

BABUSIK FERENC–DR. PAPP GÉZA

A cigányság egészségi állapota

Szociális, gazdasági és egészségügyi helyzet
Borsod-Abaúj-Zemplén megyében

A roma népesség egészségi állapotának, betegségi arányainak értelmezése elképzelhetetlen a szociális, gazdasági és lakóhelyi összefüggések feltárása nélkül. Ezt a logikát követve a tanulmány első része a lényeges háttérösszefüggéseket tárgyalja, és ezt követi az egészségügyi kutatás eredményeinek ismertetése.

A megye roma népessége egészségügyi helyzetének vizsgálatát¹ több szempont együttesen indokolta. Egyrészt meglehetősen közismert, de adatszinten úgyszólván ismeretlen tény a roma és a nem roma társadalom demográfiai szerkezetének eltérése, illetve ismeretlenek az ebből fakadó következmények. A roma népesség a demográfiai fejlődés más szakaszában van, mint a nem roma többség. Az első demográfiai átmenet elmélete szerint a roma népesség még az ún. átmeneti fázis jegyeit mutatja. Fialat a korösszetétele, magas a termékenysége, viszonylag magas a halandósága.² *A roma népesség várható élettartama átlagosan tíz évvel rövidebb, mint a nem roma népességé.*

Az ún. demográfiai átmenet fázisában tartó roma népesség várható élettartama, korösszetétele, illetve az egy főre jutó élve születések száma (termékenysége) összefüggő rendszert alkot. A gazdaság és a család egymásra hatását elemző részben taglaljuk, hogy a többségi társadalomhoz képest relatíve magas átlagos gyermekszámot nem lehet gazdasági érdekekkel magyarázni, ugyanakkor a demográfiai megközelítés valid magyarázóelvet nyújt, ugyanis a fiatal korösszetétel, a várható rövid élettartam és a magasabb gyermekszám függ össze; amennyiben (egy lehetséges demográfiai forgatókönyv szerint) növekedne a roma népesség várható élettartama, úgy várhatóan csökkenne a termékenységi ráta is (tehát a roma alrendszer korösszetétele közeledne a teljes társadalom korösszetételéhez).

1 A kutatás egy, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Területfejlesztési Tanács által kezdeményezett, a megye roma népessége felzárkóztatási programját előkészítő projekt keretében zajlott 2002 tavaszán. A kutatást a Delpho Consulting végezte el Babusik Ferenc vezetésével, a teljes projektmunkálat feleős vezetője a Hitessy, Hollai és Bartucz tanácsadó cég volt.

2 Lásd Hablicsek László: A roma népesség demográfiai jellemzői, kísérleti előszámítás 2050-ig. KSH Népeségtudományi Intézet, 1999.

A roma népesség rövidebb átlagos élettartama (ezen belül az idősebb korosztályoknak a többségi társadalomhoz képest való alacsonyabb aránya) közvetlen függvénye a romák egészségügyi mutatóinak.

Másrészt Magyarországon a vizsgálat időpontjáig – szórványos illetve egyes kisközösségekre vonatkozó egyedi kutatásoktól eltekintve³ – nem készült átfogó és részletes kutatás a roma népesség egészségügyi helyzetét illetően. Mindeztidáig nem készült olyan vizsgálat, amely kidolgozta volna a roma népesség egészségügyi helyzete feltárására vonatkozó módszertant, illetve eszközrendszert. A jelen megyei egészségügyi kutatás ennyiben tehát nemcsak tartalmát tekintve, de módszertanilag is úttörő kísérletnek tekinthető.

A roma népesség egészségi állapotának, betegségi arányainak értelmezése elképzelhetetlen a szociális, gazdasági és lakóhelyi összefüggések feltárása nélkül. Ezt a logikát követve a tanulmány első része a lényeges háttérösszefüggéseket tárgyalja, és ezt követi az egészségügyi kutatás eredményeinek ismertetése. A teljes kutatás tartalmazott egy, a megye házi orvosainak reprezentatív mintáján lefolytatott véleményvizsgálatot is, ennek eredményeit azonban, elsősorban területi okokból itt nem közöljük⁴.

A munka előkészítése során a célokat, valamint a rendelkezésre álló pénzügyi keretet figyelembe véve egy olyan korcsportos réteget választottunk ki, amely számára a képzés nem túl távoli emlék, egyúttal koránál fogva a következő öt-tíz évben a munkaerőpiac roma szegmensének magvát alkot(hat)ja. Választásunk így a 19 és 34 év közöttiekre, a fiatal felnőttekre esett.

Az összes szempont figyelembe vételével háztartás-alapú felvétel mellett döntöttünk; a megkérdezettek beszámoltak saját maguk, valamint a közös háztartásban élő fontosabb személyek adatairól.

A minta 1500 háztartásból állt. Ez a méret, figyelembe véve az egy háztartásban élők átlagos számát is, közel 6 százalékos szinten reprezentálja a megye roma háztartásait. A mintavétel alapjául a megye egyes települései roma népességszámára vonatkozó becslés⁵ szolgált.

A mintavétel módszerül a kétlépcsős, aránytalan eljárást alkalmaztuk. Az első lépcsőben választottuk ki azokat a településeket, amelyek mintavételi pontként szolgáltak. A második lépcső során alakítottuk azokat a keretszámokat, amelyek az egyes kistérségek roma

³ A néhány kismintás, parciális kutatás eredményét a Világbank bulletinje foglalta össze. (Puporka Lajos–Zádori Zsolt: A magyarországi romák egészségi állapota. NGO tanulmányok, 2. szám. Világbank Magyarországi Regionális Képviselő. 1999.)

⁴ A teljes kutatási dokumentum letölthető a Delphoi Consulting honlapjáról: <http://www.delphoi.hu>

⁵ A Kertesi–Kézdi féle 1993. évi cigány népességre vonatkozó becslések (Kertesi Gábor – Kézdi Gábor: A cigány népesség Magyarországon (dokumentáció és adattár), Socio-typo, Bp., 1998) 2001-re vonatkozó extrapolációját (Háblíček László: A roma népesség demográfiai jellemzői, kísérleti előreszámítás 2050-ig. KSH Népeségtudományi Intézet, 1999. alapján) összevetettük a kisebbségi önkormányzatok, valamint az egyes települési önkormányzatok oktatási osztályainak adataival. (Az adatokat a Megbízó projektkoordinációja mellett az egyes kistérségek megbízottjai vették fel.) A három adatsorból matematikai módszerrel alakítottuk ki a települési mintákat.

lakosságszámánál aránytalanná tették a mintát: a kisebb lélekszámú kistérségeket valós arányuknál nagyobb mértékben, míg a nagyobbakat saját súlyánál kisebb mértékben vettük figyelembe. A kérdezőbiztosokkal folytatott adatfelvétel után a minta aránytalan jellegét, illetve a felvétel kisebb-nagyobb eltérését matematikai eljárással, ún. súlyozással állítottuk helyre, így a közölt adatok az életkori eloszlás, a nemek közötti arány, valamint az egyes kistérségek roma lélekszám-aránya szerint reprezentálják a 2001 év végén, BAZ megyében élő roma népesség 19 és 34 év közötti csoportját.

Mivel az empirikus adatfelvételt kérdezőbiztosok igénybevételével folytattuk, egyúttal nem állhattak rendelkezésre a cigányságra vonatkozó név- és lakcím adatok, ezért a következő módszert alkalmaztuk: A kistérségek, illetve a munkában részt vevő cigány kisebbségi önkormányzatok megbízottai, valamint a kérdezőbiztosok segítségével felmértük, hogy az egyes települések mely körzetében⁶ élnek jellemzően romák. A felvétel ezek után ún. „hólabda-módszerrel” zajlott, folyamatosan ügyelve a kiválasztott települési mintán belül az életkori és nemi arányok megtartására.

A statisztikai feldolgozás nyomán kapott adatok 95 százalékos megbízhatósági szinten érvényesek.

Lakóhelyi viszonyok

A roma népességre vonatkozó eddigi kutatások tapasztalatainkból ismert tény, hogy lakóhelyük urbanizációs foka és mérete, illetve az a kérdés, hogy szegregált körülmények között élnek-e a romák, alapvetően befolyásolja egyebek mellett a képzettség megszerzése valamint a gazdasági aktivitás fő mutatóit. Mielőtt tehát ez utóbbiak elemzésébe kezdenénk, célszerű elsőként a lakóhelyi viszonyok adatait áttekinteni.

A megye roma népességének valamivel több mint egyharmada él városokban, a fennmaradó kétharmad közel azonos arányban oszlik el közepes valamint kicsi és aprófalvas települések között⁷.

Több mint 70 százalék önálló házban él, 10 százalék körül élnek hagyományos városi épületben, a fennmaradó 13,1 százalék azonban lényegesen depriváltabb körülmények között. Természetesen a település mérete és az urbanizációs fok komoly befolyásoló tényező.

A városlakó romák 23,8 százaléka él hagyományos városi épületben, ugyanakkor a szükséglakásban tengődők zöme is a városlakók közül kerül ki (14,1%). Ezzel szemben a közepes, valamint a kis településeken élők elenyésző hányada él szükséglakásban.

⁶ Ez a községekben egyes utcákat, házakat jelent, míg Miskolcon, Ózdon, illetve a nagyobb településeken nagyobb körzeteket vagy utcacsoportokat, illetve telepeket.

⁷ A megbízhatóbb elemezhetőség okán a községekben élők számát két közel azonos méretű rétegbe sorolva, a kicsi valamint aprófalvas települések lélekszámhatárát az 1800 főnél állapítottuk meg.

Az eredetileg nem lakás céljára épült épületekben élő romák (noha számuk alacsony, közel 1 százalék) a községekben találhatóak.

A szükségépület valamint a „putri” ugyancsak jellemzőbb lakástípusa a városi romáknak (elsősorban a városok adott utcáira jellemző ez a kép), mint a községekben élőknek, az ilyen lakókörülmények között élő romák aránya ugyanis a városokban éppen kétszeres a községekben élőkhez képest (6,9–3,3%).

Összefoglalásul megállapítható, hogy a városokban élő romák relatíve rosszabb körülmények között laknak, mint a községbeliek, ez utóbbiakon belül viszont az aprófalvakban élők rendelkeznek nagyobb arányban önálló, hagyományos falusi házzal.

Minden, a romákra irányuló kutatásban lényeges kérdésnek tekintendő az, hogy milyen arányban élnek szegregált, illetve ezzel ellentétben, milyen arányban vegyes, azaz a lakóhely szempontjából asszimiláltabb körülmények között.

A megye roma népességének közel húsz százaléka él csak romák által lakott, ugyanakkor több mint tíz százalék egyúttal telepi, sokszor „gettószerű” környezetben. Ezzel szemben három százaléknál is kevesebben olyan környezetben, ahol nem él más roma család (ők jelentik a lakóhelyi szempontból leginkább asszimilálódottakat).

A lakóhely szegregáltsága szempontjából érdemes volt két fő kategóriát képezni: a szegregált lakókörülmények közt élők csoportját (egyharmad), valamint a nem szegregált körülmények között élőket (kétharmad).

Az összevont kategóriák elemzése előtt érdemes itt kiemelni, hogy a „gettósodás”, ha kis mértékben is, de a közepes méretű településekre jellemzőbb, mint a városokra, illetve a kistelepülésekre a kevésbé jellemző. Az egyéb településekhez viszonyítva a városokban élő romák élnek a legkevésbé szegregált körülmények között (26,2%). A közepes településeken élők ugyanakkor az átlagnál valamivel magasabb arányban (abszolút értékben pedig igen magas arányban) – majdnem negyven százalék körül élnek szegregáltan.

A szegregáltan élő romák egyúttal „természetesen” lényegesen magasabb arányban élnek deprivált körülmények között (azaz szükségépületben- vagy lakásban, illetve nem lakás céljára szolgáló épületben): összarányuk 21,6 százalék; a nem szegregált lakókörnyezetben élők esetében ez az arány mindössze 8,9 százalék.

A település urbanizációs fokától némileg függően ugyan, de a megye roma népességének igen komoly hányada – több mint egy harmada – él szegregáltan, ugyanakkor a lakás jellegét tekintve összesen 12,9 százalék él depriváltan (szükséglakásban, „putriban” vagy nem lakás céljára épült épületben). Hagyományos városi épületben (vagy

falusi házban), tehát nem deprivált körülmények között, *egyúttal nem szegregáltan* a roma népességnek mindössze 39 százaléka él.

Mindebből következően a továbbiakban a lakóhelyet – mint az egyéb kérdéseket befolyásoló fő tényezőt – vesszük figyelembe az iskolai végzettség és gazdasági aktivitás elemzések⁸.

Képzettség

A képzettség a legfontosabb indikátor arra nézve, hogy valaki milyen eséllyel rendelkezik a munkaerő-piacon. Mint ismeretes, a felsőfokú végzettségűek mellett az érettségivel vagy az ahhoz kötött szakmával rendelkezők azok, akik a legnagyobb eséllyel jutnak munkához, ugyanakkor a szakmunkás végzettségűek munkaerő-piaci esélyei általában is alacsonyak (különösen azokban a régiókban, amelyek munkanélküliségi rátája az országos arány felett van – és BAZ megye ezek közé tartozik). A pusztán általános iskolai végzettségűek vagy az azt be nem fejezettek munkaerő-piaci esélyei általában is roppant kétségesek, különösen igaz ez a megállapítás a roma népesség tagjaira.

Noha a gazdasági aktivitás és iskolai végzettség közötti összefüggéseket a későbbiekben taglaljuk, önmagában is igen lényeges kérdés a megye roma népessége iskolai végzettségének szerkezete. Vegyük figyelembe ugyanis, hogy a 19–34 éves korcsoportban élők azok, akiknek gyermekei a következő években végzik el az általános iskolát (vagy kezdik el azt). Ismert összefüggés, hogy minél alacsonyabb a roma szülő iskolai végzettsége, a gyermekeknek annál kisebb esélyük van elvégezni az általános iskolát, vagy középfokra bejutni. A vizsgált roma népesség iskolai végzettségi mutatói ebből a szempontból mutatnak igazán drámai képet.

Iskolai végzettség korcsoport és nem szerint (%)

	19–24 éves	25–34 éves	férfi	nő	összes
kevesebb mint 8 osztály	21,8	25,6	21,3	27,5	24,1
befejezett ált. isk.	57,5	55,2	55,7	56,2	56,1
befejezett gimnázium	1,2	0,9	0,3	1,7	1,0
befejezett szakmunkásképző	17,5	17,3	21,5	13,1	17,4
befejezett szakközépiskola	2,0	0,9	1,2	1,5	1,4
befejezett felsőfokú	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	100	100	100	100	100
<i>megoszlások</i>	38,8	61,2	50,0	50,0	

⁸ Az egészségügyi mutatók elemzése során ugyanakkor, adatokkal alátámasztva is célszerűnek mutatkozott a szegregáció és a lakás jellege kategóriáinak együttes kezelése, ugyanis az egészség/betegség egyes mutatóit a roma telepek egészségtelen körülményei éppúgy befolyásolják, mint a szükségállások hasonló mutatói. (Az összetett kategóriák szerint a népesség mindössze 39 százaléka él jobb körülmények között.)

TANULMÁNYOK

A 19–34 éves korú roma népesség közel negyede nem végezte el az általános iskolát (és be sem fogja fejezni, mint azt a későbbiekben látjuk).

Munkaerő-piaci szempontból komolyabb esélyt nyújtó érettségivel (vagy érettségihez kötött szakmával) mindössze 2,4 százalék rendelkezik, míg felsőfokú végzettségűt nem találtunk a vizsgált népességben.

Iskolai végzettség településtípus és szegregáció szerint (%)

	városok	telep 1800 főig	telep 1800 fő alatt	szegregált	nem szegregált
kevesebb, mint 8 osztály	17,4	28,8	30,0	32,7	20,8
befejezett ált. isk.	53,9	52,1	59,9	54,1	57,0
befejezett gimnázium	1,7	0,7	0,6	0,5	1,2
befejezett szakmunkásképző	25,0	17,0	9,0	11,7	19,4
befejezett szakközépiskola	2,0	1,5	0,4	1,0	1,6

A település mérete, urbanizációs foka, valamint a szegregáció komoly befolyásoló tényezője annak, hogy a romák nem fejezik be az általános iskolát. A városok és a községek között – a városok javára – közel tíz százalékos különbséget találunk ebből a szempontból. Ugyanakkor a település jellege annak nem döntő tényezője, hogy rendelkeznek-e általános iskolai *végzettséggel*: az általános iskola be nem fejezésén túli lényeges különbségek abban mutatkoznak meg, hogy elvégeznek-e valamilyen középiskolát, illetve milyen.

Míg a városokban élő romák negyede rendelkezik szakmunkás végzettséggel, addig az apró településeken élők mindössze 9 százaléka. Az érettségivel (vagy ahhoz kötött szakmával) rendelkező városlakó romák aránya 3,7 százalék, az aprófalvak lakói között ez az arány 1 százalék (a különbség tehát majdnem négyszeres ugyan, de ezek az arányok önmagukban elképesztően alacsonyak).

A szegregált lakóhelyi elhelyezkedés döntően ugyancsak az általános iskola el nem végzését, illetve a középfokú tanulmányok befejezését befolyásolja (és jelentősebb mértékben, mint az urbanizáltság foka): a szegregált körülmények között élők több mint harminc százaléka nem fejezte be az általános iskolát (és fordítva: alig végeztek középfokon).

Összefoglalásul tehát megállapítható, hogy azoknak a romáknak van nagyobb esélyük elvégezni az általános iskolát, illetve valamilyen középfokot, akik városokban élnek, egyúttal nem szegregált lakókörülmények között – míg a szegregáció, illetve az aprófalvas elhelyezkedés igen komoly hátráltató tényező.

(A következőkben az egyes képzettségi típusokat három fő kategóriába soroltuk, mert a munkaerő-piaci esély szempontjából a gimnáziumban valamint szakközépiskolában végzettek ugyan azonos ka-

tegóriát alkotnak, de mindkét tábor olyan alacsony arányú, hogy érdemes volt a szakmunkás végzettségűekkel összevonni őket.)

Gazdasági aktivitás

Gazdasági aktivitás – nem és életkor szerint (%)

	összesen	férfi	nő	19–24 éves	25–34 éves
alkalmazásban álló	15,6	22,5	8,4	13,7	16,3
vállalkozó	0,5	0,9	0,0	0,0	0,7
összes aktív	16,1	23,4	8,4	13,7	17,0
regisztrált munkanélküli	36,0	53,1	18,7	39,2	33,7
nem regisztrált munkanélküli	8,7	12,8	4,6	8,9	8,6
egyéb m. nélküli (gyes, gyet, htb.)	39,2	10,7	68,3	38,2	40,7
összes inaktív	83,9	76,6	91,6	86,3	83,0

A megye 19–34 éves korú roma népességének zöme inaktív. A gazdaságilag aktívak túlnyomó hányada alkalmazott, vállalkozót elvéve találunk köztük.

Az inaktívak zöme regisztrált munkanélküli, vagy a háztartás „belső munkaerő-piacán” helyezkedett el, a nem regisztrált munkanélküliek aránya viszonylag alacsony. A regisztráltak között találhatunk szép számmal olyanokat is, akik közvetlenül valamely iskolafokozat elvégzése után regisztráltatták magukat, ezt valószínűsíti, hogy a 19–34 éves korúak között az általános iskolát vagy középfokot végzetek együttes aránya 79,9 százalék.

Az aktivitás globális arányai azonban önmagukban semmitmondónak tűnhetnek, ha áttekintjük a nemi és az életkori különbségeket.

A férfiak közel háromszor nagyobb arányban aktívak, mint a nők, a nők inaktivitási aránya 91,6 százalék! Az inaktív férfiak elsősorban munkanélküliek, míg az inaktív nők elsősorban a háztartásban helyezkedtek el.

Az életkori csoporthoz tartozás kevésbé jelentős befolyásoló tényező; az idősebb korosztály tagjai mindössze 3,3 százalékkal magasabb arányban aktívak.

A település típusa és mérete, illetve az a kérdés, hogy szegregált viszonyok között élnek-e a romák, a várhatónál kisebb mértékben befolyásolja a gazdasági aktivitás egyes arányait.

A városokban az összes aktív dolgozó aránya mindössze 5–6,5 százalékkal magasabb, mint a kistelepüléseken (az inaktívak esetében ez a különbség természetesen fordított). A szegregált körülmények között való lét hasonló mértékben befolyásolja az aktivitást.

A továbbiakban a gazdasági aktivitás célszerűen összevont kate-

TANULMÁNYOK

góriáival dolgozunk. Az összes munkanélkülit egy kategóriába vontuk össze. Külön kategóriának tartottuk meg azokat, akik a „háztartás belső munkaerőpiacán vállalnak munkát” (gyes, gyet, htb.) – ezt a jelentős nemi különbségek éppúgy indokolják, mint az ebből fakadó aktivitási stratégiák (lásd később).

	összes	férfi	nő
aktív dolgozó	16,0	23,4	8,4
munkanélküli	44,8	65,9	23,4
gyes, gyet, egyéb	39,2	10,7	68,3

Gazdasági aktivitás és iskolai végzettség

A gazdasági aktivitás fő kategóriái iskolai végzettségenként (%)

	aktív dolgozó	munka- nélküli	gyes, gyet, egyéb
kevesebb, mint 8 osztály	11,2	24,3	29,8
befejezett ált. isk.	51,8	57,0	56,7
befejezett valamilyen középfok	37,0	18,7	13,5
	100	100	100

Befejezett általános iskolával rendelkezőket közel azonos arányban találunk az aktív dolgozók, a munkanélküliek, illetve a háztartásban levők között (51,8–56,7%).

Jelentősebb különbség abban mutatkozik, hogy az általánost be nem fejezettek illetve a valamilyen középfokú végzettségűek milyen arányt képviselnek az egyes aktivitási sávokban. Nyilvánvalónak tűnik, hogy az aktív dolgozók között találjuk a legalacsonyabb arányban az általánost be nem fejezetteket (és a legmagasabb arányban a középfokon végzetteket). A munkanélküliek és a háztartásban foglalkoztatottak esetében ezek az aránykülönbségek nemigen jelentősek. Éppen ezért érdemes áttekinteni az adatokat olyan szempontból is, hogy az egyes iskolai végzettségi típusokhoz tartozók milyen aktivitást–inaktivitást mutatnak.

Az iskolai végzettség fő kategóriái gazdasági aktivitási kategóriánként (%)

	aktív dolgozó	munka- nélküli	gyes, gyet, egyéb	
kevesebb, mint 8 osztály	7,4	44,7	47,9	100
befejezett ált. isk.	14,8	45,5	39,7	100
befejezett valamilyen középfok	30,2	42,7	27,1	100

Az általános iskolát be nem fejezettek, az azt végzettek, valamint a valamilyen középfokot végzetek között is igazán jelentős különbség abban mutatkozik, hogy milyen arányban találunk közöttük aktív dolgozókat (a maradék hányad ugyanis inaktív: vagy munkanélküli, vagy háztartásban foglalkoztatott). Az általános iskolát be nem fejezettek aktivitási aránya alacsony (miközben tudjuk, hogy ők teszik ki a 19–34 éves roma népesség negyedét), az általános iskolát végzeteknek is csupán közel tizenöt százaléka aktív dolgozó (miközben ők alkotják a népesség több mint felét).

Komolyabb arányban a középfokot végzetek aktívak (viszont az ő arányuk e népességben eleve alacsony).

Mivel nyilvánvaló nemi különbség van az inaktivitás két fő kategóriája között, ezért szükségképpen elemezni kell az aktivitás és iskolai végzettség ilyen szempontú összefüggéseit.

Nemi különbségek

Az egyes iskolai végzettséghez tartozók aktivitása (%)

	aktív dolgozó	munka- nélküli	gyes, gyet, egyéb
férfiak			
kevesebb, mint 8 osztály	13,4	76,3	10,4
befejezett ált. isk.	22,2	66,7	11,1
befejezett valamilyen középfok	35,7	54,6	9,7
nők			
kevesebb, mint 8 osztály	2,7	20,0	77,3
befejezett ált. isk.	7,4	24,3	68,3
befejezett valamilyen középfok	21,7	25,9	52,5

A nemek közötti különbségek az egyes iskolafokozatot végzetek aktivitási típusa tekintetében nemcsak látványosak, de egyúttal rávilágítanak a roma népesség férfi- és nőtagjai eltérő munkavállalási lehetőségeire.

– A férfiak minél képzetebbek, annál nagyobb arányban aktív dolgozók (a középfokot végzetek között arányuk 35,7%), egyúttal annál kisebb arányban munkanélküliek. (Feltűnő ugyanakkor, hogy még a középfokot végzett férfiak fele, 54,6 százaléka is munkanélküli!)

– A férfiak átvonulása a háztartás „belső munkaerőpiacára” nem függ iskolai végzettségüktől, körükben ez az arány egyenletesen alacsony: 10 százalék körüli.

– A nők – a férfiakhoz hasonlóan – minél képzetebbek, annál nagyobb arányban aktív dolgozók, ugyanakkor a férfiakhoz képest az aktívak aránya roppant alacsony (a középfokot végzetek között arányuk közel akkora – 20 százalék körüli –, mint az általánost végzett

TANULMÁNYOK

férfiak esetében). A csak általános iskolát végzett nők körében a foglalkoztatottak aránya igen alacsony, 7,4 százalék.

– Az inaktív nők körében, mint az eddigiekből tudjuk, a háztartásban foglalkoztatottak vannak túlnyomó többségben. Arányuk ezen belül függ az iskolai végzettségtől; minél alacsonyabb, annál valószínűbb, hogy az aktivitás alternatívája nem a munkanélküliség, hanem a háztartásban való „foglalkoztatottság”.

Mint azt a négy évvel ezelőtti, az ózdi régióban végzett kutatásunkból⁹ tudjuk, a nőknek a munkaerő-piacról a háztartásba való „visszavonulása” szorosan összefügg azzal, hogy van-e gyermekük, illetve hogy hány gyermeket nevelnek. Az aktivitás elemzésének következő szempontja tehát a család.

Gazdasági aktivitás és a család

A 19–34 éves korú megyei roma népesség 83,3 százaléka házas (együttélő) – ezen belül természetesen az idősebb, 25–34 éves korcsoportban ez az arány magasabb (86,5%), illetve a házas nők mintegy tíz százalékkal magasabb arányt képviselnek, mint a férfiak (83,4%–74,6%).

Gazdasági aktivitás a nőtlenek/hajadonok, illetve házasok (%)

	nőtlen, hajadon		házas, együttélő	
	férfi	nő	férfi	nő
aktív dolgozó	16,8	20,0	25,4	6,5
munkanélküli	68,9	51,3	64,8	18,3
gyes, gyet, egyéb inaktív	14,2	28,6	9,8	75,2

A családi státus valamint a nem együttesen igen komoly mértékben határozza meg a gazdasági aktivitást.

– A nőtlen férfiak 16,8 százaléka aktív dolgozó. A házas férfiak ennél magasabb – 25,4 százalékos – arányban dolgoznak.

– A hajadon nők ugyancsak viszonylag magas (legalább is a teljes roma népesség átlaga feletti), 20 százalékos arányban aktív dolgozók. Azonban *amennyiben megházasodnak, aktivitási arányuk radikálisan csökken* (6,5%).

– Számottevő mértékben belső arányaiban a nők inaktivitása különbözik – ugyancsak a családi státus függvényében. A hajadon nők közel harmadát találjuk a háztartás belső munkaerő-piacán, míg a házas nők esetében ez az arány 75,2 százalék.

⁹ Babusik Ferenc: Az ózdi régió cigány népessége. In: A romák esélyei Magyarországon. Kávé Kiadó–Delphoi Consulting, Bp. 2002

Az összes roma háztartás 83,4 százalékban van gyermek. Ebből az adatból következik, hogy az aktivitási arányok különbségeit nem kizárólag a családi státus függvényében érdemes vizsgálnunk.

Gazdasági aktivitás a gyermek függvényében (%)

aktivitás és gyermekek	gyermek nincs		gyermek van	
	férfi	nő	férfi	nő
aktív dolgozó	22,5	21,2	25,1	7,0
munkanélküli	67,6	64,9	64,4	17,5
gyes, gyet, egyéb inaktív	9,9	14,0	10,5	75,5

A gyermek megléte és a gazdasági aktivitás összefüggései hasonlóan alakulnak, mint a családi státus és gazdasági aktivitás mutatói. A gyermekkel rendelkező férfiak valamivel magasabb arányban aktívak (hasonlóan a házasságokhoz). A gyermekkel rendelkező dolgozó nők aránya alacsony, miközben a gyermek léte valószínűsíti, hogy a nők a háztartásban foglalkoztatottak (és nem munkanélküliek).

Mivel természetesen a háztartások belső ökonómiáját (valamint az egy gyermek után járó támogatások valószínű mértékét) ismerve várható, hogy a gyermekszám befolyásolja az aktivitási arányokat, ezért az aktivitás és a család összefüggésrendszerének elemzését a gyermekszámra vonatkozó elemekkel egészítjük ki.

A családok 17,2 százalékában nincs (még) gyermek, 38,2 százalékában 1–2 gyermeket találunk, míg 44,4 százalékában 3 vagy több gyermeket. A 19–34 éves korú roma népesség zöme tehát közepes vagy komoly gyermeknevelési terhekkel néz szembe.

Mivel a háztartásokban szinte kizárólag abban az esetben találunk gyermeket, amennyiben házas (együttélő) felek nevelik őket, így célszerű a gazdasági aktivitás és a gyermekszám összefüggéseit elemeznünk – nemenként.

Gazdasági aktivitás nemenként és gyermekszám kategóriánként (%)

	nincs gyerek	férfi		nincs gyerek	nő	
		1–2 gyerek	3 vagy több		1–2 gyerek	3 vagy több
aktív dolgozó	22,5	28,0	22,6	21,2	10,5	3,9
munkanélküli	67,6	63,0	66,9	64,9	28,6	8,2
gyes, gyet, egyéb inaktív	9,9	9,0	10,5	14,0	60,9	87,9

A férfiak és a nők ellentétes munkaerő-piaci stratégiát követnek a családon belüli gyermekszám változása esetén.

– Amíg egy párnak nincs gyermeke, a férfiak és a nők közel egy-

aránt alacsony arányban (20% körül) vállalnak munkát. Az ilyen családokban találjuk a legmagasabb arányú női munkanélküliségi-, egyúttal a legalacsonyabb háztartásban való foglalkoztatottsági arányt.

– Azokban a háztartásokban, amelyekben már van gyermek, de számuk még nem túl magas (azaz *átlagosan* egy-két fő), drámai változás következik be. Az aktív munkavállaló férfiak aránya itt maximális (28%). Velük szemben a női munkavállalók aránya radikálisan csökken, egyúttal radikálisan nő azon nők aránya, akik a háztartás belső munkaerő-piacára „vonulnak vissza”.

– Amennyiben a háztartásban a gyermekszám tovább nő, az aktív munkavállaló férfiak aránya ismét csökken (egyúttal ismét nő a munkanélküliek aránya), ugyanakkor változatlan az otthonmaradóké. Az ilyen családokban a legmagasabb a nők háztartási „munkavállalása”, egyúttal ezekben a családokban a legalacsonyabb a női munkanélküliek és aktívak aránya is.

A gyermekek megjelenésével tehát először a munkavállalók aránya növekszik a férfiak körében – egyúttal a nők a munkaerő-piacról látványosan „ki-vonulnak”, és a háztartásban helyezkednek el.

A gyermekek számának további növekedése a nők körében ezt a tendenciát erősíti, egyúttal a férfiak is fokozottabb mértékben vonulnak vissza a nyilvános munkaerő-piacról.

Mivel a családok anyagi szükségletei közvetlenül függenek az eltartottak számától, azt várnánk, hogy a legnagyobb eltartói teherrel rendelkező családokban legyenek a legnagyobb arányban aktív munkavállaló férfiak.

Ezzel szemben a legnagyobb gyermeklétszámú családokban tapasztalható magas arányú női otthoni foglalkoztatottság kevesebb ellentmondást rejt magában: egyrészt a gyermekek nevelésének közvetlen munkaigénye indokolja (amelynek okán a nők otthonmaradása inkább a háztartásban való foglalkoztatottságnak minősíthető), másrészt a nők azok, akik a gyermekek után anyagi támogatásban (gyes, gyet) részesülnek.

Amennyiben az aktív munkavállalást, a munkanélküliséget, valamint a háztartásban való foglalkoztatottságot a háztartások belső gazdálkodása és források iránti szükségletei felől közelítjük meg (feltehetően joggal), feloldódik az ellentmondás. Az eddigiekben elmondottakat erősíti meg annak vizsgálata, hogy a házaspárok esetében a férfiak, illetve a nők milyen aktivitási kategóriában helyezkednek el.

A házaspárok aktivitása nem szerint (%)

férj aktivitása	feleség aktivitása		
	aktív dolgozó	munka- nélküli	gyes, gyet, egyéb inaktív
aktív dolgozó	8,3	30,5	61,2
munkanélküli	3,6	21,5	74,9
gyes, gyet, egyéb inaktív	4,0	13,0	82,9

feleség aktivitása	férj aktivitása		
	aktív dolgozó	munka- nélküli	gyes, gyet, egyéb inaktív
aktív dolgozó	35,6	42,1	22,4
munkanélküli	22,4	71,0	6,6
gyes, gyet, egyéb inaktív	23,5	62,8	13,7

A párok férfitagjai aktivitása önmagában kevésbé befolyásolja a nőtagok aktivitását: a nők zöme a háztartásban helyezkedik el.

Ezzel ellentétben a nők aktivitása befolyásolja a párok férfitagjait: ahol egy pár nőtagja aktív dolgozó, ott a legmagasabb arányú aktív munkavállalót találjuk a férfiak között (35,6 százalékot, ami messze meghaladja a roma népesség férfitagjai önmagában vett aktivitási rátáját).

Az eddigi adatokból következő összefüggések tehát azt támasztják alá, hogy az iskolai végzettségen túl a gazdasági aktivitás egyik legfőbb meghatározó tényezője a család és annak mérete, gyermekszáma.

Mivel a családban élő gyermekek száma nyilvánvalóan meghatározza a gyermekek után felvehető támogatások mértékét (a vizsgált népesség elég fiatal, tehát várható, hogy a gyermekek még abban az életkorban vannak, amikor jár utánuk valamilyen támogatás), ezért logikus a kérdésfeltevés: a családok férfi- illetve nőtagjainak munkaerő-piaci helyzetét mennyiben határozza meg a gyermekszámmal arányos szociális támogatások mértéke. Azaz *ellenőrizendő kérdésnek tekintettük* azt a széles körben elterjedt nézetet, mely szerint a romák azért vonulnak ki a munkaerő-piacról, mert a gyermekek után felvehető támogatások nemcsak pótolják a kieső munkajövedelmeket, de alkalmasint meg is haladhatják azokat, azaz megéri nekik a háztartás belső munkaerő-piacán való elhelyezkedés.

A feltevés ellenőrzése a háztartások bevétel-típusainak elemzésével valósítható meg.

TANULMÁNYOK*A háztartások anyagi ereje és jellemzői*

*A háztartások bevételi szerkezete az iskolai végzettség függvényében
(átlagos forintérték)*

	kevesebb, mint 8 osztály	befejezett ált. isk.	befejezett valamilyen középfok
férfi			
családi munkajövedelem/fő	17 739	19 627	27 089
összes gyermek utáni támogatás/fő	4 48	4 254	3 807
összes támogatás/fő	9 47	10 055	10 347
összes bevétel/fő	27 70	30 159	37 519
nő			
családi munkajövedelem/fő	13 067	16 103	23 681
összes gyermek utáni támogatás/fő	6 043	5 098	4 218
összes támogatás/fő	10 156	8 965	9 324
összes bevétel/fő	23 158	25 451	33 589

Összes támogatás: gyermekek utáni támogatások + munkapiaci támogatások + egyéb támogatások

Összes bevétel: összes munkajövedelem + összes támogatás

Mivel a háztartások tényelegetesen felhasználható bevételi nagyságát meghatározza az, hogy hány fő inaktív (illetve nem kereső) használja fel a bevételeket, azért a legcélszerűbb az egy háztartásban élők össz-jövedelmének egy főre eső mértékével operálni.¹⁰

Az egyes bevételi típusok közül az iskolai végzettség nyilvánvalóan a megszerzhető munkajövedelmek nagyságát befolyásolja. (Ezt igazolják a támogatások iskolai végzettségtől független adatai.)

A munkajövedelmek mértéke az iskolai végzettséggel arányban emelkedik, s noha férfiak és nők között átlagosan 3–5 ezer forintos eltérést találunk, az általános iskolát be nem fejezett, illetve a középfokú végzettséggel rendelkezők között mindössze tízezer forintos átlagos eltérés tapasztalható. Noha tudjuk, hogy a munkához jutás esélyét az iskolai végzettség erősen meghatározza, láttuk azt is, hogy e népesség aktivitási típusai legalább olyan erővel függenek a gyermekek számától.

Érdemes tehát következőként az aktivitás típusai szerint áttekinteni a bevételek nagyságát.

¹⁰ Ez az érték legnyilvánvalóbban a nem kereső gyermekek számának növekedésével áll fordított arányban.

*A háztartások bevételi szerkezete a gazdasági aktivitás függvényében
(átlagos forintérték)*

	aktív dolgozó	munka- nélküli	gyes, gyet, egyéb inaktív
férfi			
családi munkajövedelem/fő	27 313	19 038	17 474
összes gyermek utáni támogatás/fő	3 786	4 285	4 800
összes támogatás/fő	6 441	11 456	9 764
összes bevétel/fő	33 955	31 020	28 241
nő			
családi munkajövedelem/fő	26 576	21 517	13 538
összes gyermek utáni támogatás/fő	1 974	1 910	6 810
összes támogatás/fő	5 431	8 579	10 113
összes bevétel/fő	32 403	30 883	23 741

Az aktív foglalkoztatottság mindkét nem esetében emeli az egész háztartás egy főre eső munkajövedelmét (ne feledjük, az egyes háztartások eltérnek egymástól abban, hogy melyik házaspár inaktív).

A férfiak aktivitási típusa alig befolyásolja a gyermekek utáni támogatások mértékét (míg az összes támogatás mértékét akkor emeli, ha a férfi munkanélküli, hiszen ebben az esetben van esélye munkapiaci támogatásra).

A nők aktivitási típusa természetesen a gyermekek utáni támogatásokon keresztül válik jelentős befolyásoló tényezővé: ha a háztartásban helyezkednek el, az összes támogatás mértéke emelkedik.

Ugyanakkor, ha az összes bevétel mértékét tekintjük át (végső soron a családok számára ez a meghatározó), látjuk, hogy az kizárólag akkor magasabb, ha valamelyik családfenntartó aktív dolgozó. Finomabb elemzési eszközt kapunk, ha a kérdést nem egyszerű nemi bontásban kezeljük, hanem megnézzük: az egyes családokban a férfiak illetve feleségek egymáshoz viszonyított aktivitása hogyan befolyásolja az egyes bevételek mértékét.

Munkajövedelmek forintátlaga a házaspárok egymáshoz viszonyított aktivitása szerint

	feleség aktív dolgozó	feleség munka- nélküli	feleség gyes, gyet, egyéb inaktív
férj aktív dolgozó	29 015	21 447	16 933
férj munkanélküli	14 986	11 604	11 657
férj gyes, gyet, egyéb inaktív	16 869	13 638	11 706

A háztartásokban a munkavállalással befolyó összjövedelem mértékét magától értetődően az aktív munkavállalás emeli, ezen belül azonban a férfiak aktivitása a domináns tényező. Ebből a szempontból

TANULMÁNYOK

a háztartás belső munkaerőpiacán való elhelyezkedés nem erős befolyásoló tényező (nagyjából ugyanolyan mértékű a munkajövedelmek mértéke, ha a férj vagy a feleség egyéb inaktív).

A férfiak és a nők által elérhető munkajövedelmek mértéke nem azonos: a férfiak nagyobb munkajövedelmet biztosítanak a családnak, a feleségek által elérhető jövedelmek mintegy 20–25 százalékkal alacsonyabbak. Ennek magyarázata a nyomott munkaerő-piacban épp úgy kereshető, mint a munkaadók rejtett (vagy nyílt) szegregatív gyakorlatában.

Gyermek utáni támogatások forintátlaga a házaspárok egymáshoz viszonyított aktivitása szerint

	férj aktív dolgozó	férj munka- nélküli	férj gyes, gyet, egyéb inaktív
feleség aktív dolgozó	1672	2056	3711
feleség munkanélküli	2077	2086	4223
feleség gyes, gyet, egyéb inaktív	6446	6821	6825

A háztartásokban az egy főre eső gyermek utáni támogatások mértékét elég egyértelműen a nők inaktivitása határozza meg: amennyiben a feleségek a háztartás belső munkaerő-piacán helyezkedtek el, a támogatás ebben az esetben éri el a legmagasabb átlagértéket, egyúttal a férj aktivitási kategóriája nem befolyásolja komolyabban a támogatások mértékét.

A következő táblázat a vizsgálatba bevont háztartások alapján 19–34 éves korú roma népességet reprezentálva a házaspárok gazdasági aktivitása együttes függvényében a háztartásban egy főre eső *összes bevétel* átlagos forintértékét ábrázolja.

Összes családi bevétel fő forintátlag

	feleség aktív dolgozó	feleség munka- nélküli	feleség gyes, gyet, egyéb inaktív
férj aktív dolgozó	35 456	26 111	25 242
férj munkanélküli	19 352	19 854	22 064
férj gyes, gyet, egyéb inaktív	23 624	22 553	21 724

Az összes egy főre eső háztartási bevétel a munkajövedelmek és az összes támogatások együttes összegéből képzett mutató. Az adatokból egyértelmű, hogy a *gyermek utáni támogatások nem pótolják a munkajövedelmeket*; az *összbevétel* akkor a legmagasabb, ha a családban legalább az egyik fél aktív dolgozó. (Természetesen azon esetben, amikor mindkét fél aktív, az *összbevétel* a maximumát éri el. Ugyan-

akkor ne feledkezzünk meg arról, hogy az előzőekben láttuk: a gyermekszám emelkedésével a nők szükségképpen kivonulnak a nyilvános munkaerő-piacról.)

– Amennyiben a férj munkanélküli, a feleség aktivitása nem befolyásolja számottevően az egy főre eső összbevétel nagyságát. Ugyanez a megállapítás igaz abban az esetben is, ha a férj a háztartásban helyezkedett el.

– A feleség munkanélkülisége esetén akkor a legalacsonyabb az egy főre eső összbevétel, ha a férj is munkanélküli. Ha a feleség helyezkedik el a háztartásban, az elérhető összbevétel mértékét ugyancsak kismértékben befolyásolja az a körülmény, hogy a férj aktív dolgozó (a teljes különbség mindössze 3500 Ft).

Az eddigiek összefoglalásaként egyértelműen megállapíthatjuk, hogy *a roma családok jobban érdekelték a munkával megszerzhető jövedelmek emelésében, mint az egyes támogatások (ezen belül a gyermek utáni támogatások) megszerzésében* – noha ez utóbbiakat nyilvánvalóan nem nélkülözhetik.

Az a széles körben elterjedt előítélet, mely szerint a roma családok azért érdekelték a gyermekszám növekedésében, mert így többletjövedelemhez juthatnak, az adatok fényében teljesen egyértelműen hamis. *A munkával megszerzhető jövedelmek lényegesen nagyobb bevételt biztosítanak, még a támogatások felvétele esetén is.* Különösen igaz ez akkor, ha felidézzük: a gyermekszám növekedése először a nőket, majd a férfiakat nyomja ki a munkaerő-piacról – ezzel viszont összbevételük még abban az esetben is csökken, ha a gyermekek utáni támogatások volumene nő.

A megye roma népességének egészségügyi helyzete

A felkeresett roma háztartásokban a megkérdezett személyek, valamint szüleik és házastársaik általuk ismert, diagnosztizált betegségeinek – a KSH¹¹ adataival összehasonlítható – részsokaságát (a továbbiakban: bevallott betegségek) közvetlenül kérdeztük le.

A kutatás során kizárólag *fő belgyógyászati betegségkategóriákkal foglalkoztunk*, nem vettünk fel baleseti, illetve üzemi baleseti adatokat. Ennek fő oka a KSH idézett adataival való összehasonlíthatóság megtartása volt. Az üzemi balesetek esetében a teljes népességre vonatkozó adatok természetes módon feltételezik a balesetet szenvedettek aktív munkavállalását, ezért a vizsgált roma népesség alapvető gazdasági inaktivitása értelmetlenné tette az ilyen irányú adatfelvételt. Ide tartozik még az a tény is, hogy a vizsgált fő belgyógyászati betegségek közül kerülnek ki a népesség halandóságát elsősorban befolyásoló vezető halálokok.

11 Morbiditási adattár. KSH, 1999. BAZ megyei, 19–34 éves korcsoportos adatok.

A tünetekből következtethető betegségek.

A kutatás előkészítése során összeállítottunk egy tünetekből álló listát. A tünetek bizonyos előfordulási kombinációi (szindrómák) olyan betegségek meglétére utalnak a populációban, amelyek összehasonlíthatók a KSH adataival, valamint a kérdőíven bevallott betegségekkel. (A tünetekből összeálló szindrómák ellenőrzését és validdá tételét egy háziorvosi team végezte el.)

Az adatok elemzése során tehát a későbbiekben az általános orvosi anamnézis¹² felvételének adatait (tünetekből következő szindrómák) hasonlítottuk össze a KSH adataiban talált BNO kódokkal megadott betegségcsoportokkal. Általánosabb, és betegségspecifikusabb kérdéseket gyűjtöttünk össze. A kérdések alapján bizonyos többé-kevésbé jól meghatározott betegségekre, betegségcsoportokra lehet gyanakodni. A gyanút a panaszok, tünetek nagy egybeesése megerősíti. A kérdéseket célorientáltan, a KSH adatainak megfelelő betegségcsoportokhoz illesztve alakítottuk ki. A BNO csoportok szűkebb-tágabb betegségeket jellemeznek, ennek megfelelően több vagy kevesebb tünet tartozik hozzájuk. A kérdőív kérdéseiből az adott betegségcsoportokhoz társítottuk azokat, amelyek arra jellemzőek lehetnek.

Az így keletkezett mátrixból az orvosi gondolkodás és tünetorientált diagnózis-felállítás módszere alapján, az általunk megadott összes tünetekből különböző arányban jelöltünk ki tünete számokat, annak megfelelően, hogy hány tünet megléte esetén tekintettük az adott betegség gyanúját mindenképpen olyannyira nagynak, hogy az ilyen irányú kivizsgálás nagy eséllyel pozitív eredménnyel zárulna.

A lekérdezett tünetekből így az arányszámoknak megfelelően kiszámoltuk, hogy az anamnézis felvétel szerint milyen betegségek milyen gyakoriak lehetnek.

A bevallott betegségek

A kérdőíven emellett direkt kérdést is feltettünk arra vonatkozólag, hogy a KSH BNO csoportjainak megfelelő diagnosztikai csoportokhoz tartozó betegségekben a kérdezettek valamelyike (illetve családtagja) szenved-e. Ezt a betegek családorvosaitól, egyéb kezelőorvosaitól tudhatják, tudják. Ennek megfelelően *ezek meglétét nem vonhatjuk kétségbe.*

Összehasonlítottuk a KSH adatai alapján kiszámolt betegségek¹³ korcsoporton belüli arányait, illetve a 19–34 éves roma népességben

¹² Az orvosi anamnézis felvétele a kivizsgálás első lépése, mely a betegség gyanúját veti fel, ezt további vizsgálatok követik, így bizonyítható a betegség.

¹³ A nem organikus eredetű mentális viselkedészavarok az egyetlen betegségcsoport, amelyről nem állnak rendelkezésre KSH adatok a megyére és korcsoportra vonatkozóan, ugyanakkor lényegesnek láttuk tünetek és bevallott betegségek szerint felvenni a fő belgyógyászati betegségek közé.

a bevallott betegségek és a tünetek alapján számolt betegségek arányait és különböző jellemzőit.

Ennek megfelelően három különböző betegség-gyakoriság gyűlt össze: egy, amely (a KSH BNO kódja által összegyűjtött) kontroll-panelként állítható; egy, amely a bevallott betegségekből következik, ezekről a betegségekről a betegek a kezelőorvosaik tájékoztatása alapján tudhatunk, és egy, amit az általunk feltett, tünetekre irányuló kérdésekre adott válaszokból ismerünk, számoltunk ki. A kontrollhoz viszonyítva számoltuk a betegségek gyakoriságát.

Felmerülhet az a kérdés, hogy a tünetekből számolt betegséggyakoriság objektív adatként fogható-e fel: a válasz nemleges. A kezelőorvosok által a betegeknek elmondott betegségeket azonban biztosnak foghatjuk fel. Ennek megfelelően a későbbiekben a KSH adatait hasonlítjuk össze a bevallott betegségekkel.

A *tünetek alapján* számolt betegségeket arra használtuk, hogy a lekérdezett által bevallott betegségek arányának valóságosságát ellenőrizzük. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a bevallott betegségekből nem mutatnak-e nagyobb arányszámokat a kérdezettek a feltételezhető valóságnál.

A tünetek és betegségek összefüggéseit a kérdezettek ugyanis nem ismerhetik, így ha a tünetek alapján számolt betegségek aránya és eloszlása megfelel a bevallottaknak, akkor nem valószínű, hogy több betegséget vallanának be a kérdezettek, mint amennyi a valós.

A megkérdézetteknel a tünetek alapján számolt betegségek gyakorisága az általunk megszabott, szindrómákra jellemző arányszámok mellett a legtöbb betegség esetében valamivel alacsonyabb volt a bevallottaknál, egyúttal a kettő között korreláció magas ($r = 0,82$), így biztonsággal állíthatjuk, hogy a kérdezettek nem vallottak be több betegséget, mint amennyi a valós arány. Az adott korcsoportban a teljes BAZ megyei 19–34 éves korú népesség betegségeire vonatkozó adatsor ugyancsak magas értéken ($r = 0,84$) korrelál az adott korcsoport roma népessége bevallott betegségeivel, tehát ugyancsak biztonsággal állíthatjuk, hogy a bevallott betegségek gyakorisági eloszlása megfelel a valóságnak.

A tünetek alapján számolt betegségek alacsonyabb számaránya és a bevallott betegségekkel valamint a KSH adataival való magas korrelációja ($r = 0,57$) megerősíti azt a házi-orvosi adatfelvételből nyert adatot, mely szerint a romák *betegségeikkel idejekorán fordulnak orvoshoz*. (A vizsgált roma népesség 98,4 százaléka rendelkezik tb-kártyával, azaz betegségeivel van módja orvoshoz fordulni.)

A kérdőíven igyekeztünk felvenni a roma népesség dohányzásáról illetve alkoholfogyasztásáról szóló, olyan adatokat, amelyek értékelhetővé tették volna e drogok és a betegségek kapcsolatát. Az adatok elemzése során világossá vált, hogy az egészség és a személyes szokások keresztmetszetében álló két érzékeny kérdésben a válaszolók oly mértékben torzítottak, hogy alkoholfogyasztási és dohányzási

TANULMÁNYOK

adataik értékelhetetlennek bizonyultak¹⁴. Ezzel ellentétben a pszichoaktív szerek („drogok”) okozta mentális- és viselkedészavarok adatai – úgy bevallott betegség, mint szindrómaszinten – értékelhetőnek bizonyultak.

Betegségarányok, összefüggés az egyes szociális tényezőkkel

Az adatok elemzése nyomán tudjuk, hogy a teljes 19–34 éves korú roma népesség 41,6 százaléka szenved *valamilyen* betegségben, e népesség 17,1 százaléka egynél több betegségben szenved, azaz a beteg roma népesség 40,9 százaléka betegségek szempontjából is halmozottan hátrányos helyzetben van.

Az egyes betegségarányok (%), valamint a roma népesség felülreprezentáltsága (szorzó) egyes betegségcsoportokban

	összes KSH %	roma bevallott %	szorzó
Ischaemiás szívbetegségek	0,45	6,77	15,0
Csontritkulás	0,10	1,14	11,5
Tbc, tüdőcsúcshurut, gümőkór	0,14	1,48	10,9
Vérképzőrendszer betegségei, vashiányos anaemia	0,80	8,32	10,3
Vakság, csökkentlátás	0,33	3,35	10,3
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	0,90	6,64	7,4
Átmeneti agyi keringészavarok	0,09	0,54	6,2
Spondylopathiák (gerincbetegségek)	0,96	4,96	5,2
Asztma	0,76	3,62	4,8
Pszichoaktív szerek okozta mentális és vis. zavarok (drogozás)	0,27	1,27	4,7
Daganatos betegségek	0,23	1,01	4,3
Deformáló hátgerinc-eltérések	1,23	5,10	4,1
Pajzsmirigy-betegségek	0,47	1,88	4,0
Idült alsó légúti betegségek	0,95	3,76	4,0
Hypertónia	3,40	12,21	3,6
A máj betegségei	0,36	1,01	2,8
Diabetes mellitus	0,61	1,21	2,0
Cerebrovascularis betegségek	0,10	0,20	1,9
Mentális és viselkedészavarok (nem organikus)	7,78		

14 Ugyanez vonatkozik, mint a későbbiekben látjuk, az alkohollal szorosan összefüggő májbetegségek kérdésére is; a népi gondolkodás természetesen könnyen teremt asszociatív kapcsolatot a máj megbetegedései és az alkohol között.

Az egyes betegségek gyakoriságát a könnyebb értelmezhetőség okán a „szorzó” sorrendjében tüntettük fel és nem a KSH hivatalos sorrendjében.

Igazolva látjuk tehát, hogy a 19–34 éves korú roma népesség számtalan betegségcsoport esetében a teljes népességhez képest igen magas arányban beteg; e betegségcsoportok együttes és magas előfordulási gyakorisága orvosi szempontból indokolhatja e népesség rövidebb átlagos életkorát.

A következőkben először az egyes betegségcsoportok szerint ismertetjük a betegségek etiológiájára (eredetére) vonatkozó lényeges ismereteket. A roma népesség betegségeire vonatkozó megjegyzésekben a bevallott betegségek arányszámait használtuk.

A betegségcsoportok rövid etiológiai ismertetését követően részletesen elemezzük az egyes betegségek, valamint a roma népesség e betegségek szempontjából releváns¹⁵ fő mutatóinak összefüggéseit.

I. A *tbc* jól meghatározható megbetegedés, jó körülírt etiológiával és potenciózó faktorokkal (fokozó tényezőkkel). A betegség alapját egy bakteriális fertőzés adja, mely bizonyos körülmények között alakítja ki a megbetegedést.

A megbetegedéshez a fogékonyságot, az immunrendszert gyengítő állapotok adják, mint a malnutritio (hibás, hiányos táplálkozás), az alkoholizmus, krónikus (és ezen belül is főképpen a tüdő) megbetegedések.

A roma népességben a tbc-ben megbetegedettek aránya 1,48 százalék, vagyis valamivel több mint tízszerese a megyei átlagnak – tehát kiugróan magas.

A vizsgált adatok közül, az átlagtól való eltéréseket figyelembe véve a nem, a gazdasági aktivitás valamint a lakóviszonyok szerepe tehát a leginkább meghatározó. A nők, a háztartásban elhelyezkedettek betegsége aránya magasabb, a gazdaságilag aktívaké, valamint a jobb lakókörülmények között élőké alacsonyabb, mint az átlag.

A nem és a lakáskörülmény együttes hatását tekintve a rossz körülmények között élő nők a legveszélyeztetettebbek (arányuk az átlaghoz képest közel négyszeres). Hasonlóan magas veszélyeztetettségi faktort jelent a szegregáltan, *együttal* rossz lakáskörülmények között való lét (közel háromszoros arány).

Az aktivitás és lakáskörülmény együttes veszélyeztető hatása a háztartásban foglalkoztatottakat érinti, köszönhetően a nők magas reprezentációjának (jó körülmények között élő férfiak aránya 1,1 százalék, rossz lakáskörülmények között élő nők aránya 5,5 százalék).

II. A *daganatos megbetegedések* rendkívül széles skálájú betegségcsoport, összességében csak bizonyos szűk aspektusokból vizsgálható együtt.

¹⁵ A kor hatását mint evidens tényezőt nem elemezzük; az iskolai végzettség, mivel köz-belső hatótényezőnek bizonyult (amely a nemén kívül a gazdasági aktivitást határozza meg), ugyancsak nem elemzésünk tárgya.

Etiológiáját tekintve lehet genetikus, környezeti ártalmakkal összefüggő, kevert, és ismeretlen okú is. A környezeti hatásokat tekintve azonban a daganatos betegségekre általában jellemző, hogy a rossz életkörülmények, a táplálkozás hiányosságai, a dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakoriságukat növeli.

A roma népességben a daganatos megbetegedések aránya az adatok szerint közel négyszerese a megyei átlagnak.

A nem, az életkörülmények és a gazdasági aktivitás szempontjait együttesen értékelve a nem hatása mutatható ki: a nők veszélyeztetettsége – függetlenül a lakókörülményektől és gazdasági aktivitástól – közel 1,5-szerese a férfiakénak.

$R^2 = 0,07$, β (férfi) = 0,015, β (nő) = 0,085. A lineáris regresszió adatai közül egyedül a nem hatása szignifikáns. A nem együttes kimutatható hatása 7 százalék, a standardizált együttható értékei igazolják a nők magasabb veszélyeztetettségét.

Összességében azt mondhatjuk tehát, hogy *a daganatos megbetegedések csökkentése nem kapcsolható össze egy adott stratégiai támadásponttal; e megbetegedések multikauzalitása és az egyes daganatos megbetegedések okainak eltérése együttesen „semlegesítheti” a szociális faktorok hatását.* (Ehhez hozzátartozik, hogy e megbetegedések kockázati faktorai között szereplő dohányzásról, egészségtelen környezetről stb. nem sikerül releváns adatokat szereznünk.)

Mindezzel együtt a megyei népesség átlagához képest négyszeres roma betegségarány komolyan indokolja a szűrések koncentrációját.

III. A *vérképző rendszeri megbetegedések* és ezen belül a kiemelt helyen szereplő *vashiányos vérszegénység* a nemzetközi mutatók szerint a fejlődő országok típusos megbetegedése. A férfiak összességében nagyobb öröklött „vasraktárral” rendelkeznek, ami a rossz táplálkozási viszonyok között is tovább elégséges, biztosítja a szervezet vasigényét.

A teljes populációt vizsgálva a vashiányos vérszegénység oka részben a nem megfelelő vastartalmú tápanyagok bevitele lehet. A nőkre fogamzásképes korban, és még inkább a terhesség alatti, fokozott vérképzés idején jellemző ez a kórkép, hiszen a női ciklus rendszeres vérvesztést jelent, illetve a terhesség magasabb szintű anyagcserét igényel.

Összességében a roma népességben a vérképzőrendszeri és vashiányos megbetegedések aránya közel tízszerese a megyei átlagnak, s ezt a magas arányt a nők igen magas reprezentációs szintje indokolja.

Ez a két ok egyértelműen igen markáns mutatókkal jelenik meg: a gazdaságilag aktív férfiak aránya 1,5 százalék, munkanélküli nők 10 százalék, a háztartás belső munkaerőpiacán foglalkoztatott nők aránya pedig 17 százalék. Hasonló eltérést mutat a lakókörülmény és a nem együttes hatása: a jobb lakáskörülmények között élő férfiak esetében az anémiások aránya 1,5 százalék, míg a rossz lakáskörülmények között élő nők körében kiugróan magas, 18,5 százalék.

A további teendők egyértelműek: a fiatal és a terhes nőknél a direkt vas-pótlás vagy a vashiányos vérszegénység szűrőprogramszerű vizsgálata, összességében pedig az aktivitási és lakhatási mutatók javulása.

IV. A pajzsmirigy megbetegedéseknek számos típusát különíthetjük el, mind etiológiáját, mind pathogenesisét, mind pedig a klinikumát tekintve. Lehetséges alulműködéssel, túlműködéssel és normális működéssel is pajzsmirigy-megbetegedés. Ennek megfelelően nem állapítható meg csupán kis számú, avagy egyetlen befolyásoló tényező. Ismert, hogy a víz magas kalcium- és fluorid tartalma emeli a betegség egyes fajtáinak előfordulását. Bizonyos zöldségek túlfogyasztása, a fokozott gyógyszeresedés és drogok használata is ismert strumigén (strumát generáló) faktor. A táplálkozási jódhiány pótlására már régóta ismert Magyarországon a jódozott só elterjedése, ezzel együtt azonban a pajzsmirigy-megbetegedéseknek nem csupán táplálkozási, hanem egyéb eredete miatt magasabb a vizsgált populációban a megbetegedések aránya. A sporadikus (nem endémiás) diffúz golyva a fiatal nők esetében rendkívül gyakori az egészségügyi tanulmányok szerint, ugyanis ebben a korban a szervezet pajzsmirigy hormon igénye jelentősen nagyobb.

Ez a kiugrás jellemzi a vizsgálat adatait is, mely szerint a pajzsmirigy-megbetegedésekre a leginkább hajlamosító faktor a nőnem.

$R^2 = 0,09$, β (férfi) = 0,024, β (nő) = 0,113. A lineáris regresszió adatai közül egyedül a nem hatása szignifikáns. A nem együttes kimutatható hatása 9 százalék, a standardizált együttható értékei igazolják a nők jóval magasabb veszélyeztetettségét.

Összességében a roma népességben a pajzsmirigy-megbetegedések aránya három-négyszerese a megyei átlagnak.

A nem hatása mellett kimutatható a rossz lakáskörülmények közvetlen hatása is: a jó lakáskörülmények között élő férfiak és a rossz körülmények között élő nők között e betegség arányaiban tízszeres különbséget találunk.

V. A *diabetes mellitus* (cukorbetegség, diabétesz) Magyarországon a népbetegségek közé tartozik, számos betegséggel jár együtt következményesen, illetve számos társbetegséget okoz. Jellemző, hogy azokban a kultúrákban, környezetekben nagyobb az előfordulása, ahol az élet színvonal valamivel magasabb, bőségesebb a táplálkozás, de a modern egészségkultúra és korszerű táplálkozás nem ismert, nem elfogadott, vagy „egyszerűen” nincs rá pénz. Ez utóbbi hatása mutatható ki a roma népességben.

A gazdasági aktivitás hatása. $R^2 = 0,08$, β (aktív) = 0,004, β (munkanélküli) = - 0,01, β (egyéb inaktív) = - 0,093. Az aktivitás együttes kimutatható hatása 8 százalék, a standardizált együttható értékei azt mutatják, hogy a munkanélküliek kevésbé, a háztartás belső munkaerő-piacán foglalkoztatottak viszont *lényegesen* kevésbé veszélyeztetettek (ez utóbbi eset ráadásul a nemtől független tényező).

A diabétesz tehát a roma népességben *látszólag* a viszonylag kevésbé szegényeket sújtja. Mivel a teljes 19-34 éves korú roma népesség e betegségben mutatott átlaga 1,21 százalék, az átlagtól jelentősebben felfelé a nem szegregáltan élő aktív dolgozók (4,1%), illetve jobb lakáskörülmények között élő aktív dolgozók térnek el (3,5%).

A jövedelem hatása azonban lényeges. (A következőben a jövedelmi adatok a háztartásban egy főre eső havi munkajövedelmek forintösszegeit jelentik.) $R^2 = 0,06$, β (19 E Ft alatt) = 0,051, β (19-25 E Ft között) = - 0,012), β (25 E Ft felett) = - 0,019. A jövedelem együttes kimutatható hatása 6 százalék, a standardizált együttható értékei azt mutatják, hogy az alacsony jövedelmek hatása erősebb a betegség előfordulására nézve.

Következésképp a diabétesz a vizsgált roma népességben a jobb körülmények között élő, *együttal* viszonylag szegényebb embereket sújtja: a relatíve magasabb életszínvonal mellett a rossz minőségű (magas szénhidrát- és zsírtartalmú, tehát olcsóbb) táplálkozás a fő hatótényező.

Mivel a roma népességben a cukorbetegség aránya „mindössze” alig kétszerese a megyei átlagnak, érthető e betegség gyakoriságának paradoxona: a romák között viszonylag kevesen táplálkozhatnak többet, miközben az ő táplálkozási szerkezetük egészségtelegebb az átlagnál. A relatív szegénység hatása egyértelmű.

VI. *A pszichoaktív szerek (drogok) használatán alapuló pszichés megbetegedések bizonyos társadalmi, gazdasági körülményeket feltételeznek. Ennek megfelelően alakult a kérdőívben adott válaszok aránya is, gyakoribb a drogok használata a jobb helyzetben élő és talán meglepő módon a magasabban kvalifikált férfiak körében. Ennek hátterében nem feltétlenül különálló ok-okozati összefüggést kell feltételeznünk, hanem azt, hogy a roma népességben csak annak elérhető anyagilag a drogok fogyasztása, akinek ezt a gazdasági körülményei megengedik (együttal elég kilátástalan élethelyzetben él ahhoz, hogy szüksége legyen a drogok használatára).*

A megbetegedések alapátlagja a vizsgált népességben 1,27 százalék, ez az arány közel négy és félszerese a megyei átlagnak. Ettől felfelé lényegesen az aktív dolgozó, vagy a befejezett középfokkal rendelkező, vagy a nem szegregáltan, illetve jobb lakáskörülmények között élő férfiak térnek el (a nők átlaga minden esetben lényegesen alacsonyabb).

Mindennek alapján fontos a megfelelő tájékoztatás és a hatékony egészségnevelő program, de lényeges figyelembe venni, hogy a drogfogyasztás önmagában összefügg a fogyasztók szubjektív és ténylegesen kilátástalan élethelyzetével, az élethelyzet javulása nélkül a drogozás visszaszorulása (amint ezt nemzetközi tapasztalatok igazolják) nem várható.

VII. A *nem organikus mentális megbetegedések* a nem megfelelő problémakezelő stratégiákkal rendelkező csoportban jellemzőbbek. E megbetegedések kialakulásának lényeges faktorai (a problémakezelő stratégiák korán szocializált defektjén túl) a stressz, a kilátástalan életviszonyok, illetve ezekkel összefüggően a csoportkohézió gyengeségei. A felsoroltak mindegyike lényegesen jellemzőbb a vizsgált roma népességre, mint a környező társadalomra, így a megoldás, e betegségek előfordulási gyakoriságának csökkenése egyedül a gazdasági és szociális körülmények javulásától várható. [Noha adatok híján nem hasonlíthatjuk össze, feltűnő e megbetegedések igen magas aránya (7,78%) a romák között.]

Adataink azt igazolják, hogy a nem organikus mentális megbetegedések elsősorban veszélyeztetett csoportjai a nők, ezen belül a rossz lakáskörülmények között vagy szegregáltan élők (14,4%), a munkanélküliek (11,5 százalék, szemben a munkanélküli férfiak körében érvényes 5 százalékkal). A háztartásba visszavonult férfiak viszont saját átlagukhoz képest jóval több neurotizáló tényezőnek lehetnek kitéve: arányuk a csoporton belül magas (9%).

Ugyancsak lényeges károsító tényező az alacsony jövedelem (az alsó és a felső jövedelmi harmad között háromszoros különbséget találunk). Az adatok (a pszichiátriai szakirodalommal egyezően) azt igazolják, hogy a deprivált élethelyzet, azaz a szegénység és a szegénységből való kitörés kilátástalansága együttesen igen komoly tényezője e betegségek magas arányának.

VIII. Az *átmeneti agyi keringészavarok* (a stroke-ok) az egészségügyi statisztikák szerint rendkívül nagy arányban jelentkeznek magas vérnyomás-betegség, cukorbetegség, magas vérzsír szint esetén és az érszűkület, az érelmeszesedés adja a pathogenetikai (kóroktani) alapját.

Az átmeneti agyi keringészavarok és a környezeti tényezők közötti összefüggés nem jellegzetes, ezt jól magyarázhatja, hogy a stroke-ok etiológiájában elsősorban a fent említett alapbetegségek megléte játszik szerepet, és nem a környezeti hatások az okai. A környezeti hatásokból nem emelhető ki egyetlen egy sem, mellyel szoros összefüggés volna felfedezhető. A társbetegségek, jelen esetben alapbetegségek azonban jelentősen függhetnek a környezeti, szociális hatásoktól, így a stroke-ok nagyobb gyakorisága közvetve elfogadható.

Összességében a roma népességben az átmeneti agyi keringészavarok aránya közel hatszorosa a megyei átlagnak. (Mivel az egyes lényeges tényezők hatása a betegség arányára kimutathatatlan, a javaslatok között megfogalmazott szűrések, amelyek alapbetegségeket hivatottak diagnosztizálni, távlatilag csökkenthetik a stroke-ok arányát.)

IX. A *csökkentlátás, vakság* jelentősen nagyobb aránya a roma közösségekben (közel tizenkétszeres) jól ismert okoknak köszönhető. A koraszülés, az alacsonyabb születési súly, a perinatalis (szülés körüli) időszakban jelentkező veszélyeztető faktorok nagyobb számában keres-

hető ennek eredete, melyek okozhatnak ab ovo vakságot, illetve a fejlődési elmaradáson keresztül csökkentlátást. Mindemellett azonban a magasabb iskolázottsággal is felfedezhetünk összefüggést, melyet inkább csökkentlátás és általában a betegségekre való fokozottabb odafigyelés következményének foghatunk fel.

Szükséges tehát a terhességek gondozása, szülés és a perinatalis szak szoros megfigyelése, kísérése illetve a csökkentlátás, vakság korai felfedezése, szemészeti szűrés, főképpen a gyermekek körében.

X. A *magas vérnyomás-betegségnek* két alapvető formáját különítjük el, az ún. másodlagos, ismert eredetű, többnyire vesebetegséghez csatlakozó magas vérnyomás betegséget és a 90 százalékot adó primer, idiopathiás, eszenciális magas vérnyomás-betegséget. Az ilyen ismeretlen eredetű magas vérnyomás-betegség alapja az erek szűkülete, más szóval az atherosclerosis, amely a fejlett országokban népbetegségnek számít. A nemzetközi standardok jelentős ok-okozati összefüggést találnak a hipertonia és az ischaemiás szívbetegségek, a cerebrovascularis megbetegedések, a stroke-ok és a veseelégtelenség között.

A magas vérnyomás-betegség multietiológiájú kórkép. Alapja lehet genetikai eredetű, mint például enzimhiány okozta magasabb zsírsav szint a vérben, de alapja lehet más, szorosan kapcsolódó megbetegedés vagy életmódbéli hiányosság, mint például a cukorbetegség, a dohányzás, a stressz, az elhízás, az inaktivitás.

A korral párhuzamosan a rizikótényezők is fokozódnak, így a korrall párhuzamosan a betegség gyakorisága a roma populációban is nő. A multietiológia és az *alacsony minőségű környezeti faktorokkal való kapcsolat miatt az összességében nagyobb előfordulás jól érthető, a roma népességben a magasvérnyomás betegség aránya a megyei átlag 3,35-szöröse.*

A betegség előfordulásának gyakoriságát a vizsgált faktorok közül a gazdasági aktivitás (illetve az ezzel szorosan összefüggő, egy főre jutó családi összbevétel) befolyásolja lényeges mértékben.

Komolyabb mértékben az alapátlagot jelentő 12,2 százaléktól lefelé az aktív dolgozó, illetve a magasabb jövedelmű férfiak térnek el, míg a munkanélküli, illetve alacsony jövedelmű nők körében az előfordulási arány jóval az átlag feletti. Az aktivitás, a nem és a jövedelem adatainak együttes elemzése azonban azt mutatja, hogy a nem önmagában semmiképp nem értelmezhető rizikótényezőként; a nemek gazdasági aktivitásának eltérése a döntő tényező: az aktív dolgozó férfiak és az inaktív nők között kétszeres különbséget találunk.

XI. Az *ischaemiás szívbetegségek* elnevezés a szív elégtelen oxigénellátásán alapuló betegségre utal. Ezeknek számos oka lehet, de a leggyakoribbak a koszorúerekben jelentkező plaque-ok (fali felrakódások). A ischaemiás szívbetegség a fejlett országokban az egyik vezető halálok, így ennek csökkentése igen jelentős probléma. A betegség gyakorisága a korrall párhuzamosan növekszik. Gyakoribb a férfiak-

nál, erős befolyása van a hypertoniának, diabetes mellitusnak, a magas vérzsír-szintnek, a dohányzásnak, az alkoholfogyasztásnak, a testmozgás hiányának és a személyiségnek.

A romák körében az ischaemiás szívbetegek gyakorisága az összes betegség közül a legnagyobb: több mint tizenötszöröse a megyei átlagnak. A korral való párhuzam természetesen a vizsgált romák körében is jelentkezik. A betegség a jövedelemtől, a lakó- és lakásviszonyoktól nem, vagy csak nagyon kis mértékben függ, tehát alapvetően más, olyan tényezőt kell keresni, amely a betegség ilyen nagy arányát igazolhatja, és ezzel párhuzamosan azt a tény is szemügyre kell vennünk, hogy a nők körében a gyakoribb, szemben az erre a betegségre általánosságban jellemző „férfifölénnyel”.

Ennek a kérdésnek a nyitja a nők körében gyakoribb rizikófaktorok és környezeti ártalmak felfedése. A roma nők a családban a vizsgált életkorban többnyire otthon tartózkodnak, háztartásbeliek, alacsony a fizikai aktivitásuk, feltételezhetően gyakrabban küszködnek elhízással. Az önmagában alacsony arányt képviselő háztartásban foglalkoztatott férfiak körében e betegség aránya magas (az alapátlagot jelentő 6,7 százalék közel a kétszerese) – ez a jelenség azonban a háztartásban foglalkoztatott nőkhöz hasonló életkörülményeikkel magyarázható.

Az adatokból az is kitűnik, hogy a nők körében magasabb a diabétesz és a magas vérnyomás aránya, ami szintén fokozott rizikót jelent. Ennek okait a megfelelő részekben tárgyaltuk. A dohányzás – bár erre sajnos egyértelmű adatokat nem kaptunk – vélhetően szintén jellemzőbb ebben a körben. Az orális fogamzásgátlók szedése szintén fokozza a szívbetegek gyakoriságát, ezt azonban nem vizsgáltuk. Ezeknek a faktoroknak eredőjeképpen lehetséges, hogy az ischaemiás szívbetegek gyakorisága jelentősen nagyobb a romák körében, és megoszlása is eltérést mutat a KSH statisztikájában találtakhoz képest.

Ennek megfelelően az ischaemiás szívbetegek megelőzése érdekében a romák körében elsősorban a diabétesz, a magas vérnyomás szűrését és kezelését, dohányzás ellenes és egészséges életmódot oktató programok indítását kellene javasolnunk.

XII. *A cerebrovascularis (agyi keringési) megbetegedések főképpen a hosszú távon jelentkező, az érrendszert érintő alapbetegségek mellett alakulnak ki, fiatal korban nem jellemző kórképek. Sem a KSH adataiban, sem pedig az általunk vizsgált roma populációban nem jelentős, így szignifikanciát nem lehet megállapítani.*

XIII. *A krónikus alsó légúti megbetegedések diagnózisa alapvetően klinikai diagnózis, melynek alapja, hogy a betegnél két évben legalább három, egymást követő hónapban perzisztáló (meglévő) produktív köhögés van. Ennek a betegségcsoportnak a háttérében egyértelműen a dohányzás áll, így a kérdés igen leegyszerűsített.*

Bár a kérdőívben a megkérdezett romák dohányzási szokásairól átfogó és valid értékeket nem kaptunk, ennek a betegségnek és a do-

hányzásnak a kapcsolata igen szoros és jó megközelítéssel oda-vissza igazol. Ennek megfelelően a betegség gyakorisága a különböző csoportokban a dohányzási szokásokra mutat rá, így nagy valószínűséggel állíthatjuk, hogy a szegényebb, rosszabb anyagi helyzetű emberek, a főképpen háztartásbéli nők körében gyakoribb a dohányzás.

Összességében a roma népességben a krónikus alsó légúti megbetegedések aránya közel a négyszerese a megyei átlagnak.

XIV. Az *asthma bronchiale* (röviden: az *asztma*) igen heterogén betegségcsoport, alapvetően a hörgők simaizomzatának alkalomszerűen visszatérő görcsén alapul.

A vizsgált népességben az asztmások aránya 3,62 százalék, amely a megyei arány közel háromszorosa. Adataink szerint főképpen az asztmás betegek és a gazdasági aktivitás, lakóhely, a lakás minősége között találtunk kapcsolatot. Míg az aktív férfiak mindössze 0,6 százaléka szenved ebben a betegségben, addig a munkanélküli férfiak 3,6 százaléka, az inaktív nők aránya pedig kétszerese (3,5%) az aktív dolgozó nőkének. A lakóhely minősége és a szegregáció szempontjából hasonló eltéréseket tapasztalunk.

A KSH adataiban az asztma gyakorisága a korról párhuzamosan csökken, a felnőttek egy jelentős része „kinövi” a betegséget, míg a nálunk vizsgált adatokban ilyen jellegű tendenciát nem láttunk. Ennek oka lehet, hogy azok az asztmás betegek, akik dohányozni kezdenek, betegségüket nem „hagyják el”, idősebb korukban is asztmásak maradnak. A dohányzás és a krónikus légúti megbetegedések összefüggése egészségügyi statisztikákkal bizonyított. A romák körében a rosszabb körülmények közt élők között feltehetően gyakoribb a dohányzás, hiszen itt találtuk magasabbnak a krónikus légúti megbetegedéseket is. Ugyancsak a rosszabb körülmények közt élők körében találjuk nagyobb arányban az asztmásakat is, azonban nem szerinti eltérés nélkül, hiszen az asztma kialakulása nem jellemzőbb egyik nemből sem, így későbbi megmaradására sem lesz jellemző a nemi különbség.

XV. A *gyomor, nyombél megbetegedései* szintén számos, igen különböző kórképet foglalnak össze. A leggyakoribbak ezek között a fekélybetegségek és az ezt megelőző erosív (felmaródásos) állapotok. Az okokat elemezve azt találták, hogy többségében egy baktériális hatás, a *Helicobacter pylori*-fertőzés adja meg a lehetőségét a megbetegedésnek, amelyből a környezeti faktorok megléte esetén alakul ki manifeszt megbetegedés. Ilyen tényezőnek tartják a dohányzást, az alkoholfogyasztást, az epés refluxot (visszaáramlást) és bizonyos gyulladáscsökkentők nagy arányú fogyasztását.

Ezeknek a faktoroknak a gyakorisága az alapátlagtól való eltérések adatai szerint szintén a szegénységgel, deprivációval függ össze (az inaktívok illetve szegregáltan élők körében az arány magasabb). Összességében a roma népességben a *gyomor, nyombél megbetegedések* ará-

nya hat és félszerese a megyei átlagnak. E magas értéket az említetteken kívül befolyásoló tényezőt adataink nem támasztanak alá; ennek vélhető oka épp a dohányzási és alkoholfogyasztási szokások vizsgálatunkban ellenőrizhetetlen mivolta. A háziorvosok véleménye ugyanakkor megerősíti a vélhetően lényegesen magasabb fertőzőes megbetegedettségi szintet.

Megelőzés tehát a javuló szociális körülményeken keresztül, a betegség gyakoriságának csökkentése pedig a panaszok alapján végzett endoszkópos (tükrözéses) vizsgálatokon keresztül lehetséges.

XVI. *A máj megbetegedései* Magyarországon leggyakrabban alkoholos májbetegségeket jelöl, bár természetesen más kórképek is tartoznak ide. A alkoholos alapú megbetegedés függ az alkohol mennyiségétől, az expozíciós időtől és egyéni faktoroktól.

Az alapátlagtól való eltérés adataiban a májbetegségek a magasabbban kvalifikált rétegre voltak jellemzőek, és a dolgozók körében alacsonyabb volt a gyakoriságuk, de semmilyen más csoportban nem mutatott jelentős eltérést. Az adatok azt valószínűsítik, hogy a máj megbetegedései esetén, az alkoholfogyasztással való szoros összefüggése okán a kérdezettek válaszaikban torzítottak, így a májbetegségek adatait nem tekinthetjük teljes mértékben validnak.

XVII. *Deformáló hátgerinc megbetegedések* többnyire fiatal korban megjelenő kórképek, melynek aránya megfelelő körülmények közt felnőttkorban csökken.

Ez a csökkenő arány a KSH eredményeiben megjelenik, ezzel szemben a romák körében a számuk korral nem csökken. Ezt a többi tényező ismeretében értékelhetjük. Ritkábban jelentkezik a munkával rendelkező alacsonyan képzett romák körében (esetükben vélhetően alapvetően fizikai munkásokról lehet szó, ahol a fizikai munka a hibás fejlődési okok miatt korábban kialakult gerincbántalmakat jelentősen javítja). Az alapátlaghoz (5,1%) képest a háztartásban inaktív férfiak kétszeres aránya (10,5%) igazolja feltevésünket.

A hátgerinc-elváltozások közvetlen terapikus megközelítésén túl egyértelmű az aktivitással járó mozgás betegségelőfordulási arányt csökkentő hatása.

XVIII. *A spondylopathiák* körébe az olyan megbetegedések tartoznak, amelyek nem megfelelő, fokozott fizikai megterhelés mellett jelentkeznek. Azok közt, akik rendszeres fizikai munkát végeznek az ilyen megbetegedés kevésbé fordul elő, sokkal inkább a rosszabb fizikumú, kevésbé jó izomzattal rendelkezőkre jellemző.

Ezek a támpontok a kérdőívvel egybevágnak, a betegségcsoport tárgyalása az előző betegséggel együtt is tárgyalható, a megoldás is ennek megfelelően azonos.

Összességében a roma népességben ez utóbbi két betegség aránya több mint négyszerese a megyei átlagnak.

TANULMÁNYOK

XIX. A *csonttritkulás* alapvetően idősebb korra jellemző megbetegedés, így ennek megfelelően gyakorisága a vizsgált populációban relatíve alacsony, egyúttal a megyei átlagnak több mint tízszerese. Mivel a *csonttritkulás* etiológiai hátterében alapvetően hormonális kérdések állnak, illetve tudomásunk szerint nem befolyásolják életmódbeli faktorok, így a magas betegségarány adataink szerint sem magyarázható. A kérdés felderítése további vizsgálatot igényel.

A betegségek előfordulási gyakoriságainak ingadozásai tehát kizárólag a romák korával, nemével, gazdasági aktivitásával és lakóköri-
ményeivel függnék össze, azaz a nem és kor kivételével a romák szegénysége indokolja egyes betegségcsoportok magasabb előfordulását körükben. Kimutattuk, hogy elsősorban a roma népesség abszolút értelemben vett deprivált körülményei tehetők felelőssé a magasabb arányban előforduló betegségekért; tehát a „közösség terápiaja”, a betegségek gyakoriságának csökkentése elsősorban és mindenekelőtt gazdasági és szociális feladat. Azonban e népesség egészségi állapota olymértékben rossz, hogy halaszthatatlan az egészségügy azonnali beavatkozása is.