nem kényszerűségből csökkentik dohányzásukat és/vagy alkoholfogyasztásukat, kirajzolódik azoknak a köre, akik között a perifériára sodródva is fellelhető az egészséghoz tudatosabban viszonyulók kicsinyke tábora.

Felmérésünk eredményei rávilágítanak arra, hogy a társadalomba való visszaintegrálás során nagyon fontos feladat hárul az egészség erőforrásként való tudatosítására, az egészség megtartására irányuló motivációk erősítésére, amibe beletartozik a kockázati magatartások, egészségkárosító viselkedésmódok visszaszorítása csakúgy, mint megfelelő megküzdési stratégiák, feszültségoldó technikák megismertetése, elsajátíttatása, továbbá az orvosi ellátás/rendszeres orvosi ellenőrzés, a szükséges gyógykezelések igénybevétele, szűrővizsgálatokon való részvétel fontosságának tudatosítása is.

Irodalom

- Csizmadia, Z., Kóbor, K., Nárai, M. & Peisser-Puli, E. (2013). *Hajléktalan emberek szükségleteinek felmérése Győrben. Kutatási jelentés*. Győr: Széchenyi István Egyetem.
- A DETERMINE története (2010). *Az egészség-méltányosságot elősegítő kezdeményezések az Európai Unióban*. A DETERMINE Konzorcium zárójelentése.
- Az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése (2010). *Egészségfejlesztési módszertani füzetek*. Budapest: Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- Gritz, A. (2006). Az egészségfejlesztés kompetenciái a 21. században (pp. 1-15). In: Gritz, A. & Sipos K. (szerk.). *Egészségfejlesztés szöveggyűjtemény*. Budapest: Semmelweis Egyetem. <http://tf.hu/wp-content/uploads/2009/07/epsz07.pdf>
- Vitrai, J. & Mihalicza, P. (2006). Egészségi állapot (pp. 138-150). In: Kolosi, T., Tóth, I. Gy. & Vukovich, Gy. (szerk.). *Társadalmi riport 2006*. Budapest: TÁRKI.
- Vitrai, J. & Vokó, Z. (2002). Egy korszerű szemléleten alapuló egészségmodell. *Családorvosi Fórum* 10: 39-41.