

SOCIJALNA MARGINALIZACIJA I ZDRAVLJE

Čedomir Šagrić*, Olivera Radulović**, Marjana Bogdanović*** i Roberta Marković*

Dvadeseti vek karakteriše poseban napredak na polju zdravlja. Politika WHO EQUITY IN HEALTH ima za cilj da obezbedi jednaku dostupnost i jednako visok kvalitet zdravstvene zaštite za sve stanovnike. U većoj ili manjoj meri neke populacione grupe ostaju van mnogih društvenih sistema, čak i van sistema zdravstvene zaštite u stanju socijalne marginalizovanosti. Fenomen socijalne marginalizacije karakteriše se dinamikom. Marginalizovane osobe imaju malu kontrolu nad svojim životima i nad dostupnim resursima. Socijalna marginalizacija predstavlja udar na zdravlje i pogoršava zdravstveni status. Nizak socio-ekonomski nivo pojedinaca ili grupa utiče drastično i na njihov zdravstveni status, te siromaštvo i bolest deluju združeno. Karakteristične marginalizovane grupe predstavljaju: Romi, oboleli od AIDS-a, osuđenici u zatvorima, osobe sa teškoćama u razvoju, osobe sa poremećajima mentalnog zdravlja, izbeglice, homoseksualci, maloletni delikventi, prostitutke, narkomani, beskućnici... Postoji zajednička odgovornost zajednice, ali i individua koje su marginalizovane, za rešavanje problema. Zdravstveni i drugi problemi ovih ljudi mogu se rešiti samo multisektorskim pristupom kroz dobro osmišljene programe. *Acta Medica Medianae* 2007;46(2):49-52.

Ključne reči: socijalna marginalizacija, marginalizovane grupe, zdravlje

Institut za javno zdravlje u Nišu*
Medicinski fakultet u Nišu**
Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata u Nišu***

Kontakt: Čedomir Šagrić
Institut za javno zdravlje
Bulevar dr Zorana Đinđića 50
18000 Niš, Srbija
Tel.: 064 /220 34 87; 062 246 036
E-mail: scipion10af@yahoo.com

Dvadeseti vek je većini zemalja, bilo sa demokratskim ili drugim poretom, doneo boljitak u raznim aspektima života (ekonomije, kulture, ljudskih prava) i uglavnom za sve članove društva. Poseban napredak dostignut je na polju zdravlja. Poslednjih trideset godina dvadesetog veka karakterisale su reforme i unapređenje zdravstvenih sistema (1) kako bi se omogućila jednaka dostupnost i jednak visok kvalitet zdravstvene zaštite za sve stanovnike. Politika Svetske Zdravstvene Organizacije EQUITY IN HEALTH (2) upravo je osnova za sprovođenje Strategija „Zdravlje za sve do 2000. godine“ i „Zdravlje za sve u 21. veku“. Pravo na jednakost, kao osnovni princip zdravstvene zaštite istakao je još genijalni A. Štampar, „potrebno je stvoriti jednake prilike, treba da idemo za tim, da kod svakog pojedinca stvorimo uslove života i rada, po kojima bi svaki ostao zdrav, srećan i zadovoljan.“

Ustavi demokratskih zemalja garantuju jednakost za svoje građane u smislu ostvarivanja svih njihovih prava pa i prava na zdravstvenu zaštitu. U Republici Srbiji su ova prava regulisana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (3). Međutim, u većoj ili manjoj meri,

neke društvene grupe ostale su van mnogih društvenih sistema bilo da se radi o političkim, socijalnim, obrazovnim, kulturnim ili čak van sistema zdravstvene zaštite. Razlozi za izolovanost i marginalizaciju tih grupa, kako spoljni tako i unutrašnji, uvek su međusobno zavisni te postoji „začarani krug“ iz koga se teško izlazi.

Socijalna marginalizacija predstavlja višeslojan pojam. Peter Leonard definiše socijalnu marginalizaciju kao: „being outside the mainstream of productive activity and/or social reproductive activity“ (4).

Čitava društva mogu biti marginalizovana na globalnom nivou, dok društvene klase i grupe mogu biti marginalizovane od dominirajuće socijalne hijerarhije sa njenim pisanim i nepisanim zakonima (moral i društveno prihvatljive vrednosti). Slično, neke etničke grupe (Romi), porodice ili individue mogu biti izopštene socijalno u svojoj lokalnoj sredini (4).

Fenomen socijalne marginalizacije karakteriše se dinamikom tj. mogućnošću da sa promenom socijalnog statusa individua ili grupa (npr. radnici koji ostaju bez posla, osobe sa stečenom invalidnošću, izbeglice...) mogu dospeti u stanje marginalizovanosti (5).

Pored grupe „dobrovoljno“ marginalizovanih osoba (osoba koje se odlučuju za nomadski život putujući po svetu bez stalnog boravka, članovi raznih religioznih sekti, putujući umetnici...) mnogo veći problem predstavlja grupa „prinudno“ marginalizovanih ljudi. Prinudno marginalizovan se postaje rođenjem (ako se radi o etničkoj diskvalifikaciji kao što je slučaj sa Romima u našoj sredini, ako se radi o nekom urođenom

hendikepu, seksualna različitost ili ako se radi o društvenom sloju koga karakteriše teži oblik siromaštva ili je pak uslovljen ženskim polom) ili se to može postati tokom života (sticanjem nekog oblika hendikepa, izbeglištvo, narkomanija, HIV infekcijom, prostitucija, nezaposleni, zatvorenici, stara lica, homoseksualci) (4).

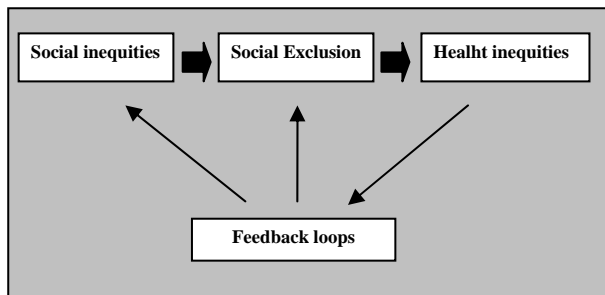
Marginalizovane osobe imaju malu kontrolu nad svojim životima i nad dostupnim resursima. Njihova mogućnost da društveno doprinose može biti ograničena i zato te osobe mogu da razviju nisko samopouzdanje i samopoštovanje. Posledično se razvijaju psihičke tegobe. Rodivši se i živeći u takvom okruženju često takve osobe nemaju motiv za bitnije menjanje svog stanja u bilo kom smislu (6).

Zavisnost od drugih (npr. socijalnih institucija ili drugih ljudi) samo doprinosi njihovoj dubljoj izolaciji.

Ovi ljudi najčešće imaju slab pristup društvenim resursima kao i društvenim sistemima kakvi su školstvo i zdravstvo.

Naročito u urbanim sredinama, koje su raznovrsne etnički, kulturno i ekonomski, primetna je marginalizacija u odnosu na dominantnu grupu građana bilo po ekonomskoj bilo po kulturnoj osnovi (7).

Socijalna marginalizacija predstavlja udar na zdravlje i pogoršava zdravstveni status. Uticaj socijalne izolovanosti na zdravstvenu nejednakost je višesmerana i među njima postoji uzajamno zavistan odnos (jedna drugu pojačavaju (Slika 1)) (4).



Slika 1

Socijalna marginalizacija nesumnjivo može da da posledice po ljudsko zdravlje, posebno ako inicira negativno ljudsko ponašanje kao što je traženje oslonca u korišćenju raznih PAS (pušenje, alkoholizam, narkomanija...) (8).

Siromaštvo je jedan od osnovnih razloga ali jedna od osnovnih posledica marginalizacije (9).

Nizak socio-ekonomski nivo pojedinaca ili grupa utiče drastično i na njihov zdravstveni status, te siromaštvo i bolest deluju združeno: »Mnogi ljudi su bolesni, jer su siromašni, oni postaju siromašniji jer su bolesni, a bolesniji su jer su siromašniji» (C. E. Winslow). Kod marginalizovanih, a najčešće su to siromašni, odnos prema zdravlju je najčešće posledica niskog kulturno-obrazovnog nivoa. Usled svakodnevne borbe za preživljavanjem ovi ljudi ne mogu sebi dopustiti „luksuz“ da se brižno odnose prema svom zdravlju, da ga čuvaju i pravovremeno i

adekvatno reaguju na rane simptome bolesti. Otežana im je socijalna komunikacija, te u slučaju bolesti ne znaju kome da se obrate za pomoć, u zdravstvenim ustanovama sreću se sa procedurama koje su im nerazumljive, te razvijaju averziju prema traženju zdravstvenih usluga (10).

Siromaštvo je jedan od osnovnih razloga ali jedna od osnovnih posledica marginalizacije (9) tj. čini gotovo nezaobilaznu karakteristiku svih tipova marginalizovanih populacionih grupa: Romi, oboleli od AIDS-a, osuđenici u zatvorima, osobe sa teškoćama u razvoju, osobe sa poremećajima mentalnog zdravlja, izbeglice, homoseksualci, maloletni delikventi, prostitutke, narkomani, beskućnici...

Romi

Po svim socio ekonomskim, obrazovnim ali i zdravstvenim indikatorima (siromaštvo, nezaposlenost, neobrazovanost, bolesti i invalidnosti, socijalna patologija...), Romi su marginalizovna društvena grupa. Svega nešto više od 3% radno sposobnih Roma muškog pola zaposleno je u državnim preduzećima, dok kod žena taj procenat iznosi negde oko 1.5.

Obrazovna struktura izrazito je nepovoljna, samo 9% Roma ima završenu osnovnu školu, oko 65% živi u jako nepovoljnim stambenim uslovima. Među Romima uzrasta od 15 do 19 godina, nepismenih je 16%, dok 60% nije završilo osnovnu školu.

Zbog svih navedenih razloga jasno je zašto su u našoj sredini Romi društveno pasivna populacija čiji su članovi najčešći korisnici socijalne zaštite (11).

Odnos Roma prema zdravlju i korišćenju zdravstvenih usluga ima sve karakteristike koje važe i za napred navedene ekstremno siromašne društvene slojeve. U korišćenju zdravstvene službe jedna od barijera je i nepoznavanje jezika. Poseban problem ove grupe je i neadekvatan odnos prema zdravlju najmlađih članova zajednice te se sreću: porođaji van zdravstvene ustanove, neodazivanje na redovne vakcinacije, nadriekarstvo itd (11).

Strategijom Republike Srbije za smanjenje siromaštva posebno su obuhvaćeni Romi i podrazumeva ispitivanje zdravstvenog stanja Roma, doradu postojeće zakonske regulative radi boljeg uključivanja Roma u zdravstveni sistem, kao i poboljšanje zdravstvene situacije za celu romsku populaciju (12).

Hendikepirani (slabovide, slepe, nagluve, gluve osobe, nepokretne osobe, distrofičari...)

Hendikep je po definiciji nemogućnost da se ispunjava normalna društvena uloga što nastaje zbog nedostatka ili nesposobnosti i ograničava osobu ili je sprečava u tome (13).

Hendikepirani i njihove porodice su uvek u stanju hronične neizvesnosti, ekonomske, edukativne, fizičke i socijalne izolovanosti i predmet predrasuda u očima drugih osoba (14).

Mladi sa hendikepom su posebno ugroženi. Većina njih nije uopšte registrovana zbog straha od stigmatizacije čitave porodice i često žive bez posebne brige, zdravstvene nege i podrške koja im je potrebna. Ustanove u koje su smešteni mladi sa posebnim potrebama nisu adekvatno opremljene i imaju manjak osoblja.

Zatvorenici

Zatvor predstavlja izolaciju od društva ali često i izolaciju unutar zatvora. Osuđenici su zaboravljeni ljudi. Osuđenici preteći opasnost od gubitka prijatelja, položaja, dotadašnje socijalne mreže, porodičnih veza, što zajedno sa konstantnom brigom za svoju sigurnost i nizak mentalni stimulans bitno utiču na mentalno zdravlje. Sve navedeno, kroz efekat "snežne grudve", tj. kumulacije navedenih problema, može dovesti do pojave ozbiljnih psihičkih poremećaja a najčešće depresije, apatije, anksioznosti... (15,16).

Mentalno zdravlje zatvorenika je povezano sa činjenicom da su stope samoubistava šest puta veće nego u opštoj populaciji (17).

Često je javnost potpuno nezainteresovana za pružanje adekvatne zdravstvene nege optuženima ili osuđenima za dela protiv zajednice, naročito se odnosi na siromašne zemlje (zemlje u tranziciji), gde su nacionalni resursi ograničeni (18).

Najčešći zdravstveni problemi ove populacije su:

- problemi vezani za mentalno zdravlje,
- korišćenje PAS i
- infektivne bolesti (19).

Postoji nesrazmera između zdr. potreba osuđenika sa jedne strane i sposobnosti zdravstvene zatvorske službe da tim potrebama izađe u susret.

Čak i u razvijenim zemljama srećemo se sa situacijom neadekvatnog zdr. tretmana osuđenika, odnosno tretmana koji se bitno razlikuje od zdr. usluga koje dobija ostalo stanovništvo.

Pošto su zatvorski lekari i drugi zdr. radnici deo represivnog sistema ne postoji poverenje osuđenika prema njima.¹⁵

Oboleli od AIDS-a

Tokom ljudske istorije mnoge bolesti su bile predmet stigmatizacije. Bolesni od teških (zaraznih) bolesti su bili izopšteni iz društva. U 20. veku čovečanstvo se ponovo susrelo sa problemom izrazite stigmatizacije i marginalizacije i to u slučaju inficiranih i obolelih od AIDS-a.

AIDS nije samo biološki već i socijalni fenomen.

Postoji vrlo negativan stav u široj populaciji prema inficiranim i obolelima od AIDS. Posebno ako se radi o istopolno orijentisanim osobama.

Često se osuđuju zbog njihove bolesti. Na njihovu bolest se gleda kao na kaznu zbog "nemoralnog života" (vanbračni život ili seks sa osobama istog pola...) ili rizičnog ponašanja kao što je korišćenje PAS* i kontakt sa već obolelim osobama.

Marginalizacija i stigmatizacija HIV pozitivnih, generalno gledano, inficirane „primoravaju“ da skrivaju svoj HIV status (čak i pred zdravstvenim radnicima) zbog mogućih posledica, što dovodi do kašnjenja sa lečenjem, širenja infekcije i rađanja inficirane dece.

Dosadašnja istraživanja su pokazala da mnogi oboleli ili inficirani zbog socijalne marginalizacije i žigosanja od strane sredine bivaju odvraceni od kontinuirane terapije što naravno ima nepovoljne reperkusije po njihovo ali i zdravlje drugih ljudi (20).

Zaključak

Sve ove marginalizovane grupe, uključujući i prostitutke, izbegla lica, beskućnike, nezaposlene, stara lica sa svojim različitim kulturološkim, obrazovnim, socijalno-psihološkim i drugim determinantama izostaju iz glavnih društvenih struja. Te razlike u odnosu na dominantne društvene tokove direktno uslovljavaju rizike kojima su izloženi više nego većinska populacija, njihovo doživljavanje i procenu vrednosti zdravlja, mogućnost prepoznavanja bolesti i adekvatno reagovanje na njih, informisanost i mogućnosti za lečenje kao i mogućnost korišćenja zdravstvene službe ravnopravno sa ostalim stanovništvom.

Postoji zajednička odgovornost zajednice ali i individua koje su u stanju marginalizovanosti: individue moraju same da "zgrabe" svaku mogućnost za boljitak koja stoji na raspolaganju, dok zajednica mora da obezbedi odgovarajuće suportivno okruženje za to (21).

U sklopu reformi zdravstvenog sistema i usvajanja postulata „novog javnog zdravlja“ u našoj zemlji bi trebalo, radi opšteg interesa društva, raditi na prevazilaženju problema socijalno marginalizovanih grupa. Budući da su problemi ovih ljudi, zdravstveni, ekonomski, obrazovni, politički, međusobno povezani, jasno je da se postojeći problemi mogu rešiti samo multi-sektorskim pristupom kroz dobro osmišljene programe (dobar primer je Program za smanjenje siromaštva u Srbiji), podrške i reintegracije u društvo. Zadatak zdravstvene službe na tom polju bio bi da se prepoznaju i sagledaju ove grupe, da se istraže njihove prave potrebe i da zdravstvena služba aktivno ponudi i prilagodi svoje usluge tim grupama i pojedincima.

*PAS-Psihoaktivne supstance.

Literatura

1. Alma-Ata1978: primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, WHO, 1978.
2. Health for all targets. The health policy for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (European Health for All Series, No. 4).
3. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Službeni glasnik Republike Srbije br. 107/2005
4. Kagan C, Burns D, Burton M, Crespo I, Evans R, Knowles K, et al. Working with People who are marginalized by the social system: challenges for community psychological work. dostupno na: <http://www.homepages.poptel.org.uk/mark.burton/margibarc.pdf>
5. Eldering L, Knorth EJ. Marginalisation of immigrant youth and risk factors in their everyday lives: the European experience. Child and Youth Care Forum 1998; 27 (3): 153-69.
6. Burton M, Kagan C. Marginalization. Community Psychology: In pursuit of wellness and liberation. MacMillan/Palgrave, London, 2003. dostupno na: <http://www.homepages.poptel.org.uk/mark.burton/Chapter13all.PDF6wiversityoftheScien>
7. The urban social environment and health, World Resources Institute, United Nations Environment Programme, United Nations Development Programme, and the World Bank. dostupno na: http://www.population.wri.org/pubs_content.cfm?PubID=2872
8. Vulnerable groups. dostupno na: <http://www.who.int/entity/trade/glossary/story093/en/>
9. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. Bull World Health Organ vol.81 no.7 Geneva 2003. dostupno na: <http://www.scielosp.org/scielo.php>
10. Popović B, Škrbić M. Stanovništvo i zdravlje. Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu: 1987.
11. Projekat „Romski centar Grada Niša“, Obrazloženje projekta. Centar za socijalni rad „Sveti Sava“ Niš.
12. Strategija za smanjenje siromaštva. Vlada Republike Srbije. dostupno na: <http://www.prsp.sr.gov.yu/index.jsp>
13. Cucić V, Simić S, Bjegović V, Živković M, Vuković D, Doknić-Stefanović D, i sar. Ananijević-Pandej J. Socijalna medicina. Beograd: Savremena administracija; 2000.
14. Timotić B, Janjić M, Bašić S, Jović S, Milić Č. Socijalna Medicina, Beograd; 2000.
15. Stambolović V, Vuković D, Marinković J, Terzić Z, Šantrić-Milićević. Zatvor i zdravlje, Beograd; 2005.
16. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. BMJ 2003, 327 (7413) : 480.
17. Gunn J, Moden A, Switon M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. BMJ 1991; 303: 338-41.
18. Zahorka M. Quite and unhealthy environment, Bulletin von Medicus Mundi Schweiz, Nr. 88, April 2003.
19. Watson R, Stimpson A, Hostic T. Health care and Change Menagement in the Context of Prisoners, The Universiti of Hool, Holl, 2002.
20. Stigma & Discrimination. Live and Let Live. Global Campaign 2002-2003. WHO, 2003.
21. Chauvin P. Prevention and Health Promotion for the Excluded and the Destitute in Europe. Europromed Working Group. IOS Press, 2002.

SOCIAL MARGINALIZATION AND HEALTH

Cedomir Sagric, Olivera Radulovic, Marjana Bogdanovic and Roberta Markovic

The 20th century was characterized by special improvement in health. The aim of WHO's policy EQUITY IN HEALTH is to enable equal accessibility and equal high quality of health care for all citizens. More or less some social groups have stayed out of many social systems even out of health care system in the condition of social marginalization. Phenomenon of social marginalization is characterized by dynamics. Marginalized persons have lack of control over their life and available resources. Social marginalization stands for a stroke on health and makes the health status worse. Low socio-economic level dramatically influences people's health status, therefore, poverty and illness work together. Characteristic marginalized groups are: Roma people, people with AIDS, prisoners, persons with development disorders, persons with mental health disorders, refugees, homosexual people, delinquents, prostitutes, drug consumers, homeless...There is a mutual responsibility of community and marginalized individuals in trying to resolve the problem. Health and other problems could be solved only by multisector approach to well-designed programs. *Acta Medica Medianae 2007;46(2):49-52.*

Key words: social marginalisation, marginalized groups, health