



Hüse Lajos
Pénzes Marianna

Egészség, telepi körülmények között



Evangelikus Roma Szakkollégium



Szakkollégiumi Tudástár 2.

Hüse Lajos – Pénzes Marianna

Egészség, telepi körülmények között

– kutatási összegző



A kutatás és a kiadvány a Magyar Evangélikus Egyház Roma Szakkollégiuma (Evangélikus Roma Szakkollégium - ERSZK) TÁMOP-4.1.1.D-12/2/KONV-2012-0006 támogatási számú projektje keretén belül valósult meg.

**A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap
társfinanszírozásával valósult meg**

Készült az IMI Print Kft. nyomdájában, Nyíregyházán
Felelős vezető: Nagy Imréné

Szakkollégiumi Tudástár 2.
Evangélikus Roma Szakkollégium
Nyíregyháza
2015



Tartalomjegyzék

Előszó	5
A kutatás beágyazódása az Evangélikus Roma Szakkollégium tevékenységébe	7
A kutatás elméleti háttere	9
- A cigányságról.....	10
- Az egészség aspektusai	15
- Az egészség háttértényezői	20
- Az egészség determinánsa az etnikai helyzet vagy a szegénység?	27
- Egészségkutatások a roma lakosság körében	39
A telepi körülmények között élők egészségi állapotának vizsgálata	51
Anyag és módszer	51
Eredmények.....	53
- A minta demográfiai és egyéb jellemzői.....	53
- A felnőttek egészségi állapota.....	56
- A gyerekek egészségi állapota	67
Záró gondolatok	77
A kutatás során alkalmazott kérdőívek	81
Irodalomjegyzék.....	95

megrendelő	- Molnár Erzsébet, igazgató, ERSZK
kutatásvezető	- Dr. Hüse Lajos, Ph.D.
kutatási koordináció	- Deme Dóra, Veszprémi Erzsébet, Snekszer Katalin
résztvevők	- Az ERSZK 2013/14 és 2014/15-ös hallgatói
a tanulmány elkészítésében közreműködött	- Dr. Csedrekiné Dr. Pénzes Marianna, Kanálos Adrienn, Farkas Norbert

Előszó

Az Evangélikus Roma Szakkollégium vállalt küldetése a szegény sorból érkezett hallgatók, leendő roma értelmiségének tanulmányainak, kezdeti életpályájának támogatása. Ennek érdekében szerteágazó tevékenységet végez, melyek nem csupán az oktatásra, képzésre irányulnak, de a tudományos munkára és a közéletiségre is. A **Szakkollégiumi Tudástár**, amelynek második kiadványát tartja most kezében az olvasó, a tudományos tevékenység eredményein alapszik, és az oktatási tevékenységben hasznosítható módon teszi közzé ezeket az eredményeket.

A második tudástár a telepszerű körülmények között élő romák egészségi állapotát mutatja be, részben a legfrissebb szakirodalom, részben pedig az ERSZK hallgatóinak terepkutatása alapján. A roma populációra irányuló egészségkutatások szakirodalmának megfelelően a Tudástár ezen kötetének hivatkozási rendszere is végjegyzetes formában készült el.

Az egészség alapvető emberi jog és a társadalmi fejlődés legfőbb forrása – ma már ez a gondolat lerágott csontnak tűnhet, azonban az egészségbeli egyenlőtlenségek, mint azok az egészség-eltérések, melyek a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek miatt jelennek meg változatlanul megfigyelhetők Magyarországon. Az orvoslás fejlődése, az „egészségiparban” megfigyelhető technológiai robbanás, az egészséget meghatározó tényezők ismerete, benne pl. a sejtszinten megjelenő hálózatok szerepe egyes betegségek előidézésében, illetve a társadalmak fejlettségének növekedése (életszínvonal, létbiztonság, stb.) még inkább szembetűnővé teszi az egészségbeli egyenlőtlenségeket.

A szerzők

**„A cigányok helyzete nem csak a demokratikus intézmények, hanem a teljes
társadalom lakmusz tesztje.”
(Václav Hável) ¹**

**„Az egészség nem minden, de az egészség nélkül minden semmi.”
(Arthur Schopenhauer)**

A kutatás beágyazódása az Evangélikus Roma Szakkollégium tevékenységébe

A Magyarországi Evangélikus Egyház a TÁMOP-4.1.1.D-12/2/KONV-2012-0006 támogatási számú projektje keretében, nyíregyházi megvalósulással létrehozta Evangélikus Roma Szakkollégiumot. A szakkollégium célja olyan értelmiségi fiatalok kinevelése, akik felelősséget vállalnak és hatékonyan tesznek a cigányság felemelkedéséért és a cigány-magyar együttélésért. Ennek érdekében a szakkollégium a Nyíregyházi Főiskola és a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Egészségügyi Karának (Nyíregyháza) hátrányos helyzetű, elsősorban roma származású hallgatóit saját szakterületükön kimagasló teljesítményhez segíti, valamint tehetséggondozó és szükség esetén hátránykompenzáló tevékenységet végez.

A szakkollégiummal a fenntartó olyan szellemi és közösségi műhely létrehozására törekszik, amelyben a szaktudás, az identitás és az önismeret fejlesztésén túl a társadalmi felelősségvállalás konkrét tevékenységekben is megnyilvánul. Ennek érdekében moduláris rendszerben folyik a szakkollégiumba felvételt nyert hallgatók képzése; az egyes célok teljesülésére a kurzusok modulok szerint szerveződnek:

- ✓ Cigány-magyar identitást erősítő modul
- ✓ Közismereti modul
- ✓ Spirituális modul
- ✓ Közösségi részvétel modul
- ✓ **Társadalomismereti kutatások modul**

A szakmai kiválóság elérése érdekében személyes tanulmányi támogatást és a tudományos-szakmai tevékenységben való előrehaladást serkentő tutori rendszer egészíti ki az előadásokat és szemináriumokat tartalmazó modulokat, amely alkalmat ad az elmélyült mester-tanítvány viszony kialakítására. A szükséges szociális hátránykompenzációt a szakkollégiumok mentorai biztosítják, amely mellett családi mentorálással erősítjük a hallgatók családjainak együttműködését a szakkollégiummal és a képzőintézményekkel.

A szakkollégium biztosítja az oktatók megfelelő szemléletformálását, felkészítését az újszerű feladatra és szerepekre. A hallgatók és oktatók közös tudományos tevékenysége a tudományos diákköri tevékenységen túl a helyi közösségek életébe pozitív változásokat hozó eredményekre is vezethet. A hallgatók közösségi szerepvállalásának fontos kívánalma a szakkollégium szellemi javait széles körbe eljuttatja, a hátrányos helyzetű általános iskolás tanulóktól kezdve a szociális szolgáltatások ügyfelein át a gyülekezetekig.

Az Evangélikus Roma Szakkollégium egészségkutatása a társadalomismereti kutatások modul keretébe illeszkedik. Kutatási célja a roma lakosság egészségmagatartásának, rizikómagatartásának feltárása, hozzájárulás a helyi egészségprogramok helyzetfeltárásához, ezáltal a helyi programok sikerességéhez, valamint a hátrányos helyzetűek, ezen belül kiemelten a romák egészségi állapotának javulásához. Oktatási célja a szakkollégisták kutatási készségeinek fejlesztése, a szakkollégiumi mozgalom erős tehetséggondozó hagyományainak megfelelően.

A kutatás elméleti háttere

Számtalan hazai és nemzetközi tanulmány megerősítette, hogy az egészséget és az életminőséget jelentősen befolyásolják a környezeti és szociális-gazdasági tényezők. A romák jelentősen nagyobb hányada él halmozottan negatív környezeti-gazdasági körülmények között, mint a nem-romák, és ez egészségbeli egyenlőtlenséghez vezet.

Az egészségbeli egyenlőtlenség, mondhatnánk tünete egy súlyos, nehezen visszafordítható betegségnek – a társadalom különböző szféráiban megjelenő elmaradásoknak, azonban ha megvizsgáljuk az egészség háttérében álló tényezőket, szoros kapcsolatokat, egymásra hatásokat fedezhetünk fel. Az egészség károsodása, nemcsak következmény, de oka is a további hátrányoknak. Az egészség a legfőbb érték és egyben erőforrás, a társadalmi fejlődés motorja.

Az egészségbeli egyenlőtlenségek háttérének, befolyásoló tényezőinek vizsgálata komoly nehézségekbe ütközik, ha azokat az etnikai/kisebbségi csoportokhoz való tartozás tükrében kívánjuk megtenni. Talán egyetlen népcsoportot sem ért ilyen mély előítélet, mint a romákat. Azok a társadalmi sztereotípiák, melyekkel nap, mint nap találkozunk (a cigányok hangosak, tanulatlanok, lusták, sok gyerekük van, a pénzt beosztani nem tudják, képtelenek az időbeosztást tartani, hogy az enyhébbeket említsük) szinte áttörhetetlenek. Bár gyakran megjelennek a jó példák az egyéni sikerekről, a szakmai tudásról, elkötelezettségről, kitartásról, ezeket a többségi társadalom egyedinek, kivételnek ítéli meg. Ha csak szűken a tanulmány célját, az egészségi állapotot és az azt befolyásoló tényezőket tekintjük, beleütközünk az első, legnehezebb kérdésbe? Kit is tekintünk cigánynak? vagy romának? Ez utóbbit kimondva már magát a kérdést is csomagoljuk, hiszen a cigány etnikum megnevezés már magában hordozza az előítéletet, a „skatulyát”, amihez érzések, gondolatok, előítéletek kötődnek.

- A cigányságról

A cigányok Indiából származó nép, mely a 15. században vándorolt be Európába. Önmagukat *romnak*, vagyis „embernek”, illetve néha *kálonak*, „feketének” nevezik. A magyarországi vándorcigányok néhol *manusnak* (szintén „ember”) is nevezik magukat².

A világ népei és nyelvei különféle szavakkal nevezik a cigány népet. A Londonban, 1971. április 8-12. között megtartott Első Roma Világkongresszuson, maguk az ott jelenlévő, különböző cigány népcsoportokhoz tartozó küldöttek, konszenzussal azt fogadták el, hogy a világ összes cigány származású emberének közös és hivatalos elnevezése attól kezdve a *rom* többes számú alakja, azaz a *roma* legyen. A hagyományos *cigány* elnevezés ma egyesek szerint negatív jelentéstartalmat hordoz, ezért a közéletben kerülendőnek tartják. Magyarországon jelentős csoportok illetve általában a cigányok nagy része azonban továbbra is *cigánynak* nevezik magukat, és az elnevezés a cigányság céljait támogató egyes szervezetek nevében is tovább él, mint például az *Országos Cigány Önkormányzat* esetében. Természetesen a *cigány* szó a magyar nyelv része, amelynek helye van a kultúrában, és erősen vitatott, hogy mennyire cserélhető fel erőszakkal egy idegen nyelv vele megegyező jelentésű szavával.

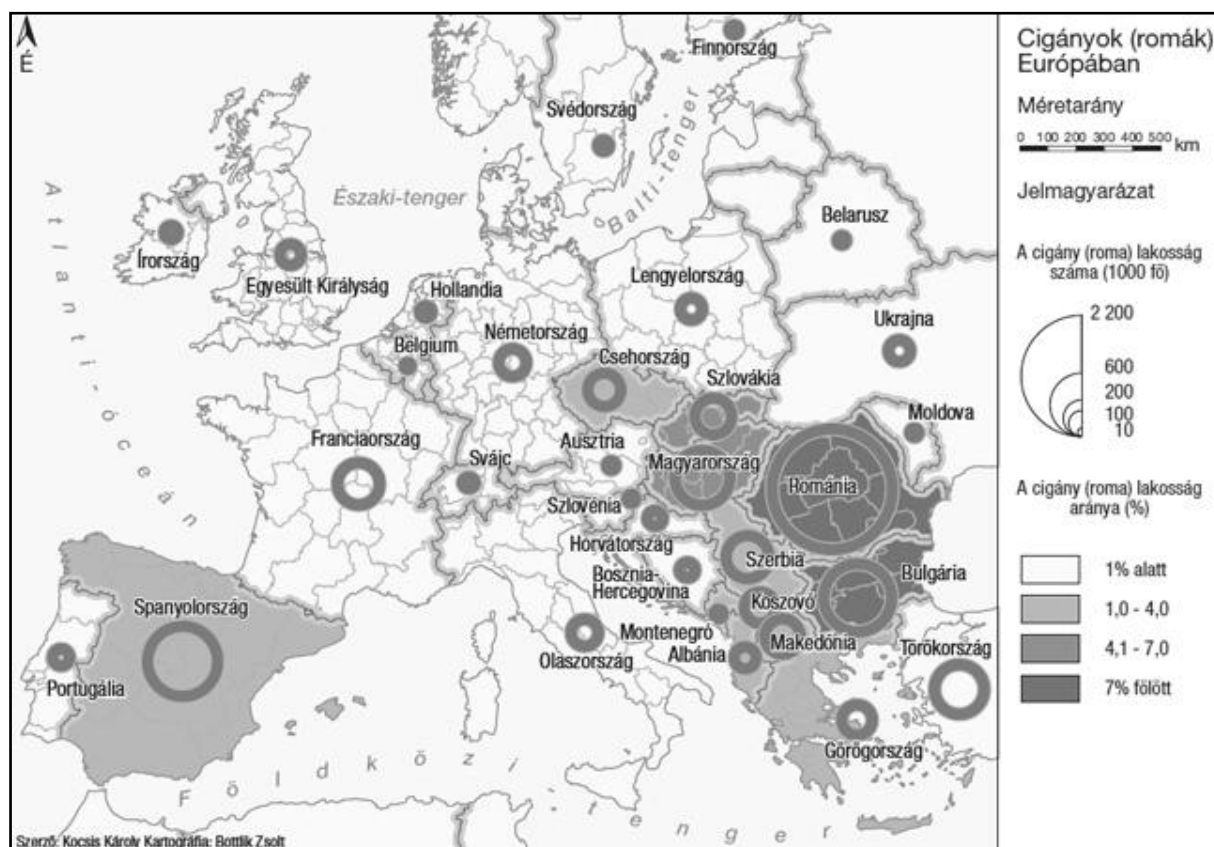
Bár e többségében hátrányos helyzetű népcsoport elnevezése nyelvészeti vitát³ okoz, a cigány vagy roma elnevezés, sokkal több jelentéssel bír, mint amit a származás, nyelvészet megfogalmaz. Működnek a sztereotípiák – elképzelések, előítéletek, melyek személyes élményeken és mások véleményén alapulhatnak; lehetnek hasznosak a mindennapi életben való tájékozódáshoz; viszont előítéletekhez és diszkriminációhoz vezethetnek.

Visszatérve az alapkérdéshez: ki is a roma? Vegyük górcső alá a TÁRKI 2014 monitor⁴ eredményeit. A TÁRKI Háztartás Monitor 2014. évi hullámában az etnikai hovatartozásra vonatkozó információ gyűjtése, összhangban a 2011-es Népszámlálás és a KSH nem kötelező lakossági adatfelvételeinek gyakorlatával, a kérdezett önazonosításán alapult, megengedve a kettős identifikációt. Korábban az etnikai hovatartozásra vonatkozó információ a kérdezőbiztostól származott, aki jelezte, hogy szerinte a kérdezett roma, nem roma vagy ezt nem tudja eldönteni. Ugyancsak változást jelent a korábbi évek gyakorlatával összevetve, hogy romának tekintünk valakit abban az esetben, ha a háztartásfő vagy a háztartásgazda elsődlegesen vagy másodlagosan romának vallja magát, míg korábban csak a háztartásfő

etnikai hovatartozása alapján képezték ezt a háttérváltozót. Az önazonosítás kettős kérdése 2009 óta része a Háztartás Monitor kutatás kérdőívének.

A romák hazai arányairól a népszámlálási adatok, becslések és nem hivatalos vélekedések között jelentős eltérések vannak. Európa legnagyobb létszámú kisebbsége (számukat 7-12 millióra becsülik), melynek 80%-a Közép Európában él, és közülük legtöbben Bulgária, Románia, Szlovákia, Magyarország, Csehország, és Szlovénia területén laknak. A migráció révén, különösen az EU bővítés utáni időszakban jelentős számban megjelentek más országokban is, gyakran a deprivált területeken, sokszor szegregáltan, rossz lakhatási és életkörülmények között. Az így kialakult roma közösségekben általánosan megfigyelhető a szegregáció, kirekesztés, iskolázatlanság, munkanélküliség, mindazon körülmények, melyek az életminőséget, egészséget hosszú távon negatív irányban befolyásolják. ⁵

1. ábra. Romák Európában



Forrás: www.afoldgomb.hu/emberi-tenyezo/870-terkepen-ciganyok-romak-europaban

Közismert, hogy a kisebbségek, köztük a romák számát általában alulbecslik a népszámlálások, nemcsak Magyarországon, hanem számos más európai országban. Magyarországon, kifejezetten a cigány lakosság létszámbecslését célzó kutatásokat Kemény

István vezetésével folytattak először. Ezek alapján a magyarországi cigány lakosságot a cigány háztartásokban élők számával mérve 1971-ben kb. 320 ezerre, 1993-ban 468 ezer körülire, 2003-ban pedig 520 ezer és 650 ezer közöttire tehetjük (Kemény 2004).

Összehasonlítva más európai országgal, amelyekben becslések szerint átlagosnál magasabb számban élnek romák⁶:

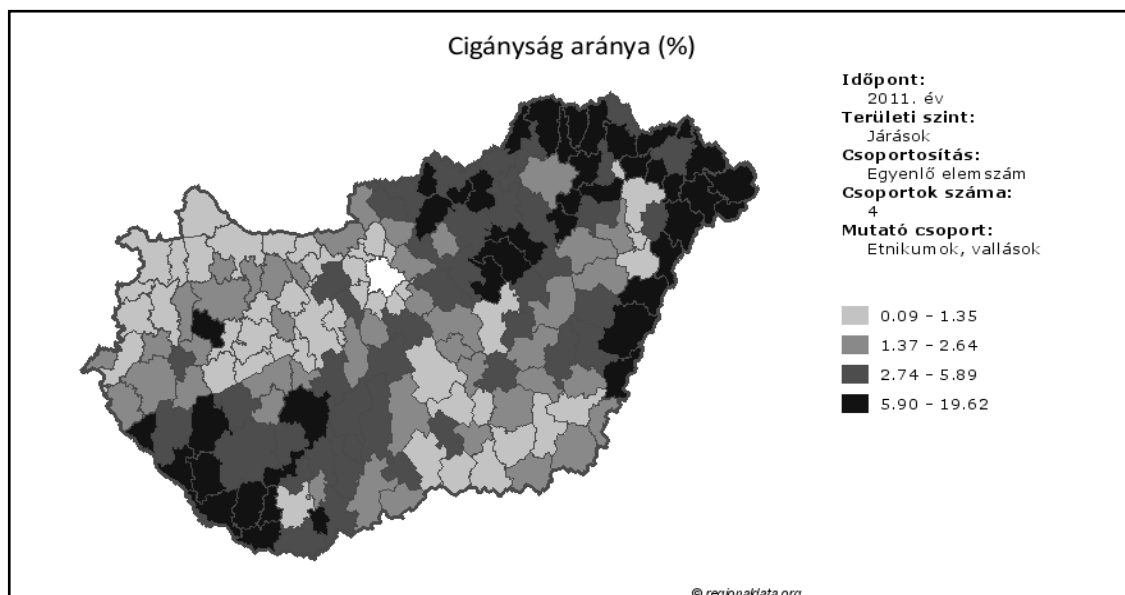
1. táblázat. Feltételezett roma lakosságszám az EU egyes országaiban

Ország	Romák feltételezett száma (fő)
Görögország	125 000
Portugália	33 338
Csehország	230 000
Szlovákia	320 000
Románia	1 050 000
Bulgária	370 908
Spanyolország	665 987
Magyarország	650 000
Európai Unió összesen	2 795 233

A 2011. évi Népszámlásban 315 ezer fő vallotta magát cigány (romani, beás) nemzetiségűnek, ami a 10 198 351 fős teljes magyar népesség 3%-át teszi ki. A különböző megközelítések jelentősen eltérően adják meg a roma közösség létszámát.

A roma lakosság megoszlása jelentős területi különbségeket mutat, erre későbbiekben az egészségügyi egyenlőtlenségek bemutatásánál ismét visszatérünk.

2. ábra. A hazai cigányság területi megoszlása



Forrás: www.regionaldata.org

2. táblázat. A magyarországi romák becsült száma és aránya a teljes népességben belül a népszámlálások és különféle módszertannal készült kutatások alapján

Év	Adatforrás	Módszer – identitáskérdések irányultsága és száma	Romák (becsült) száma (fő)	Romák (becsült) aránya (%)
2001	Népszámlálás	egy kérdés, önbesorolás	190 000	1,9
2011	Népszámlálás	kettős kérdés, önbesorolás	315 000	3,2
2003	Cigánykutatás (Kemény, 2003)	külső besorolás - becslés	600 000 (520 – 650 e)	6,0
2012	TÁRKI Háztartás Monitor	1) kettős kérdés, önbesorolás – becslés	440 000 (420 – 460 e)	4,4
		2) korábbi kérdésként, külső besorolás, becslés	210 000 (200 – 220 e)	2,1
		összesen 1+2	650 000 (620 – 680 e)	6,5

Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet átfogó kutatást végzett a romák és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatáról (Marketing Centrum 2004: A roma népesség és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolata⁷). A tudományos és szakmai központnak az volt a célja a felméréssel, hogy megbízható, országos szintű, nemzetközileg is összehasonlítható pontos információkat és adatokat bocsássonak rendelkezésre a döntéshozók számára. A 2010 őszen a Marketing Centrum OPK Kft. és a Budapesti Corvinus Egyetem IKN Kft. kutatói és kérdezői csoportjainak részvételével végzett kutatás célcsoportja a 16 és 64 év közötti roma, cigány származású népesség volt.⁸

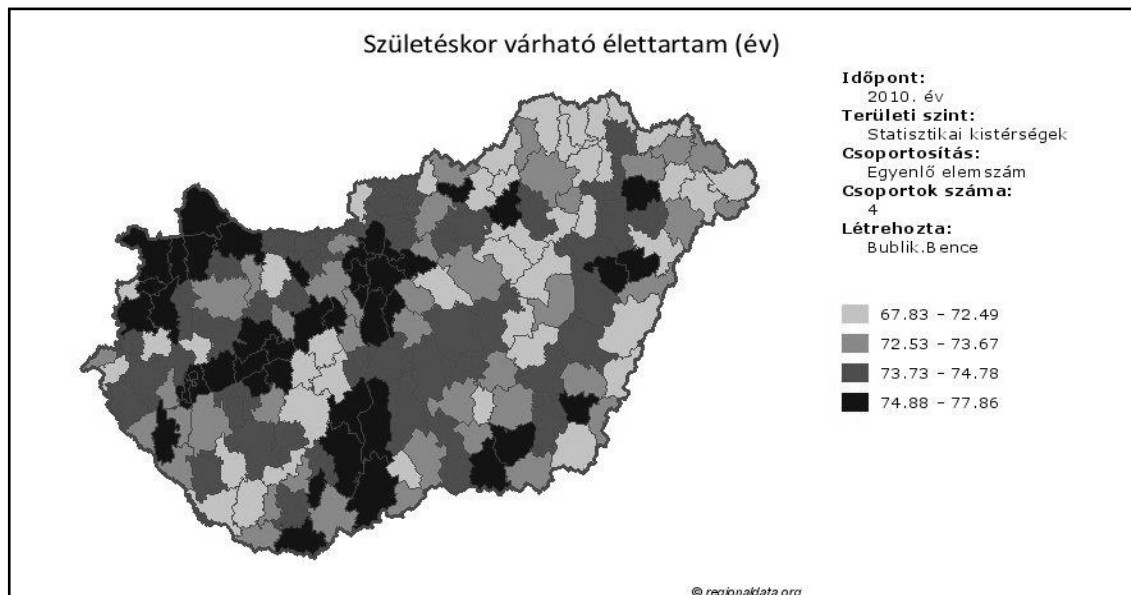
Becslésük szerint jelenleg nagyjából 750 ezer roma él Magyarországon, a legtöbben az ország északi és keleti területén, illetve a Dél-Dunántúlon. Minél nagyobb a település mérete, annál feszültebb a hangulat romák és nem romák között, legjobban a viszony az ötezer lakos alatti településeken – derült ki a felmérésből. A kutatás előzetes adatai szerint a romák egészségi állapota összességében sokkal rosszabb, mint a többségi társadalomé, ebből következik, hogy várható élettartamuk is jelentősen elmarad a többség várható élettartamától. Az országos mutatóknál is rosszabb a cigány társadalom egészségi helyzete a gazdaságilag kevésbé fejlett régiókban: Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon.

A korábban már bemutatott népszámlálási adatok szerint a romák száma jóval alacsonyabb, mint az előbbi kutatás szerint. Újra és újra felvetve a kérdést ki is a roma? Kit is vizsgálunk illetve kit is kell vizsgálnunk?! Valóban a roma kultúra, a roma kisebbséghez tartozás határozza meg az egészségüket és egészséggel kapcsolatos magatartásukat, vagy a sokdimenziós egészségi háttér különböző elemei (iskolázottság, gazdasági helyzet, munka, jövedelem, diszkrimináció, kirekesztettség stb.) egymással való kölcsönhatásban vezet egészségbeli egyenlőtlenséghez.

- Az egészség aspektusai

Az egészség alapvető emberi jog és a társadalmi fejlődés legfőbb forrása – ma már ez a gondolat lerágott csontnak tűnhet, azonban az egészségbeli egyenlőtlenségek, mint azok az egészség-eltérések, melyek a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek miatt jelennek meg változatlanul megfigyelhetők Magyarországon.

3. ábra. Születéskor várható élettartam, 2010⁹



Forrás: www.regionaldata.org

A tanulmány elején olvasható Schopenhauer idézet aktualitása semmit sem veszített napjainkig, sőt, jelentősége egyre nagyobb. Az orvoslás fejlődése, az itt is megfigyelhető technológiai „robbanás”, az egészséget meghatározó tényezők ismerete, benne pl. a sejtszinten megjelenő hálózatok szerepe egyes betegségek előidézésében még inkább szembetűnővé teszi az egészségbeli egyenlőtlenségeket.

Az EU strukturális alapjainak felhasználása a roma integráció elősegítésére 2014-2020 című dokumentum hangsúlyozza, az egészség egyike azon 4 területnek, mely hozzájárul a romák integrációjához, és különösen az oktatás és foglalkoztatás szempontjából¹⁰ fontos. Ahogyan az Egészségügyi Világszervezet 1848-as deklarációjában is megfogalmazta, az egészség a testi, lelki és szociális jóllét állapota, nem csupán a betegség vagy gyengeség

állapota. A romák egészségi állapotának javítása, nem önös érdekünk, hanem alapvető előfeltétele a megfelelő szintű iskolázottság és foglalkoztatottság elérésének. Ezek nélkül esélyük sincs kikerülni a szegénység csapdájából. E circulus vitiosus, vagyis iskolázatlanság, munkanélküliség, számtalan más tényező által is befolyásolt rossz egészségi állapot nemcsak az egyén szintjén, hanem generációkon át ható hátrányhoz vezet, negatív hatása az egész társadalom szintjén megjelenik.

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők közül az egyik, bár nem jelentéktelen, az egészségügyi ellátás, a hozzáférhetőség, elérhetőség, az igénybevétellel kapcsolatos tapasztalatok – diszkrimináció, és az informáltság (az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét befolyásoló tájékozottság).

Az EU strukturális alapjainak felhasználása a roma integráció elősegítésére 2014-2020 című dokumentum EU szinten mutatja be azokat az általános egészség-jellemzőket, melyek az itt élő roma közösségeket jellemzik. Természetesen az egészségbeli egyenlőtlenségekben a romák tekintetében is további területi eltéréseket találunk, nemcsak az egyes országok között, hanem azon belül is.

Egészségi állapotra illetve azzal szoros kapcsolatban álló, egészségdeterminánsokra vonatkozó általános adatok:

- gyermekhalandóság 2-6-szor magasabb a romák között, mint a nem-roma közösségekben (EU framework for national Roma integration strategies);
- a napi aktivitást zavaró egészségproblémák magasabbak a romák (14-45%) mint a nem-romák (10-35%) között, különösen a nők esetében (FRA-UNDP 2012)
- a születéskor várható élettartam romák esetében becslések szerint 10-16 évvel lehet kevesebb, mint a nem roma EU állampolgároknál (EU framework for national Roma integration strategies; ERRC 2013)
- becslések szerint jelentősen magasabb a tinédzserkorban, nem-tervezetten a szülések száma a romák között;
- jelentősen magasabb a dohányzók aránya a roma lakosok között (50-75%) mint a nem-romák között (24-45%);
- az alkohollal vagy drogfogyasztással összefüggő problémák magasabbak a marginalizált közösségekben (16-19%) mint az átlagos népességben (11%) (FSG 2009);
- a roma gyermekek átoltottsága általában Európában 10%-kal alacsonyabb, mint az átlag populációban (UNDP 2013); itt érdemes megjegyezni, hogy Magyarországon a

kötelező oltási rendszer valamint a magas szintű oltási fegyelem és kontroll miatt a kötelező oltások tekintetében jelentős eltérés nincsen az átoltottságban;

- Romániában és Bulgáriában a nőgyógyással való találkozások aránya a felmérések szerint a roma nők alacsonyabb arányú (75%) mint a nem-romák esetében (UNDP 2013);
- arra a kérdésre, hogy mennyire tudja megengedni magának, hogy az orvos által kiírt gyógyszert megvegye, a nem választ adók aránya jóval magasabb (45-70%) a roma családokban, szemben a nem-romákkal ahol nem választ a megkérdezettek 10-30%-a adott . (UNDP 2013);
- az egészségügyi ellátás elérhetősége, igénybe vételének lehetősége fontos tényező különösen az egészségükben (is) lemaradt romák esetében, Magyarországon pl. a legtöbb betöltetlen állást a legelmaradottabb kistérségekben találjuk;
- a körzeti ápolók, védőnők száma nem arányos az ellátott lakosság számával, sőt különösen nem a hátrányos helyzetűekével, akik nagyobb odafigyelést, intenzívebb ellátást igényelnének.
- az egészségbiztosítással nem rendelkezők aránya magasabb romák esetében, mint a nem roma lakosok esetében.

A biztosított státusszal kapcsolatban 12 közép-európai országban végeztek felmérést, mely egyértelműen jelezte, hogy a romák (Európa legnagyobb számú kisebbsége) esetében jelentősen alacsonyabb az egészségbiztosítás aránya Szlovákia és Szerbia kivételével, mint átlagosan. Bosnia-Herzegovina esetében közel 30%, Bulgáriában és Romániában meghaladja a 40%-ot, Moldovában 59,7%, Albániában 67,7% a nem-biztosítottak aránya!

A romákat súlyosan érinti a szegénység, az iskolázatlanság, magas munkanélküliség és a társadalmi kirekesztettség, mindazon tényezők összessége, mely jelentős hatással van az egészségükre. A megfelelő szintű egészség-biztosítás hiánya tovább súlyosbítja az egyébként is károsodott egészségi állapotot, lehetetlenné téve a korai beavatkozást, a kialakult betegség súlyosbodásának megakadályozását, a rehabilitációt. Úgy tűnik az egészségbiztosítás hiánya, nem a munkanélküli státusz következménye (FRA-UNDP 2012 and UNDP 2013), hiszen nem-foglalkoztatott is lehet biztosított.

Számtalan vizsgálat kutatja az egészséget, jóllétet befolyásoló és befolyásolható tényezőket, megalapozva a hosszú távon sikeres, a romák egyenlő esélyű társadalmi részvételét biztosító politikák, stratégiák és beavatkozási tervek megvalósítását.

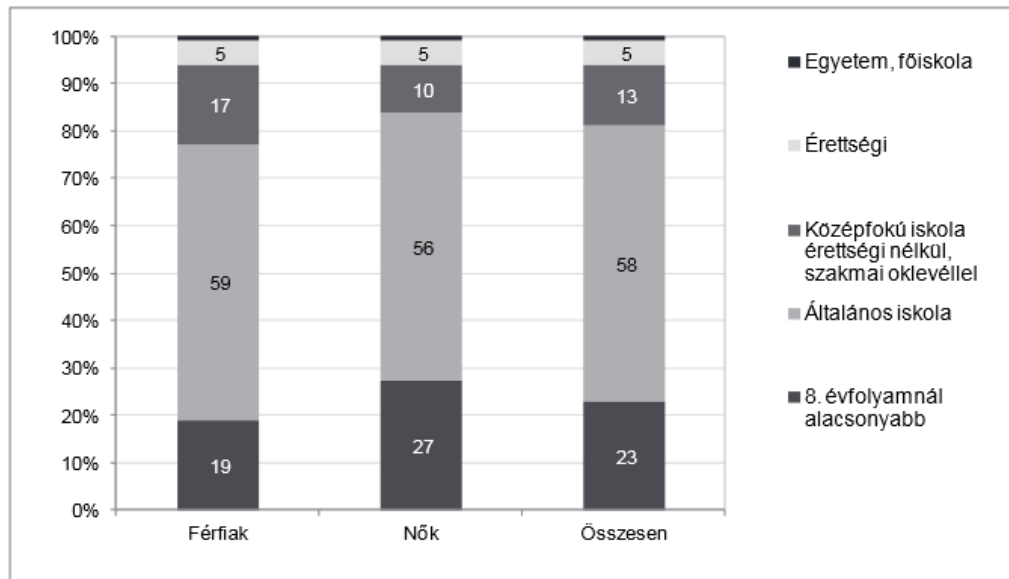
Az egészség társadalmi tényezői¹¹ azok a körülmények, amelyek között az emberek megszületnek, felnőnek, élnek, dolgoznak és megöregednek. Ezek erősen befolyásolják, hogy valaki egészséges lesz/marad-e, milyen betegség rizikókkal kell szembesülnie, milyen élethosszra számíthat, sőt életéből mennyit tölthet el egészségesen, megfelelő életminőségben.

Az egészségbeli egyenlőtlenségek – méltánytalan és elkerülhető különbségek az egészségi állapotban – azok az eredmények, melyeket az egyenlőtlen társadalmi tényezők okoznak.

A szegénység kulcstényező a rosszabb egészségi állapot háttértényezői között, az egészségbeli különbségek követik a társadalmi rétegződést. A társadalomban elfoglalt hely tükröződik a forrásokhoz való hozzájutásban és azok megőrzésében, a jövedelmen túl például az iskolázottság, munkahely, lakhatási körülmények, de ezeken túl olyan erőforrásokra is gondolhatunk, mint a társadalmi részvétel és a saját élet feletti kontroll.

Magyarországon az iskolázottság tekintetében megfigyelhető területi különbségek mögött fontos háttér tényező a roma lakosság aránya, hiszen részvételük az iskolai oktatásban a magasabb oktatási szintek felé rohamosan csökken, messze alulmarad a többségi társadalom átlagától. A magyarországi 2011-es népszámlálás összesített adatai¹² szerint a 15 éves és idősebb lakosok közül rendelkezik legalább 8 általános iskolai végzettséggel 95,1% (férfiak: 96,9%, nők: 93,5%). A roma lakosság iskolázottsági lemaradása jelentős, férfiak esetében 81%, nőknél 73%, átlagosan 77% a legalább általános iskolai végzettségűek aránya.

4. ábra. A 15 éves és idősebb roma népesség iskolai végzettsége nemek szerint a 2011-es Népszámlálás alapján (%)



Forrás: Bernát Anikó: Leszakadóban: A romák társadalmi helyzete a mai Magyarországon¹³

- Az egészség háttértényezői

A romák társadalmi felzárkózásának, egészségbeli és egyéb területen jelentkező hátrányainak leküzdéséhez elengedhetetlen az iskolázottsági szint emelése. A különböző intézményi típusok, ahol a gyerekek tanulnak, nyilvánvalóan befolyásolják az elsajátított ismereteket, készségeket, – szegregált esetleg integrált oktatási intézmény típusok, speciális iskolák, gyógypedagógiai intézmény – hatásain túl, gyakran tapasztaljuk, hogy már az általános iskola sikeres befejezése is komoly erőfeszítést kíván, sokan kiesnek az oktatási rendszerből. Magatartási és egyéb okok miatt nemritkán kerülnek magántanulói státuszba, amely tovább rontja esélyeiket az iskola sikeres befejezéséhez.

Kertesi Gábor és Kézdi Balázs 2012-es publikációjában¹⁴ vizsgálta a 2006-os országos reprezentatív adatok és saját kutatási eredmények alapján a roma fiatalok készségbeli lemaradását és annak társadalmi hátterét. Eredményeik azt mutatták, hogy a nyolcadikos roma tanulók olvasási-szövegértési valamint matematikai készségeit tekintve lemaradásuk az 1980-as évekbeli amerikai fekete és fehérbőrű diákoknál megfigyelt különbségekhez hasonló. Véleményük szerint a jelentős elmaradás nem etnikai hátterű, hanem társadalmi okokkal magyarázható: a rossz egészségi állapot mellett jelentősebb szerepe van az otthoni környezetnek, a szülői háttérnek valamint az oktatási környezetnek. A nyugodt tanulást hátráltató otthoni környezet, a családi értékrend, az alacsony társadalmi státusz mellett az etnikai alapú kirekesztés is akadályozza a tanulást. A tanulmány megerősíti, hogy a roma és nem-roma gyerekek iskolai teljesítménye közötti jelentős különbség okait nem valamilyen sajátos etnikai értékrendben kell keresni, azok jól meghatározható társadalmi okokkal magyarázhatók. A munkanélküliség, jövedelemhiányból fakadó szegénység, a rossz lakhatási körülmények valamint a szülők iskolázatlansága a rossz egészségi állapot, az otthoni nevelési környezet valamint az oktatás minősége, mint különböző közvetítő mechanizmusokon keresztül vezethetnek a gyerekek tanulási lemaradásaihoz. A tanulmány konklúziója¹⁵:

„Ha a roma és nem roma fiatalok egészségi állapota nem különbözne egymástól, továbbá ha a roma fiatalok otthoni környezetükön belül ugyanolyan mértékben hozzájutnának a készségeik fejlődéséhez szükséges erőforrásokhoz, eszközökhöz és tevékenységekhez, mint a nem roma fiatalok, és ha a minőségi oktatáshoz való hozzáférési esélyeikben sem lennének különbségek, akkor a nyolcadik évfolyamon mért iskolai teljesítményeik egyáltalán nem,

vagy csak elenyésző mértékben térnének el egymástól: olvasási - szövegértési készségek tekintetében egyáltalán nem lennének, matematikai készségek tekintetében pedig kicsik lennének a különbségek. A roma fiatalok iskolai lemaradását nem etnikai sajátosságok, hanem csaknem kizárólag jól értelmezhető társadalmi okok magyarázzák.”

A probléma csak az, hogy a fenti háttértényezők, okok és okozatok, sok esetben még akkor is nehezen megszüntethetők, ha „pénz-paripa-fegyver” rendelkezésre állna és a társadalmi elkötelezettség minden irányban maximális lenne. Számtalan jó példa azonban mégis azt mutatja, hogy az iskolázottság, az oktatás minősége, a környezet s rajtuk keresztül és azokra hatva az egészségi állapot javítható, azonban jelentős, jól mérhető és hosszú távú pozitív változáshoz további tényezők is számba veendők.

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Régió Irodája az „Egészség 2020- egészség stratégiájában” (Health 2020 – policy framework and strategy¹⁶) bemutatta az 53 tagállam által elfogadott célokat:

- jelentősen növelni kell a lakosság egészségét és jóllétét,
- csökkenteni kell az egészségbeli egyenlőtlenségeket,
- erősíteni kell a közegészséget és
- biztosítani kell az általános, fenntartható, esélyegyenlőségen alapuló és magas színvonalú, ember-központú egészségügyi ellátó rendszert.

A dokumentum is hangsúlyozza, hogy az egészség a társadalmi-gazdasági fejlődés esszenciája, nélkülözhetetlen erőforrás, melynek megteremtéséhez megfogalmazott beavatkozások, programok kormányzatokon, társadalmakon át ívelnek. Az egyének bevonása, aktivizálása, a felelősség megosztása nélkül lehetetlen a korábban már bemutatott célok elérése. Az együttműködés egyéb területek prioritásait is befolyásolja pl. iskolázottság, társadalmi bevonás és kohézió, nemi esélyegyenlőség, szegénység csökkentése, közösségi resiliencia és jóllét. Az egészség ezen determinánsai, illetve ezek pozitív irányú változása az egész társadalomra és a gazdaságra is előnyös hatással lesznek.

Az Európai Unió kisebbségek helyzetét és a diszkriminációt vizsgáló felmérésében¹⁷ 2008-ban összesen 23500 bevándorlóval illetve kisebbséghez tartozóval készítettek személyes interjút az Európai Unió 27 országában. További 5000 embert is megkérdeztek a többségi

társadalomhoz tartozók közül, akik a kisebbségekkel azonos helyen élnek az összehasonlítás érdekében. A kutatásuk során többek között a diszkriminációval kapcsolatos tapasztalatokat, a jogok érvényesítésének lehetőségeit vizsgálták.

A kutatásba bevont romákkal (az interjúba bevont országok: Bulgária, Csehország, Görögország, Magyarország, Lengyelország, Románia, Szlovákia) készített interjúk alapján:

Bár az uniós tagállamokban a romák írástudatlansága nem jellemző általánosan, azoknak az aránya, akik továbbtanulnak középfokú intézményekben továbbra is nagyon alacsony (pl. Bulgáriában 22%, Magyarországon 36%, Szlovákiában 38%).

A vizsgálat idején a romák között a fizetett állással rendelkezők (önfoglalkoztatott vagy teljes ill. részmunkaidőben dolgozó) aránya Csehországban a legmagasabb 44%, Romániában csak 17%, Lengyelországban 18%. Magyarországon a vizsgálatba bevontak 31%-a rendelkezik ilyen állással.

A romák jelentős része szegregáltan él, többnyire romák között.

Arra a kérdésre, hogy az elmúlt évben illetve 5 évben tapasztalt-e hátrányos megkülönböztetést (munkahelykeresésnél, egészségügyben, lakás keresésénél, közintézményekben, az iskolában, kávéházban vagy étteremben, bankszámlaszám nyitás, banki ügyintézés során stb.) Csehországban válaszoltak a legnagyobb arányban igennel (64%), Magyarországon ez az érték 62%. A legkevesebben Bulgáriában és Romániában válaszoltak igennel.

Magyarországon a megkérdezettek 90%-a érzi úgy, hogy a romákat etnikai hátterük miatt diszkriminálják.

Az Egészségügyi Világszervezet Egészség 2012 Egészségpolitikai keretek és stratégia című dokumentumában részletesen elemzi az egészségbeli egyenlőtlenséggel különösen érintett népcsoportok, köztük a romák helyzetét.¹⁸ A hátrányos megkülönböztetés és az esélyegyenlőtlenség egész életen át halmozódik, továbbadódik a következő generációknak és így tartós lemaradáshoz vezethet az egészségi állapotban, valamint a családban és a társadalomban is. A társadalmi kirekesztettség korlátozza az egyéni és kollektív kapacitások növekedését. A romák, bevándorlók, fogyatékkal élők különösen érzékenyek a kirekesztettségre, így sérülékenyebbek, és az őket ért ártalmak hatása megsokszorozódik.

Tapasztalataink is megerősítik, hogy a romák általában 10-15 évvel rövidebb életre számíthatnak, körükben az anyai és a csecsemőhalálozás emelkedett, magasabb a 2 típusú diabétesz, koronária betegség, felnőttek körében a kövéréség, gyermeknél a táplálkozási problémák.

Például Szerbiában, a roma telepeken élő nők 51%-a alultáplált, többségük dohányzik és a UNDP által elvégzett, a sérülékenységet célzó kutatása szerint a roma gyerekek 50%-nál havonta több mint kétszer előfordul, hogy éheznek, szemben a többségi társadalom gyermekeivel (ott ez a rizikó kb. 6%). Bizonyíthatóan jelentős különbség van az egészségügyi rendszer elérhetőségében és az egészségi állapotban romák és nem romák között. A szülés előtti gondozást, alacsony születési súly előfordulását, szoptatás gyakoriságát, anyai dohányzást, tápláltsági állapotot és az átoltottságot vizsgálva is markáns eltérések vannak a romák és a többségi társadalom tagjai között, még abban az esetben is, ha az átlag népesség legszegényebb alsó ötödével hasonlítjuk össze.

A sérülékeny csoportok, köztük a romák egészségproblémái hátterében döntő szerepet játszik a hátrányos társadalmi helyzet, így leginkább a társadalmi kirekesztettség megszüntetésére irányuló beavatkozásoknak lehet valóban jelentős hatása az egészségi állapotukra.

Magyarországon számtalan tanulmány, kutatás foglalkozik az egészségbeli egyenlőtlenségek vizsgálatával, az okok felderítésével és hatásos, hatékony programok megvalósításával.

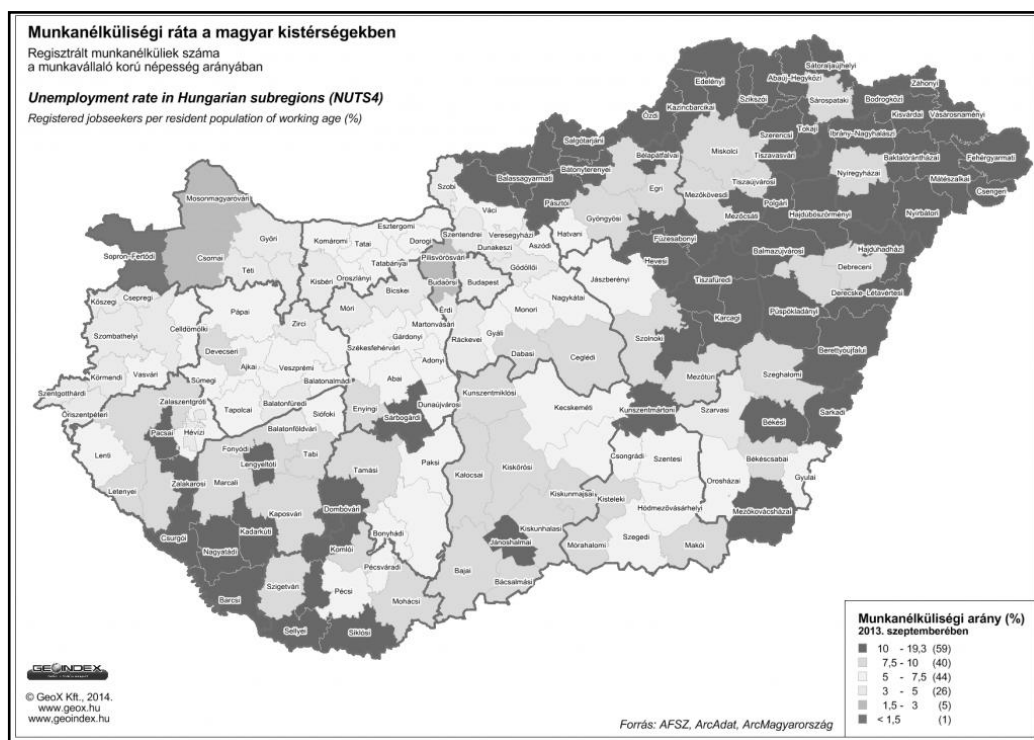
Az egészségegyenlőtlenségek az egyének és csoportok eltérő társadalmi-gazdasági helyzetére vezethetők vissza, ezért azok igazságtalannak, méltánytalannak tekinthetők¹⁹ – olvashatjuk a Területi statisztika 53 évfolyamának 2 számában. A tanulmány az egészségbeli egyenlőtlenségek és a gazdasági válságok összefüggéseit vizsgálja, azok területi folyamatain keresztül, hangsúlyt fektetve a negatív hatások mérséklésére.

A vizsgálatban az életesélyek (születéskor várható élettartam) valamint az állástalanság mintázatát vetették össze a jelentősebb gazdasági válságok idején. Kiinduló pontként azt a több tanulmányban igazolt álláspontot fogadták el, miszerint a munkanélküliség és az egészségi állapot között szoros összefüggés van: a munkahely elvesztése a jövedelem jelentős csökkenése, megszűnése mellett negatívan hat a lelki egészségre, önértékelésre, a jövőbe vetett hitre és a társas kapcsolatokra (családi, párkapcsolatok, barátok, külső társas kapcsolatok). Másrésztől válság idején, a munkahely megtartása érdekében tett erőfeszítések, az önkizsákmányolás, a saját érdekek feladása, netán opportunista hozzáállás növelheti az egészségre káros magatartás kialakulását (függőségek megjelenése), a pszichoszomatikus betegségek létrejöttét, az egészség megőrzésének elhanyagolását, a munka-személyes élet egyensúlyának felborulását. Mindezek összességében betegségekhez, egészségkárosodáshoz

majd hosszabb rövidebb idő után a munkaképesség csökkenéséhez, elvesztéséhez vezetnek. A munkahelyen megtapasztalt aránytalanság a követelmények/erőfeszítések valamint a kontroll lehetősége/jutalom tekintetében jelentős kockázati tényező pl. a szív és érrendszeri megbetegedések tekintetében.

Az alábbi térképen jól látható a munkanélküliség területi eltérései. Ha a korábbi térképeket is szemügyre vesszük a tendenciák hasonlóak, a megyeszékhelyek kivételével jelentős többlet figyelhető meg az észak-magyarországi, észak-keleti régiókban illetve a dél-nyugati területeken. A roma lakosság területi megoszlását mutatja a fenti ábra (a cigányság– mint mutató leírása az ábra melletti szövegdobozban megtalálható - aránya²⁰) mutatja. Összehasonlítva a születéskor várható élettartammal, a munkanélküliség megoszlásával szembetűnő az átfedés.

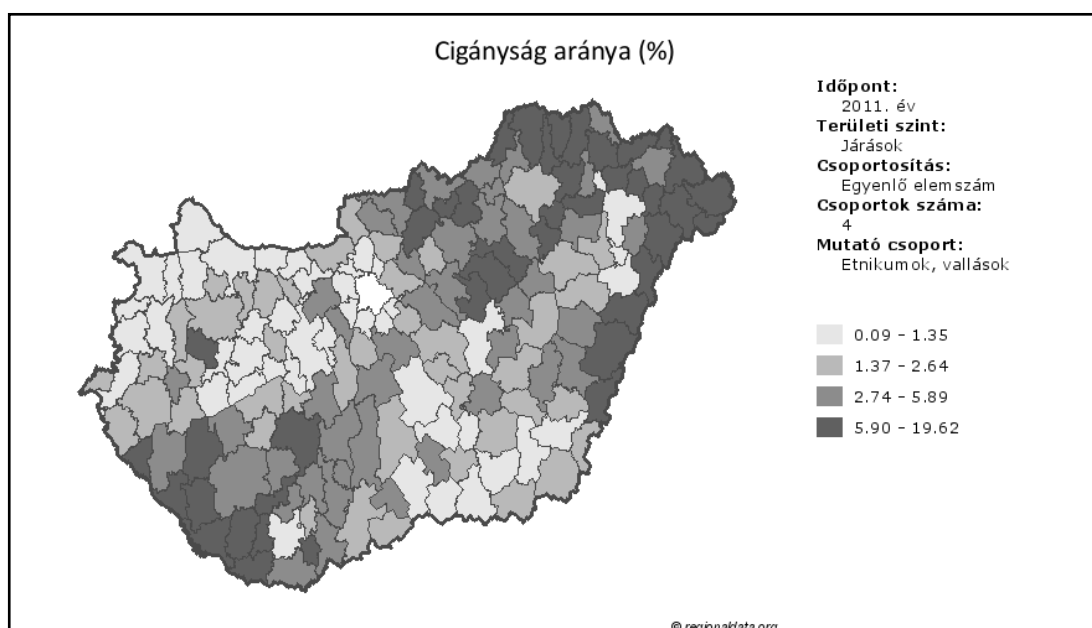
5. ábra. Munkanélküliségi ráta alakulása 2013 őszén²¹



A munkanélküliség egészségre gyakorolt hatása vitathatatlan, ennek mértéke azonban függ az érintett szocio-kulturális helyzetétől. A már többször is citált tanulmány (Az egészségyenlőtlenségek területi alakulása) vizsgálja a szomszédsági relációk szerepét az életesélyek és az állástalanság kapcsolatában. Eredményeik is megerősítették, hogy a

szomszédság szerepe ebből a szempontból is meghatározó. A gazdasági recesszió erőteljesen érinti a társadalmilag kirekesztett csoportokat, fokozott egészségkockázatot idéz elő az egyébként más tényezők összevetésével is kimutatható hátránnyal megküzdési kényszerülő kistérségekben élőkénél, így mintegy multiplikálva, tovább súlyosbítva a területi egyenlőtlenségeket. A helyzethez hozzájárul még az egészségügyi ellátó rendszer finanszírozási problémái illetve elmaradt fejlesztései.

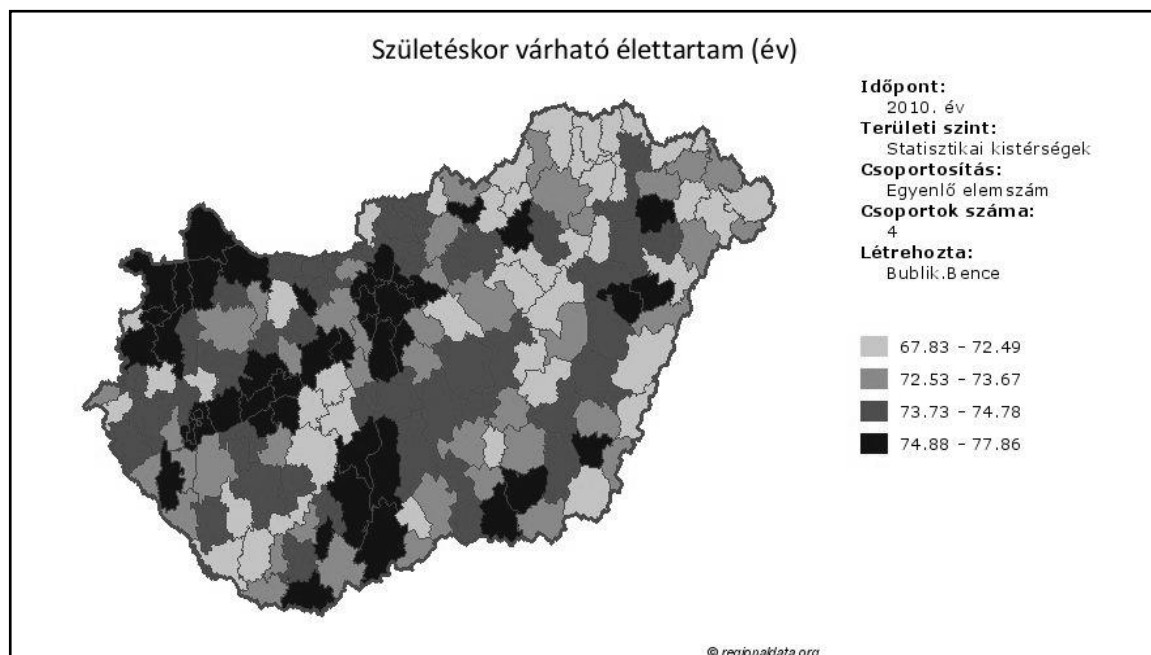
6. ábra. A cigány lakosság aránya



Forrás: www.regionaldata.org

A roma népesség esetében halmozottan megjelenő, életkilátásaikat negatívan befolyásoló tényezők circulus vitiosaként – ördögi körként újra generálódó hatásait mutatta be a munkanélküliség szempontjából az Orvosi Hetilapban 2014-ben megjelent tanulmány.²² A roma és nem roma munkanélküliek közegészségügyi helyzetét vizsgálták az ózdi kistérségben a szerzők, és bár megállapításaik az adott kistérségre vonatkoznak, nagy valószínűséggel más, hasonló helyzetű területeken is jelen lehet. Eredményeik alapján megerősítették, hogy az ózdi és Ózd környékén élő munkanélküliek az országosnál is rosszabb közegészségügyi-járványügyi biztonsága, in-door és out-door lakókörnyezeti higiénés, tanulást és egészségi állapotot befolyásoló (együtt: környezet-egészségügyi) helyzete magyarázható a térség munkanélkülei között élő nagyarányú roma munkanélküli jelenlétével.²³

7. ábra. A születéskor várható élettartam alakulása



Forrás: www.regionaldata.org

Az életminőségét jelentős mértékben meghatározza az iskolázottság, foglalkoztatottság, illetve munkanélküliségi arány, az egészségi állapot és az előbbiekkal szoros összefüggésben lévő szociális helyzet (szegénység, elfogadható vagy jó anyagi feltételek). Ezek közül az első három tényező, a romák életkörülményét egyértelműen hátrányosan befolyásolja, s így meghatározó mértékben módosítja a roma lakosság – és ezen belül is kedvezőtlenebb lakókörnyezetben élő roma munkanélküliek – életminőségét.

A megoldatlan, sokszor generációs szegénységhez vezető, több generációt is érintő munkanélküliség rontja az egészséget – a fertőző és nemfertőző betegségek fokozott kockázatával és gyakoriságával jár – ezen túl a megromlott egészség csökkent munkaképességhez, munkaképtelenséghez vezet, tovább fokozza a circulus vitiosus káros hatását (munkanélküliség bővülése, szegénység mélyülése stb.).

- Az egészség determinánsa az etnikai helyzet vagy a szegénység?

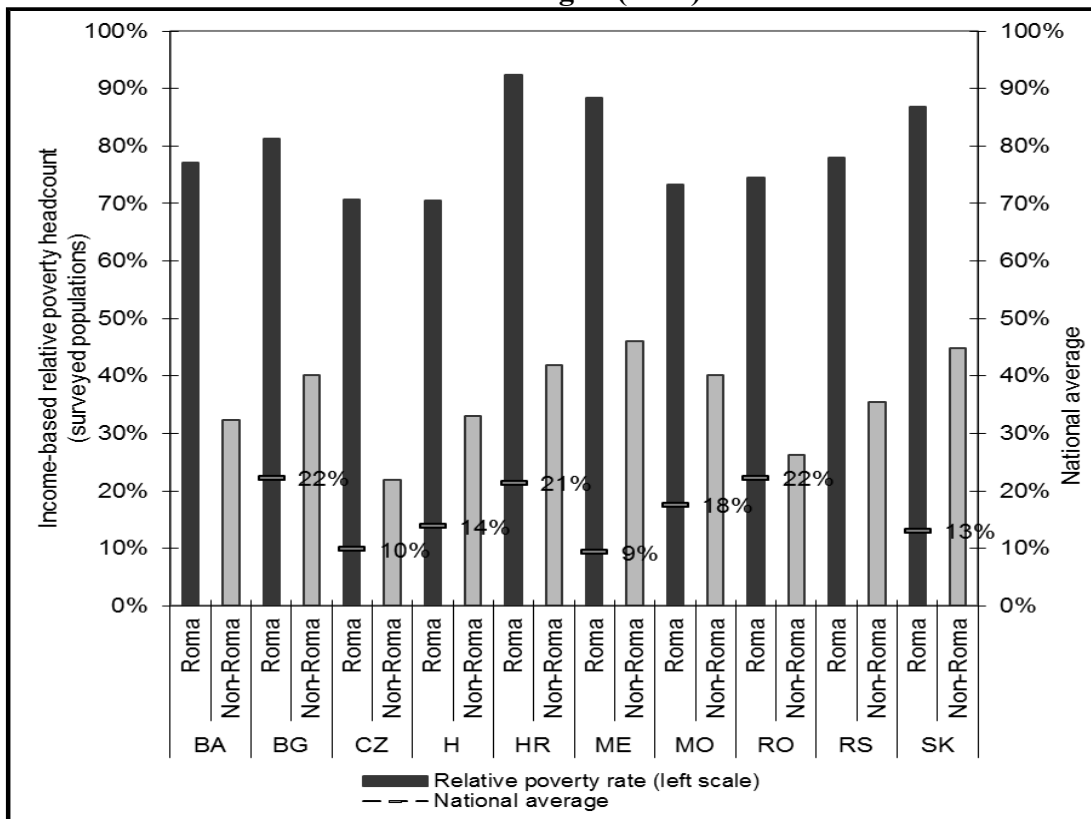
A romák hátrányos társadalmi helyzetével kapcsolatosan mindig felmerül a kérdés, mennyiben függ össze általános helyzetük, és különösen az egészségi állapotuk a kisebbségi csoporthoz tartozástól, magától az etnikai háttértől.

Andrey Ivanov és Justin Kapin, Roma szegénység a humán erőforrás szemszögéből²⁴ című tanulmányában a szegénységet, mint a romák humán erőforrás kapacitásának akadályát vizsgálták. A társadalmi hátrányok összetettségét és az egyes tényezők egymásra hatását vizsgáló munkában felhasználták az ENSZ Fejlesztési Programja (United Nations Development Programme), a Világbank, az Európai Bizottság adatait továbbá az Alapvető Jogok Hatóság roma kutatását, amelyben a megkérdezettek romák és környezetükben élő nem roma lakosok voltak. Az általuk is elemzett adatok megerősítették, hogy javulás történt 2004 és 2011 között a romák jövedelmi szegénységében, legjelentősebb növekedés Albániában történt, ahol egyúttal jelentősen csökkent a romák és nem roma szomszédjaik közötti különbség is. A relatív szegénységeket tekintve az alábbi ábrán jól látható, hogy romáknál három-négyszerese, nem roma szomszédjaiknál kétszerese az országos átlagnak. A különböző országok roma lakossága között nincs jelentős eltérés.

Ivanov és Kapin a jövedelmi adatokat vizsgálva a következőket találta:

- romák esetében a jövedelmek 24%-a, nem roma szomszédjaiknál 34% foglalkoztatásból származik; ha hozzáadjuk a nem foglalkoztatott munkajövedelmet az arány nagyon hasonló 36 és 38%;
- nyugdíjból származó jövedelmek esetén viszont jelentősek az eltérések, a romák esetében 18%, nem roma szomszédjaiknál 41%-a az összjövedelemnek nyugdíj;
- a gyermekek utáni támogatás aránya romák esetében 13%, nem romáknál 5%;
- szociális támogatás aránya az összjövedelem 21%, romák esetében, 9% nem romáknál;
- a munkanélküli támogatás aránya 6 illetve 3%;

8. ábra. Relatív szegénységi ráta romák és nem roma szomszédjaik esetében, valamint a nemzeti átlagok (2011)



Jelmagyarázat: AL(Albánia), BA(Bosnia-Herzegovina), BG(Bulgária), H(Magyarország), HR(Horvátország), CZ(Csehország), MD(Moldova), ME (Montenegró), MK(Macedónia), RO(Románia), RS(Szerbia), SK(szlovákia)

Összességében az adatok azt mutatták, hogy mindkét csoport a szociális támogatásoktól függ, a különbség az egyes jövedelmi források arányában van, vagyis a romáknál a gyermekek utáni támogatás és a szociális juttatások, míg a nem romák esetében a nyugdíj a fő anyagi forrás.

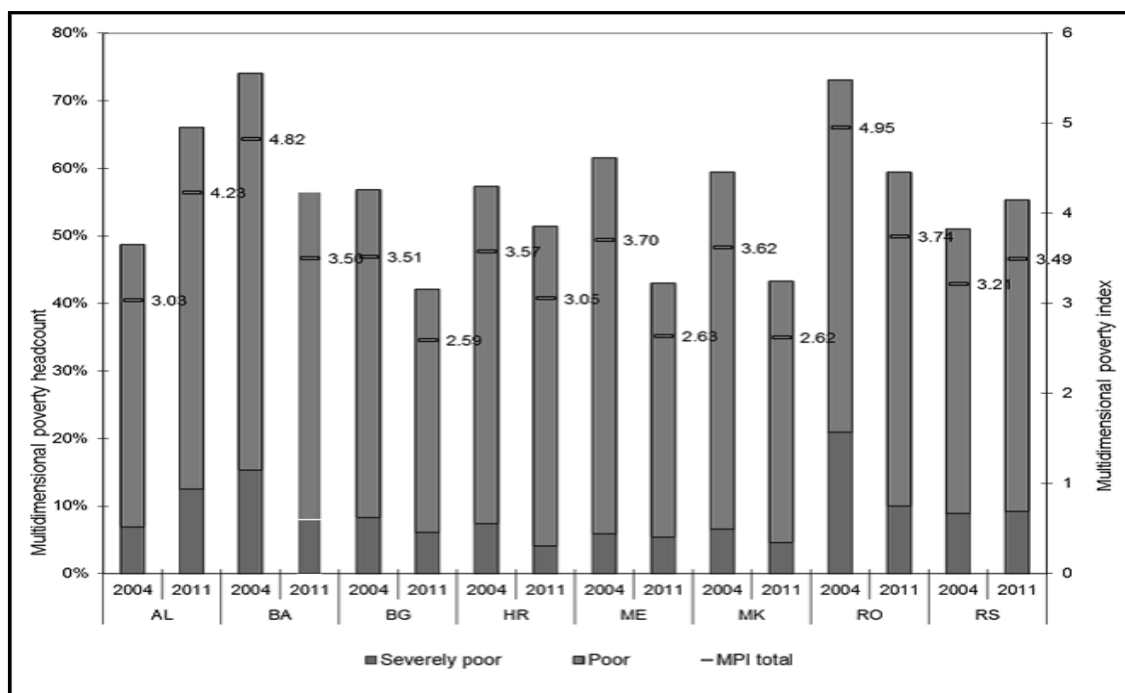
A nem anyagi szegénység egyes elemeiben (oktatás, foglalkoztatottság, lakhatás, és egészség) még színesebb képet kapunk, a romák nemcsak anyagi szegénységben élnek, de az egyéb, nem anyagi szegénység is sújtja őket. Az oktatásban, foglalkoztatottságban, életkörülményekben és egészségben megtapasztalt hátrányok nemcsak összeadódnak, hanem egymásra hatva többszörös hátrányhoz vezetnek. E többszörös hátrány bemutatására dolgozták ki a szerzők a többdimenziós szegénységi indexet, mely 12 indikátorból áll, és az alábbi dimenziók mentén jelzik az érintett státuszát: alapvető jogok, egészség, oktatás, lakhatás, életszínvonal, foglalkoztatottság. Ez a többdimenziós szegénységi index komplex,

tükrözi az egyén és a vele élők főbb jellemzőit, egyben lehetővé teszi az egy-egy dimenzió mentén megvalósuló intervenciók, szektor specifikus szakpolitikák hatását a szegénységre.

Azokat, akik 5-7 indikátornál érintettek, a többdimenziós szegények, a 8 vagy több tényezőben érintetteket pedig súlyos többdimenziós szegények csoportba sorolták. Az alábbi ábrán az egyes országokban bekövetkezett változások láthatók. Megfigyelhető, hogy a szegénység mérséklésében elsősorban a többdimenziós szegények csoportban bekövetkezett pozitív változások játszottak szerepet. Ennek oka valószínűleg az, hogy relatíve kisebb befektetéssel több embernél tudtak pozitív változást elérni, a lemaradásokat egy-egy területen mérsékelni.

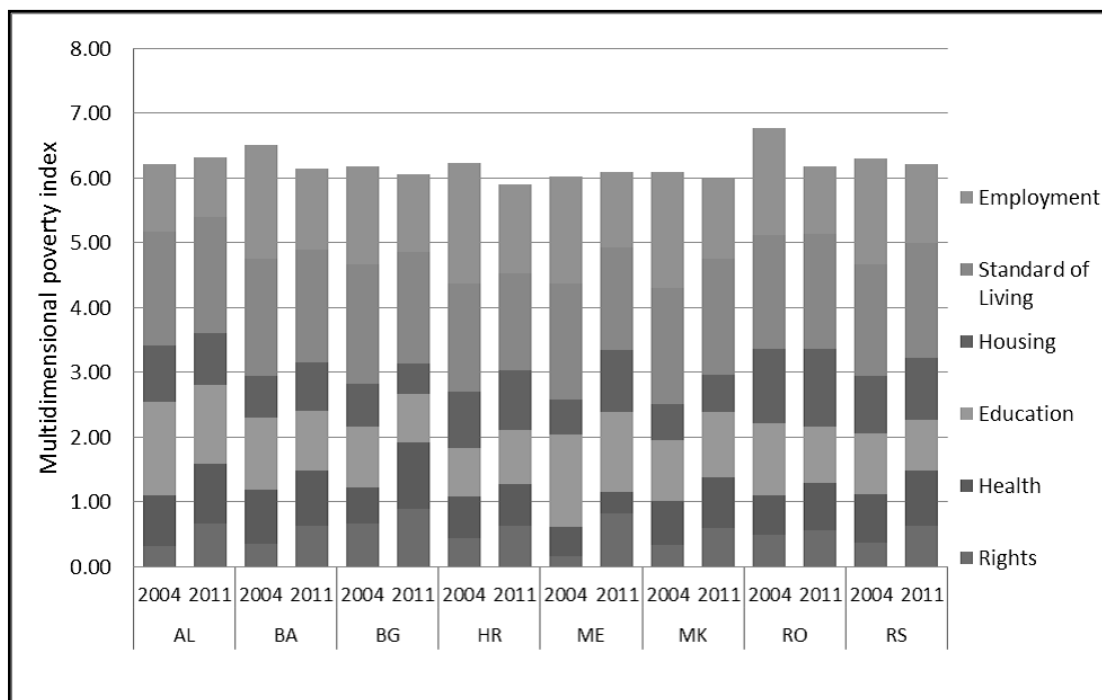
A multidimenziós szegénységi ráta (multidimensional poverty rate) és komponensei romák esetében (nem súlyos, súlyos, oszlopok bal oldali értékben), a MPI (multidimensional poverty index) értékeli a jobb tengely szerint.

9. ábra. Multidimenziós szegénységi ráta



Jelmagyarázat: AL(Albánia), BA(Bosnia-Herzegovina), BG(Bulgária), H(Magyarország), HR(Horvátország), CZ(Csehország), MD(Moldova), ME (Montenegró), MK(Macedónia), RO(Románia), RS(Szerbia), SK(szlovákia)

10. ábra. Egyes komponensek hatása a romák multidimenziós szegénységére (2004-2011)



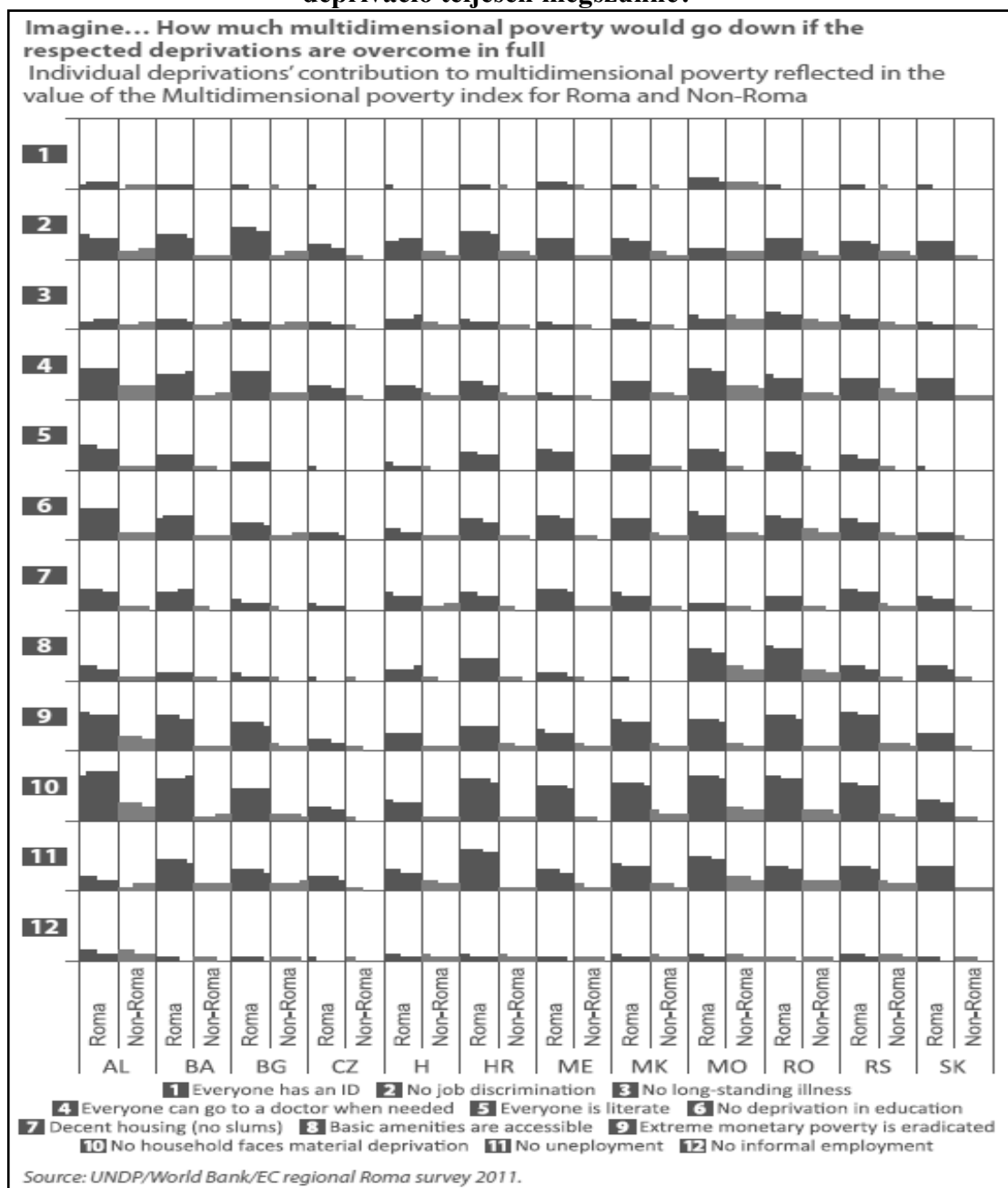
Jelmagyarázat: AL(Albánia), BA(Bosnia-Herzegovina), BG(Bulgária), H(Magyarország), HR(Horvátország), CZ(Csehország), MD(Moldova), ME (Montenegró), MK(Macedónia), RO(Románia), RS(Szerbia), SK(szlovákia)

Minden felelős társadalomnak, kormányzatnak nagy kihívás, hogy a meglévő erőforrások befektetésével hogyan tudja a leghatékonyabban visszaszorítani, mérsékelni a szegénységet, csökkenteni a lemaradást, kiválasztani a megfelelő és finanszírozható beavatkozásokat. A fenti ábra jelzi, hogy milyen szerepük lehet az egyes tényezőknek a többdimenziós szegénység csökkentésében romák és nem romák esetében. Az ábra az alábbi kérdésre adott válaszokat dolgozta fel: „Milyen mértékben csökkenne a többdimenziós szegénység, ha az adott depriváció teljesen megszűnne?”. Az egyes eredmények:

- 1) Mindenkinek van személyi igazolványa
- 2) Nincs foglalkozási diszkrimináció
- 3) Nincs tartós betegsége
- 4) Mindenki igénybe veheti az orvosi ellátást, amikor szüksége van rá
- 5) Mindenki írástudó
- 6) Nincs depriváció az oktatásban

- 7) Önálló lakhatás/nincs telep
- 8) Alapvető komfort (vezetékes víz, áram, szennyvízelvezetés)
- 9) Eltűnik a súlyos anyagi szegénység
- 10) Egyetlen háztartásban sincs nélkülözés
- 11) Nincs munkanélküliség
- 12) Nincs feketemunka

11. ábra. Milyen mértékben csökkenne a többdimenziós szegénység, ha az adott depriváció teljesen megszűnne?

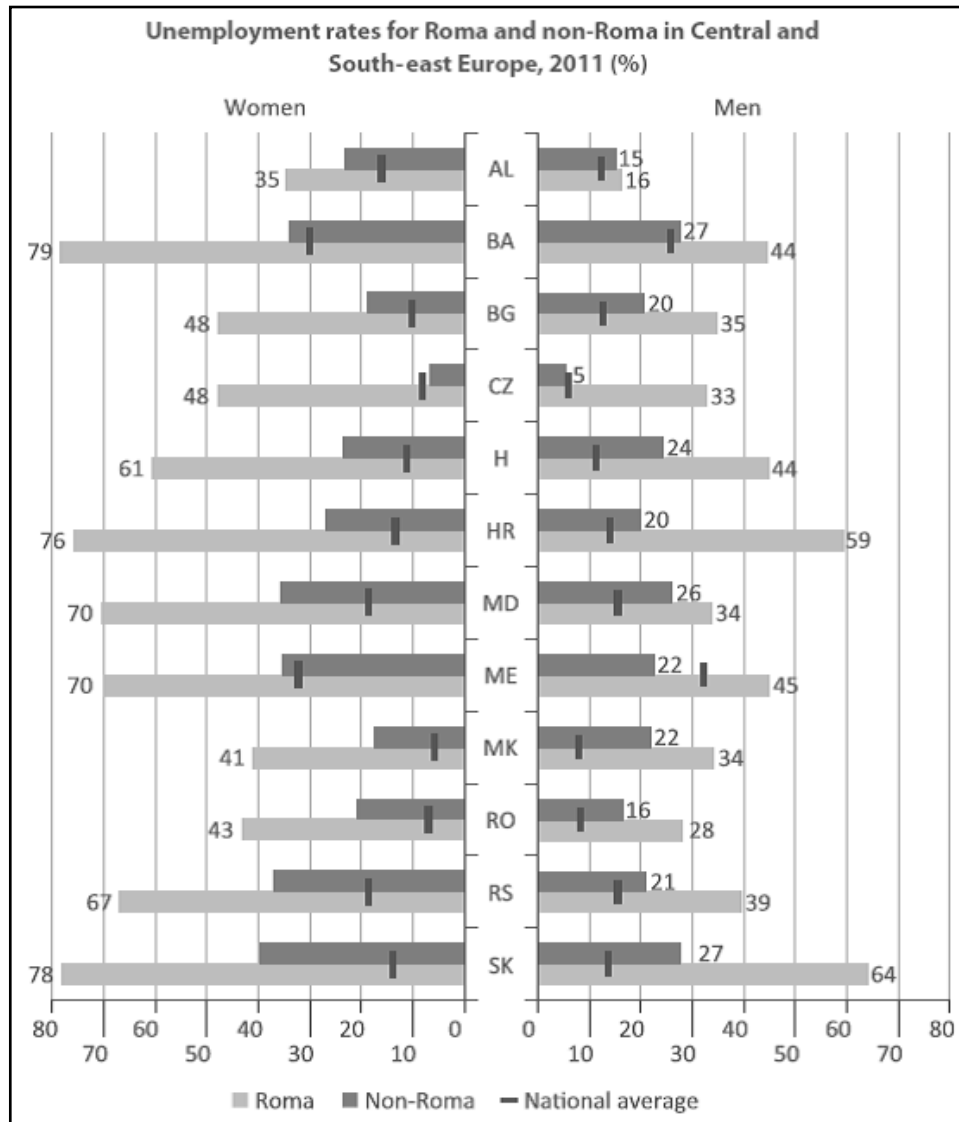


Az esélyegyenlőtlenség nemcsak a kisebbséghez tartozókat sújtja, hanem jelentős teherrel jelenik meg nők és férfiak valamint életkori csoportok között is, és ezek a különbségek tovább erősödnek a különböző országok esetében.

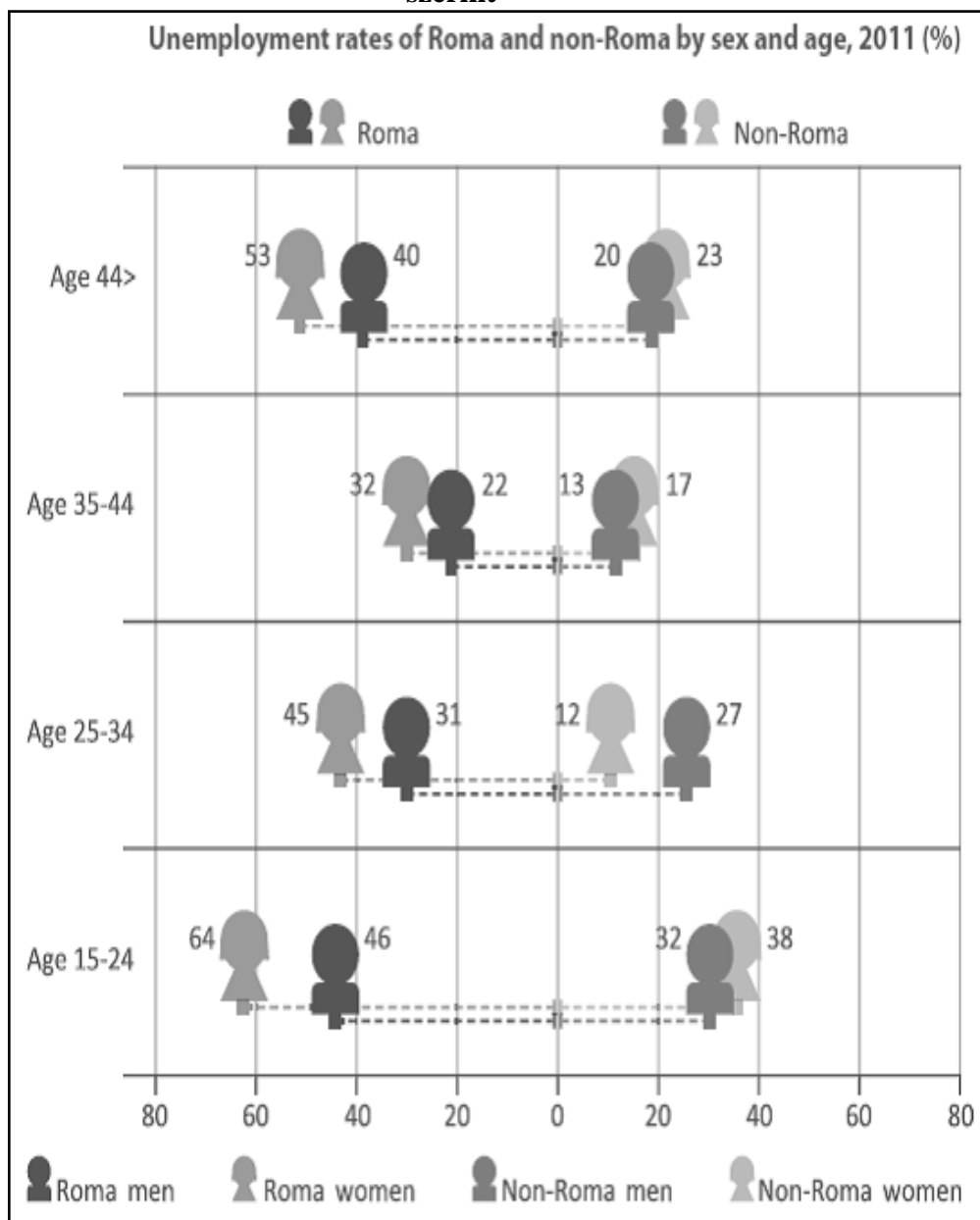
Korábban már többször említésre került a foglalkoztatottság, a munka szerepe az egészségben és a jóllétben. A munkában megjelenő hátrány jelentősen hozzájárul az anyagi és más nem anyagi szegénységhez nemcsak az érintett személy, hanem a gyerekek esetében is. Az iskolázottság mellett a foglalkoztatás az az eszköz, mely hosszú távon esélyt ad a szegénységből, nélkülözésből való kitöréshez. Az alábbi két ábra a vizsgált országokon belül és egymás között mutatja a munkanélküliség arányát, a mellette levő pedig kiemelten a nemi és életkori megkülönböztetésekre utal.

A többdimenziós szegénységi index jelzi a szegénységet meghatározó tényezők komplexitását, egyben felhívja a figyelmet arra is, hogy a probléma nem oldható meg csak pénzügyi eszközökkel, hangsúlyt kell helyezni például az állampolgári jogokra, az egyenlő esélyekre az oktatásban és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételében, a megkülönböztetés megszüntetésére.

12. ábra. Munkanélküliségi ráták a roma és nem-roma lakosságban.



13. ábra. Munkanélküliségi ráták a roma és nem-roma lakosságban nem és életkor szerint



A sokdimenziós szegénység faktorainak szerepe, mint azt korábban bemutattuk a „Roma szegénység az emberi erőforrások szempontjából” című tanulmány alapján, országonként eltérő súlyú. Magyarországon a megkérdezettek kiemelték a foglalkoztatás, az egyenlő esélyek-diszkrimináció mentesség, megfelelő lakhatás jelentős befolyását a szegénység (anyagi és nem anyagi) mérséklésében. A hazai adatokat feldolgozva (Jövedelmi szegénység és társadalmi kirekesztettség – TÁRKI Monitor 2014) az anyagi depriváció, alacsony

foglalkoztatás valamint a kirekesztés és szegénység a romákat nagyon magas arányban sújtja, szemben a többségi társadalomban mért átlagokhoz képest.

3. táblázat: Az anyagi depriváció, az alacsony munkaintenzitás valamint a szegénység és a társadalmi kirekesztettség elterjedése néhány demográfiai-társadalmi jellemző szerint

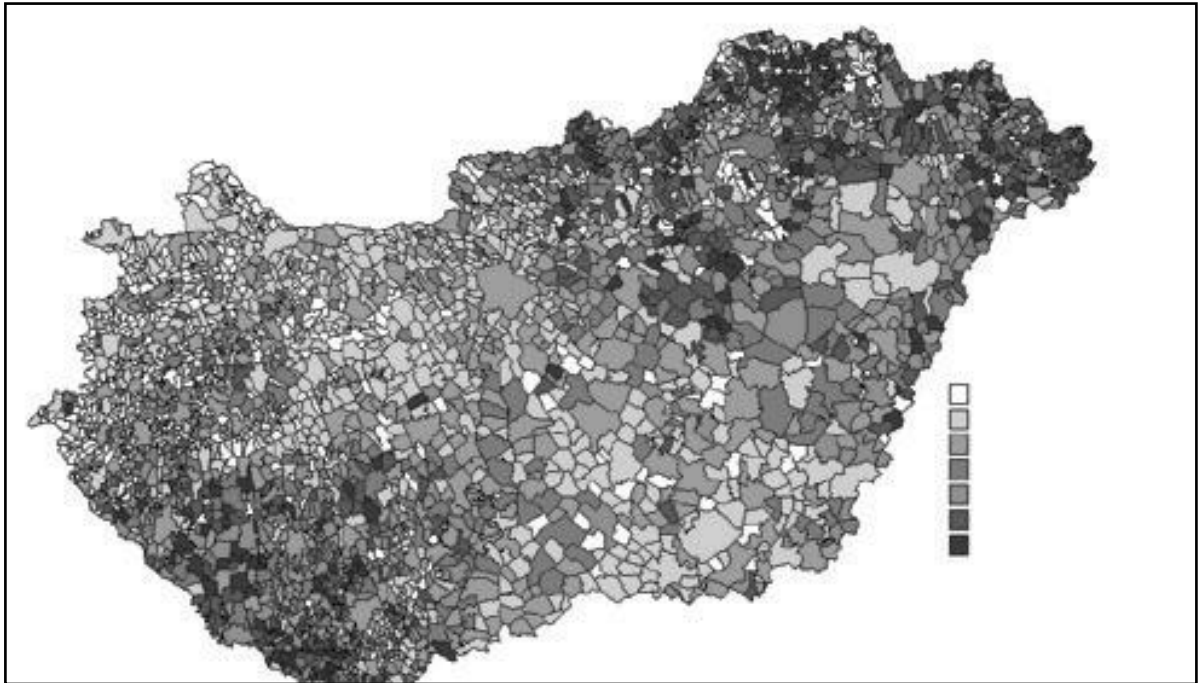
JÖVEDELMI SZEGÉNYSÉG ÉS TÁRSADALMI KIREKESZTETTSÉG									
2.12. táblázat Az anyagi depriváció, az alacsony munkaintenzitás, valamint a szegénység és a társadalmi kirekesztettség kiterjedése néhány demográfiai-társadalmi jellemző szerint, 2009-2014 (%)									
	Súlyos anyagi depriváció			Nagyon alacsony munkaintenzitás			Szegénység és társadalmi kirekesztettség		
	2009	2012	2014	2009	2012	2014	2009	2012	2014
Teljes népesség	33,7	37,3	28,3	17,9	14,8	8,9	41,7	43,1	34,7
Életkor									
0-17	37	44	32	19	17	9	48	52	39
18-24	36	44	31	14	14	7	45	51	38
25-49	33	33	26	13	10	7	41	38	31
50-64	33	37	29	20	15	11	43	45	37
65+	31	34	27	-	-	-	32	37	33
Háztartásfő neve									
Férfi	30	36	27	13	11	6	39	42	33
Nő	46	44	34	15	12	11	53	50	44
Háztartásfő iskolázottsága									
Legfeljebb általános	61	63	68	23	26	14	67	71	72
Szaktanulmányozó	32	43	32	15	13	8	44	50	41
Érettségi	23	24	14	7	4	5	30	29	20
Diploma	11	14	5	5	2	2	16	16	9
Etnikai hovatartozás									
Nem roma	31	35	25	12	9	6	40	41	32
Roma	86	86	87	48	47	26	92	90	89
Háztartás típusa									
Egyszemélyes, <65	43	41	31	18	24	14	49	51	40
Egyszemélyes, 65+	38	39	29				39	43	37
Pár, legalább egy tag 65+	27	26	25	3	1	1	30	28	30
Pár, mindkét tag <65	28	29	17	17	9	8	37	34	26
Más háztartás gyermek nélkül	32	34	27	11	8	7	38	38	33
Egyedülálló szülő	48	61	55	24	23	20	55	73	66
Pár 1 gyermekkel	28	32	15	8	7	5	35	39	20
Pár 2 gyermekkel	27	29	23	11	7	2	40	34	27
Pár 3+ gyermekkel	50	56	58	31	25	16	62	61	73

Forrás: Jól nézünk ki (!) Háztartások helyzete a válság után, benne Jövedelmi szegénység és társadalmi kirekesztettség című fejezet, TÁRKI Monitor Jelentések 2014. (szerk. Szívós Péter)

„A romák marginalizálódásának megjelenése és okai a helyi közösségekben” projekt keretében kvalitatív és kvantitatív adatok gyűjtésével vizsgálták azokat a gazdasági, politikai, demográfiai, szociális tényezőket kistérségi és közösségi szinten, amelyek befolyásolják a kirekesztés következményeit valamint kiutak lehetnek a befogadás felé. (Faces and causes of roma marginalisation - Experiences from Hungary²⁵). A tanulmány alátámasztotta azokat a nemzetközi és más hazai tanulmányokból, szakmai anyagokból jól ismert állításokat, melyek a romák jelenlegi társadalmi-gazdasági helyzetére és annak következményeire utalnak. A roma lakosságot jelentős mértékben, a többségi társadalomhoz képest nagyobb arányban sújtja a kirekesztettség a munkaerőpiacról, a térbeli szegregáció és a mély szegénység. A

területi és társadalmi kirekesztettség egymásra ható folyamatok következménye, melyek esetenként tovább rontják az egyébként is hátrányos helyzetűek életkilátásait.

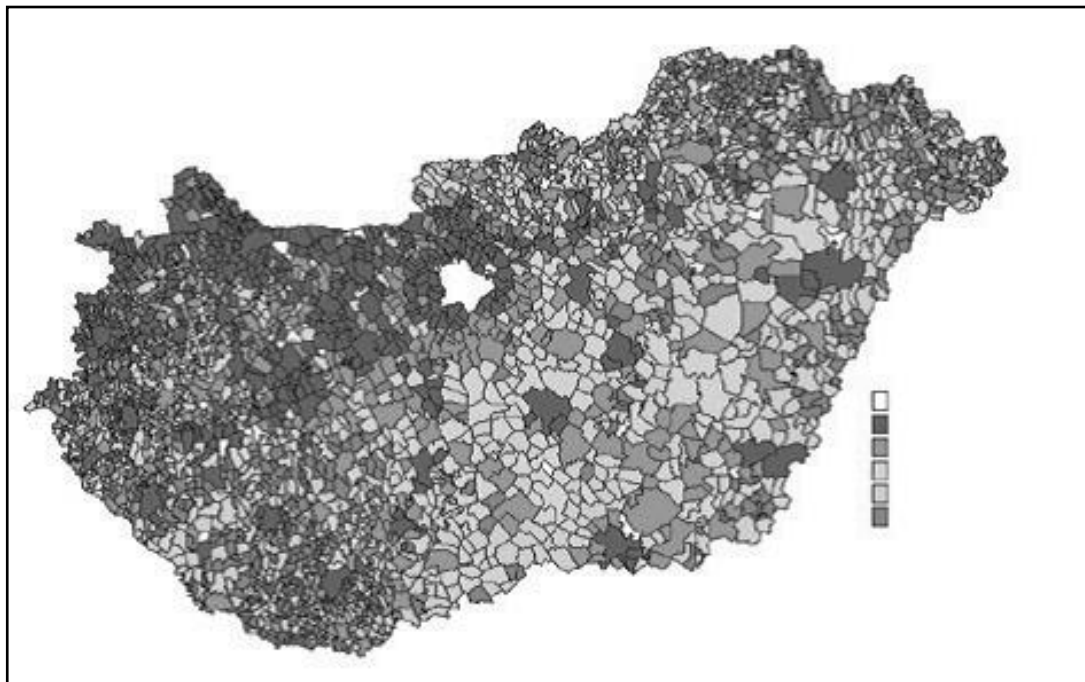
14. ábra. A magukat romáknak vallók település szintű megoszlása 2011



Forrás: Bálint - Koós (2013)

0% (576)
0,1–1% (742)
1–3% (550)
3–6% (371)
6–10% (304)
10–20% (352)
20%– (257)

15. ábra. A deprivációs rizikó településszinten 2011

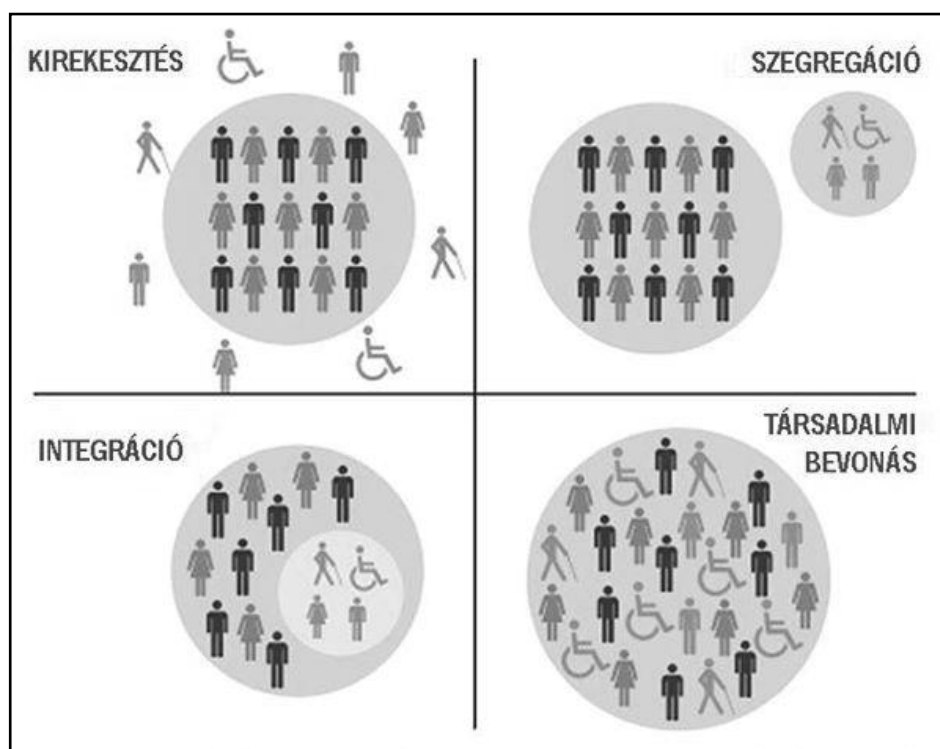


fehér: nincs adat	(94)
1–legalacsonyabb rizikó	(612)
2	(612)
3	(612)
4	(612)
5–legmagasabb rizikó	(610)

A gazdasági krízisek a sérülékenyebb csoportokat sújtják nagyobb mértékben, erre példa, hogy a rendszerváltást követően a gazdasági struktúrák átalakulása miatt megszűnő munkahelyek érintettjei a leginkább az alacsony iskolázottságú emberek. A munkaerőpiac változásaihoz nehezen alkalmazkodnak a tanulási, egészségbeli, társadalmi hátrányokkal küzdők.

Helyzetüket tovább rontja az érdekképviselési rendszer kiépülése ellenére hiányos társadalmi részvétel.

16. ábra. Alapfogalmaink



Empowerment – képessé tétel, felelősségmegosztás - a közösségfejlesztésben jól ismert fogalom, mely jelentős szerepet kap a romák esélyegyenlőtlenségének, egészségbeli és más társadalmi hátrányainak leküzdésében. Mert nem elég integrálni egy adott csoportot, közösséget egy többségi társadalomba, de lehelőséget/esélyt is kell adni, hogy saját maga is befolyásolja a rá irányuló folyamatokat.

Az empowering jelentése²⁶: a szegények értékeinek, kapacitásainak kiterjesztése, hogy képesek legyenek részt venni, tárgyalni, befolyást és kontrollt gyakorolni az életüket befolyásoló folyamatokra. A felelősséggel felruházott embereknek választási és cselekvési szabadságuk van. A felelősségmegosztás tehát azt jelenti, hogy kellő erővel rendelkeznek a változások eléréséhez. A siker indikátorai: információ elérés, bevonódás és részvétel, elszámolhatóság, szervezési kapacitások.

Az Európai Migránsok és Kisebbségek Ügyeivel Foglalkozó Központ (Roma Policies for a Positive Change: From Inclusion towards Empowerment²⁷) a legnagyobb létszámú kisebbség helyzetének javítására a felelősségmegosztás új szemléletét helyezte fókuszba, az információhoz jutásban, a politikai részvétel (kapacitásbővítés, civil jogok, aktív szerepvállalás és helyi politika), társadalmi folyamatok (foglalkoztatottság, egészség, migráció) és a kultúra területei, valamint a nemi megközelítések.

- Egészségkutatások a roma lakosság körében

A romák egészségi állapotát meghatározó társadalmi-gazdasági háttér számtalan vetületét áttekintve többször is felmerül a kérdés, beszélhetünk-e etnikai szegénységről és ebből fakadóan etnikai egészségről, vagy ahogyan több kutatás is vizsgálta az etnikai felülreprezentáltság az egészséget rontó társadalmi helyzetben sugallja az egészség és roma etnicitás közvetlen kapcsolatát.

A romák egészségi állapotáról rendelkezésre álló adatok nagyon ritkán alapulnak egzakt, szűrővizsgálatokon, vagy méréseken. A kutatások egy része a romák (környezetük illetve a többségi társadalom tagjai) körében elvégzett kérdőíves felvétel, mely az egészségi állapotra, az egészségügyi és ide kapcsolódó szolgáltatások igénybevételére, szubjektív panaszokra illetve a megkérdezettek által közölt betegségekre (orvosilag igazolt ámdé bevalláson alapuló) valamint a társadalmi háttértényezőkre irányulnak. A kutatások másik csoportja terepmunka, megfigyelések, interjúk alapján egyes csoportok egészségi állapotát illetve annak hátterét, a szolgáltatások és igénybe vevőik kapcsolatát vizsgálják.

A cigány népesség egészségi állapotának összetevőit tanulmányozták Északkelet Magyarországon 2004-ben.²⁸ A kutatás során (500 háztatás) a szubjektív egészségmutatókat vizsgálták, vagyis az egészségre vonatkozó szubjektív énképet, az életmód néhány területét, az ellátások igénybe vételét, az azokkal való elégedettséget, a megnevezett panaszokat és betegségeket, véleményeket a szűrővizsgálatokról és a gyermekvállalásról valamint a mentális állapot önértelmezéséről.

Néhány adatot kiemelve, a dohányzás mind a roma nők (36,3%) mind a férfiak (47,6%) között magasabb, mint az észak-alföldi átlag (25% ill. 40%). Az egészségügyi ellátások igénybevétele leggyakoribb a házi orvos esetében, a megkérdezettek 52,6%-a hetente illetve havonta többször keresi fel, ennek oka többnyire gyógyszerfelírás illetve krónikus betegség.

Az egészségügyi ellátással a megkérdezettek általában közepesen voltak elégedettek, az ötfokozatú skála szerint leginkább a felnőtt házi orvossal (3,62) és legkevésbé a szakellátással és ügyeleti ellátással (2,94). Hasonló értékeket kaptak a bánásmóddal való elégedettség mérésekor.

Az orvos által megerősített betegségek illetve a bemondott tünetek alapján a megkérdezett roma lakosok között gyakoriak a szív és érrendszeri, ezen belül a magasvérnyomás betegség

valamint az idegrendszeri megbetegedések előfordulása. A kutatásba bevont roma lakosok 31%-a több egészségi problémát is említett.

A betegségek megelőzésében fontos szerepet játszanak a szűrővizsgálatok, melyek közül a jelentősebb népbetegségek esetén könnyen hozzáférhetők illetve lakossági szervezett szűrések keretében valósulnak meg. A szűréseken való részvételt sokféle tényező befolyásolja, az elérhetőségen, hozzáférhetőségen túl nagyon fontos, hogy az érintett milyen félelmekkel, előítéletekkel, a betegség súlyosságára illetve saját veszélyeztetettségére vonatkozó elképzelésekkel, érzésekkel rendelkezik. Például a vizsgálatba bevont romák 21,8%-a szerint egészségeseknek nincs rá szüksége, 24,3%-a úgy véli kellemetlen maga a vizsgálat, de például a férfiak 50%-a gondolja úgy, azért nem megy el szűrővizsgálatra, mert addig jó amíg nem tud a betegségről!

A gyermekvállalással kapcsolatosan a megkérdezettek kevesebb, mint egy tizede gondolja úgy, hogy nincs szükség fogamzásgátlásra, ha megfogant, szülessen meg a gyerek.

A lelki állapot egyes jellemzőit tekintve a 2004-es vizsgálatba bevont Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei romák kifejezetten rossz lelki állapottal rendelkeztek. Gyakori volt a fejfájás (52,4%), erős szívdobogás-remegés (52,6%), kimerültség érzése (52,2%), aggodás az egészségi állapot miatt, szorongás.

A vizsgálatba bevont romák többsége a létminimum, a relatív szegénységi küszöb alatt élt, alacsony iskolai végzettség és foglalkoztatottság volt jellemző, ezen túl jellemző volt a területi szegregáció is.

A kutatás konklúziója, hogy az egészségi állapot (fizikai és mentális) egyszerre következménye a sokdimenziós kirekesztődésnek és egyszerre mutatója is ennek a helyzetnek.

A romák általános egészségi állapotára, az egészségbeli egyenlőtlenségekre és azok háttértényezőire bőséges irodalom áll rendelkezésre. *dr. Gara Imre* az elmúlt tíz év publikációit összevetve²⁹ az alábbi következtetésekre jutott:

- a hazai cigányság várható életkora jó tíz évvel alacsonyabb a teljes lakosságénál: a romák átlagosan 59 évnél kevesebb életévre számíthatnak, míg a többségi társadalom tagjai átlag 72 évig élnek,
- körükben különösen magas a depresszió előfordulása (75%), a szív- és érrendszeri megbetegedés (70,4%), a cukorbetegség és a daganatos halálozás előfordulása,

- a magas vérnyomás esetén 57% (többségi társadalom átlaga: 32%)
- cukorbetegség esetén az arány 12,5% (szemben 8 %-kal),
- a rizikófaktorokat tekintve a roma lakosság 77,4 százaléka dohányzik (az összlakosságban ez az arány mintegy 32%)
- a romák 35, a magyar társadalom összességének 20 százaléka túlsúlyos.

4. táblázat. Az egyes betegségarányok, valamint a roma népesség felülreprezentáltsága (szorzó) egyes betegségcsoportokban

	teljes népesség	romák	szorzó
Vakság, csökkentlátás	0,9	13,3	15,5
Vashiányos anémia	0,9	13,4	14,7
Tbc, tüdőcsúcshurut, gümőkor	0,3	3,8	12,9
Süketség, csökkent hallás	0,8	6,1	7,4
Asthma	1,4	9,3	6,6
Gyomor, nyombél és gastrojejunális fekély	3	17,1	5,7
Deformáló hátgerinc elváltozások	2,2	8,9	4,1
Pajzsmirigy betegségek	1,4	4	2,8
Ischémiás szívbetegség	8,6	16,4	1,9
Daganatos megbetegedés	2	3,4	1,8
Átmeneti agyi keringészavarok	1,5	2,5	1,6
Spondylopathiak (gerincbetegségek)	6,6	9,7	1,5
Csontritkulás	3,3	4,5	1,4
Idült alsólégúti betegségek	3,5	4,3	1,2
Pszichoaktív szerek okozta mentális és viselkedési zavarok	1	1,1	1,1
Hypertónia	22	21	1
Diabetes mellitus	5,8	5,2	0,9
A máj betegségei	2,3	1,5	0,7
Cerebrovasculáris betegségek	2,9	1,7	0,6
Mentális és viselkedési zavarok		17,1	

Forrás: Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon – Státusz, etnicitás, kirekesztődés az egészségügyben és a szociális szférában (szerző Babusik Ferenc)

A romákat érintő betegségek gyakoriságát vizsgálta Babusik Ferenc 2003-ban végzett empirikus kutatás keretében³⁰ (a kutatást a Delphoi Consulting társadalomtudományi kutatóműhely végezte az Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium finanszírozásával). Az alább közölt betegség gyakoriságokat a megkérdezettek bevallása illetve a tünetekből számolták (a kettő jól korrelált egymással).

Kutatása szerinti adatokat mutatjuk be az alábbiakban, mely valószínűbbnek tűnik, mint a Dr. Gara Imre által közölt adatok. A Babusik kutatásban a 19 év feletti romák 66,3%-ban találtak valamilyen betegséget.

A magasabb betegségearányok a szociális-gazdasági deprivációval, szegénységgel és a rossz életviszonyokkal magyarázhatók. Természetesen nem zárható ki, hogy a külső körülmények, az ezekkel szorosan egybefonódó rossz egészségmagatartás mellett a genetikai tényezőknek is szerepe lehet egyes betegség többletnek. Erre még a tanulmányban néhány adattal utalunk.

A nők egészsége, egészségmagatartása, érték prevalenciája meghatározó az egész család egészsége szempontjából. A korábban már citált Babusik tanulmány felhívja a figyelmet annak a téves előítéletnek a megalapozatlanságára, mely szerint a romák sok gyereket vállalnak, nincs családtervezés (többségi társadalom által elfogadott gyermekszám), nem védekeznek a nem-kívánt terhesség ellen.

A korábbi kijelentésekkel szemben a kutatás alátámasztotta, hogy az iskolázottságtól és jövedelmi viszonyoktól ugyan nem függetlenül, de a romák többsége védekezik a nem-kívánt terhesség ellen. Az alkalmazott módszer típusában jelentős eltérések vannak, a kevésbé iskolázottak, ill. alacsonyabb jövedelműek, kevésbé megbízható módszereket ill. abortuszt alkalmaznak.

1004/2010. (I. 21.) Korm. határozat a Nők és Férfiak Társadalmi Egyenlőségét Elősegítő Nemzeti Stratégia - Irányok és Célok 2010-2021³¹ szerint:

A többszörös diszkrimináció, azaz a nemi (gender) alapú és etnikai alapú diszkrimináció összefonódása a legösszetettebben a roma nőket, illetve a bevándorló (faji alapon megkülönböztetett) etnikai csoportokhoz tartozó nőket sújtja. Esetükben a munkanélküliség, az alacsony iskolázottság, a tartós szegénység, a rossz egészségi állapot, a nem megfelelő lakhatási körülmények, alacsony társadalmi és gazdasági státuszuk, valamint az előítéletek és diszkriminatív eljárások együttesen és egymással kölcsönhatásban okozzák a többszörös (interszekcionális) társadalmi kirekesztettséget.

Alacsony gazdasági aktivitás jellemzi a fiatalokat és az időseket, továbbá a kis- és sokgyermekes anyákat is, különösen, ha azok a roma kisebbséghez tartoznak.

A romák munkaerő-piaci helyzete drámai mértékben romlott a rendszerváltás után. Az állami építőipari cégek, mezőgazdasági szövetkezetek, amelyek a legtöbb roma betanított munkást foglalkoztatták, tönkrementek. A romák a legveszteségesebb gazdasági ágazatokban dolgoztak, és ezeknek is a legalacsonyabban képzett munkásai voltak. Kedvezőtlen munkaerő-piaci helyzetüket tovább súlyosbította az etnikai alapú diszkrimináció.

A roma nők mintegy hatodának volt elsődleges megélhetési forrása valamilyen munkajövedelemből, és szintén mintegy hatodának volt valamilyen rendszeres munkája. A roma nők kedvezőtlen foglalkoztatási helyzete összefügg az alacsony iskolázottsággal, korai gyermekvállalással, a nem megfelelő képzettséggel, illetve a nemi alapú diszkriminációval.

A roma nők az iskolarendszerben történő részvételük tekintetében jelentős hátrányt szenvednek. Kutatói megfigyelések alapján az iskolából lemorzsolódók és a magántanulóvá minősített tanulók között a roma lányok felülreprezentáltak. A vizsgálatok adatai egyértelműen azt mutatják, hogy akik korábban vállaltak gyermeket a többiekénél, azok jóval kisebb arányban tudnak továbbtanulni.

A hazai várható átlagos élettartamtól a romák mindkét nemnél még 8-10 évvel elmaradnak. Amennyiben a roma népesség mutatóit az iskolai végzettséggel korrigáljuk, már nem tapasztalunk eltérést a nyolc általánosnál alacsonyabb végzettségű roma és nem roma népesség adatai között. Csak míg a legalacsonyabb végzettség a többségi társadalomban viszonylag ritka, a roma népesség körében még mindig elég gyakori.

A Hospice Alapítvány megbízásából 2013-ban készült vizsgálat – Szükségletfelmérés onkológiai szűrés és az optimális betegutak menedzselése a mélyszegénységben élő lakosság körében Magyarországon³² - keretében a mélyszegénységben, szegregált lakókörnyezetben élő roma családok körében és egy velük azonos településen élő kontroll csoportban készült adatfelvétel (kérdőíves és interjú módszerrel). 10 településen 150 családot kérdeztek meg és 85 interjút készítettek Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön az egészségi állapotról, szociális háttérrel.

Az általános állapot megítélésében a romák szignifikánsan rosszabbnak ítélték meg saját egészségüket, mint a kontroll csoport (az ötfokozatú skálán 2,83 illetve 3,38). A kutatók szerint az eltérésben a roma származás szerepe volt döntő, nem a szegénység. Az egészségi állapottal kapcsolatos panaszok között leggyakrabban, és a mélyszegénységben élő romáknál nagyobb arányban a légzőszervi, idegrendszeri betegségekre utaló tünetek jelentek meg.

A dohányzás, mint a nem fertőző betegségek leggyakoribb rizikó tényezője mind a két csoportban átlagosan 70% körül fordult elő, ami jelentősen magasabb érték, mint a magyarországi kutatások, felmérések esetén talált gyakoriság (40% körüli).

A szűréssel megelőzhető betegségek okozta társadalmi teher Magyarországon jelentős, magas az idő előtti halálozás, így relatíve alacsony a születéskor várható élettartam az európai országok átlagához képest. Az egészségi állapottal kapcsolatos területi különbségek országon belül, akár településeken belül is változhat, ennek háttérében számtalan, az egészségi állapotot befolyásoló tényező áll. Az egészség iránti elkötelezettséget, az egészségügyi rendszer nyújtotta prevenció, szűrési lehetőségek igénybe vételét nagy mértékben befolyásolja az egyén hiedelme, attitűdje.

A Hospice Alapítvány által indított kutatás vizsgálta a romák és a szomszédságukban lakó nem romák részvételét és viszonyulását az egészségügyi szűrésekhez, melyek igazoltan hozzájárulhatnak egy közösség jobb egészségi állapotához, a betegségek okozta teher mérsékléséhez.

A megkérdezettek 52%-a rendszeresen jár tüdőszűrésre, kb. 30%-uk sohasem vagy nagyon régen volt. Nőgyógyászati rákszűrésen a rendszeresen járók aránya 35%, régen vagy sohasem volt a válaszadók 55%-a! Más szűrővizsgálati lehetőségeket (mammográfia, bőrgyógyászati szűrés) 22%-uk használta ki, 53%-uk nem is hallott róla!!

A deprivált környezetben élők szignifikánsan ritkábban veszik igénybe ezeket a szolgáltatásokat és a kutatók szerint ebben az esetben is a roma etnikai háttér (s nem a szegénység) volt meghatározó, vagyis a nem romák között elenyésző számban találtak olyannal, aki nem volt az utóbbi egy évben valamilyen szűrővizsgálaton.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét meghatározza, hogy az egyén milyen attitűddel, hittel rendelkezik a szűrés eredményességével, a betegség kimenetelére gyakorolt hatásával kapcsolatban. Az egészség-hiedelem modell 4 területet vizsgál, a betegség súlyosságával, az egyén fogékonyságával, a betegség befolyásolhatóságával, illetve az egyéni képességekkel kapcsolatban.

A szűréshez való viszonyulás szerint 3 csoportot különítettek el a válaszok alapján: fatalista, hollywoodi és bizalmi sémát követők. A különböző csoportokba a romák és a nem roma kontrollcsoport tagjai eltérő arányban képviselték magukat (válaszadók százalékban).

5. táblázat. A szűréshez való viszonyulás sémái

	minta	kontroll
„fatalista” séma	39,1	31,0
„hollywoodi” séma	19,6	41,4
„bizalmi” séma	41,3	27,6

Fatalista sémát követ az, aki úgy gondolja a betegség a sors akarata és lehetetlen ellene tenni. A *hollywoodi séma* követői szerint a gyógyuláshoz akarat és pénzügyi forrás szükséges, a gyógyulási folyamat középpontjában az egyén áll, az ő lelki és anyagi erőitől függ a kimenet. A harmadik típus a *bizalomra* épít, hisz abban, hogy a kezelések, az egészségüggyel való együttműködés lehetőséget ad a gyógyulásra.

Bár az egészséggel-betegséggel kapcsolatos hiedelmek meghatározzák, érthetővé teszik a lakosság hozzáállását a szűrésekhez, a valós részvétel attól is függ, milyen tapasztalatokkal rendelkeznek az egészségügyi rendszerrel, a szűrésekkel kapcsolatosan.

Az egészség védelméhez, a betegségek korai felismeréséhez és terápiájához megfelelő elkötelezettség, motiváció és aktív részvétel szükséges. A tapasztalt diszkrimináció (a romák kb 25%-a él át valamilyen cigányellenességet) jelentősen akadályozhatja a paciens gyógyulását, ehhez még hozzájárul az alacsony iskolai végzettség is. A nőgyógyászati szűréseken az iskolai végzettség, az elérhetőség jelentős szerepet játszik.

Az egészségügyi ellátás és a roma népesség viszonyáról kaphatunk további információt a Delphoi Consulting kutatásából³³, melyből megjelent a „Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban I. - Struktúra és esélyegyenlőség” című összefoglaló. Eszerint az ország teljes roma népességének 18,6 % -a él olyan településen, ahol nincs helyben háziorvos.

Az egészségügyi ellátásban jelentkező hiány tovább súlyosbítja ezeken a településeken az egyébként is rossz szociális és gazdasági helyzet hatását. A közvetlenül ellátatlan településeken élők közül a romák és a nyugdíjasok szociális és anyagi helyzete az átlagnál lényegesen rosszabb. Mivel tudjuk, hogy a romák magas betegségarányai közvetlenül szegénységfaktoroknak köszönhetőek, e legszegényebb aprófalvak roma lakossága - mely a

teljes roma lakosságból több mint százezer ember - különösen súlyos helyzetben van; egyszerre sújtja a szegénység, a magas betegségarányok, illetve az, hogy közvetlenül lakóhelyén nem fér bármikor azonnali orvosi ellátáshoz.

Szintén a Delphoi Consulting által elvégzett kutatások szerint³⁴ nemcsak az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségében, elérhetőségében, hanem a nyújtott illetve megajánlott szolgáltatásban is kimatatható eltérés a különböző szociális háttérű csoportoknál. A kutatási összefoglaló szerint egyes házi orvosok szolidaritásból (figyelembe véve a szűkös anyagi lehetőséget) vagy más szempontok miatt a szociálisan perifériás helyzetű betegek esetében alacsonyabb intézményi szinten rendelnek el terápiát. A házi orvosok egy része a szegény, munkanélküli vagy cigány betegeknek kisebb költségű vizsgálati palettát nyújt, mint másoknak, egyúttal e betegekkel való kommunikációjuk átlag alatti nivójú, konfliktusok pedig átlag felett tapasztalhatók. Mindebben e betegek szociális deprivációja oki tényező.

Meglepő megállapítása e kutatásnak, hogy a házi orvosok jelenős hányada nem ismeri, vagy nem ismeri eléggé a romák jelentősen magasabb arányú betegségarányait és az ebből adódó fokozott veszélyeztetettséget.

Van-e és milyen mértékű diszkrimináció az egészségügyben – függetlenül attól vagy éppen annak fényében, hogy valaki milyen nemzetiséghez tartozik? Mi befolyásolja a segítségre, a betegek gyógyítására, az egészség megóvására, fejlesztésére hivatott egészségügyben dolgozók hozzáállását, viselkedését? Lehet-e ezen változtatni, mindnyájunk közös, jól felfogott érdekében?

Az ellentétek igenis feloldhatók – állítja *Nótár Ilona*, aki leendő orvosokat tanít roma–magyar kommunikációra. olvasható a MedicalOnline egyik cikkében.³⁵ Bloggjában érdekes, sokszor könnyesen szomorú, küzdelmes emlékek és tapasztalatok jelennek meg. De! S a lényeg, hogy egy elhivatott roma hölgy küzd és tanít, elhivatottságot, megértést, elfogadást, kommunikációt.

Szavai is megerősítik, hogy az egészségügyben paradigmaváltás szükséges! A hagyományos megközelítések idejét múlttá váltak, nemcsak a technológiai forradalom, de az emberi jogok fokozott védelme, a tisztességes és méltányos ellátás igénye és a jól megfogalmazható szükségletek is a halaszthatatlan változás irányába lendítik az egészségügyi ellátást.

De kanyarodjunk még vissza a tünetekhez, jelekhez/jelzésekhez az egészségbeli egyenlőtlenségek vizsgálatában.

„Abból a sommás megállapításból indulhatunk ki, hogy az egészségügynek, mint az ember egészségének megőrzésével, a betegségek gyógyításával foglalkozó szervezetnek intézményesült tudása van, mely tudás jobbra kanonizált és kizárólagos, továbbá a szervezettel kapcsolatban lévő emberek eltérő tudását kevésbé képes tolerálni. A mindenkori tudományos igazságok birtokában elfeledkezik arról, hogy vitában áll egykori saját tudásával, amelyet mára meghaladott, ám korábban saját intézményének, illetve szervezetének elődei azt tekintették megmásíthatatlan tudományos igazságnak. Nehezen viseli el, ha a fennhatósága alá tartozó emberek nem teljesítik megfogalmazott elvárásait, vagy vitába szállnak tanításaival. Lényegében ez jelenti a konfliktusok kiinduló forrásait.”³⁶ Szuhay Péter összefoglaló véleménye az egészségügyről, annak szereplőiről és attitűdjéről ma is sok esetben megállja a helyét, még akkor is, ha tudjuk az utóbbi időkben elindult egy jelentős paradigmaváltás a paternalisztikus egészségügytől az egyéni és közösségi szükségletekre reagáló, a paciens partnerként kezelő, felelősség megosztáson alapuló új típusú egészségszolgáltatás irányában.

De térjünk vissza az előbb említett szerző gondolataihoz, mely adalékul szolgálhat a cigányság egészségügyi ellátáshoz való viszonyának megértéséhez. Szuhay Péter véleménye szerint a döntően középosztálybeli értékekre épülő, az egészséggel, az ellátókkal való együttműködéssel kapcsolatban jól körülírt szabályozókat, elvárásokat megfogalmazó egészségügynek az eltérő értékrendszerrel, kommunikációs eszközökkel, alacsony egészségkultúrával rendelkező a diszkriminációt nap, mint nap megélő cigányság között folyamatos ellentét feszül. Másik oldalról az esélyegyenlőséget és elfogadást, mint pozitív diszkriminációt túlzóan elváró páciensek folyamatosan ellenállást váltanak ki az egyébként is túlterhelt, gyakran kiégett, a mindennapi küzdelembe belefáradt egészségügyi dolgozóból.

A kutatások szerint („Kire számíthat?") a védőnők azok az egészségügyi szereplők, akikben megbíznak és hajlandók együtt is működni. Ők azok, akik az élet kezdetétől felnőttkorig kísérik figyelemmel pacienseiket, és a gyerekek révén a felnőtteket és időseket is meg tudják

szólítani. Az egészségügyi rendszer többi szereplőivel távolságtartó, változóan bizalommal teli kapcsolatot tudnak kialakítani.

Az utóbbi években több kutatás is foglalkozott azzal a kérdéssel, van-e az etnikai háttérrel összefüggő genetikai predispozíció az egészségi állapotban illetve bizonyos betegségekben.

A metabolikus szindróma romák között prevalenciáját vizsgálta egy kutatócsoport, összehasonlítva nem roma lakosokkal. A „*Prevalence of metabolic syndrome among Roma: a comparative health examination survey in Hungary*³⁷” vizsgálat eredményei szerint a centrális obezitás, a magas vérnyomás és az emelkedett triglicerid szint gyakorisága nem különbözött a roma és nem roma megkérdezettek között. Ezzel szemben a 2 típusú diabetes, csökkent HDL koleszterol szint vagy a kezelt lipid anyagcsere betegség előfordulása szignifikánsan magasabb volt a romák minden életkori csoportjában. A metabolikus szindróma prevalenciája is szignifikánsan gyakoribb volt a romák között, mint az átlag populációban. A kutatási eredmények alapján javasolják, hogy a rossz egészségi állapot háttérében álló rossz társadalmi és gazdasági körülmények megszüntetése mellett, az anyagcsere problémák iránti nagyobb genetikai fogékonyságot figyelembe vevő célzott népegészségügyi beavatkozások is szükségesek!

Bár számtalan modell próbálja magyarázni az egészség és az etnikai háttér összefüggéseit. 2011-2004-ben összehasonlító egészségkutatást végeztek a magyar lakosság és romák által lakott településekből vett mintán. A kérdés, hogy az etnikai háttér teljes mértékben a társadalmi-gazdasági státuszon keresztül hat-e a romák egészségi állapotára Magyarországon?³⁸ Illetve befolyásolja-e a roma etnikumhoz tartozás az egészség és a szociális-gazdasági helyzet összefüggéseit?

A kutatás szerint a romák lakta településeken élők egészségi állapota rosszabb, mint az átlag lakosságé. Az egészség és funkcionalitás önértékelésében megjelenő különbségeket jól magyarázta az eltérő társadalmi-gazdasági helyzet. A romák károsabb egészségmagatartása szorosan összefüggött helyzetükkel, azonban a többségi társadalomhoz viszonyított eltérés akkor is megmaradt, amikor a társadalmi-gazdasági helyzet közötti különbségeket is figyelembe vették a napi dohányzásnál (életkor, nem, iskolázottság, jövedelem, foglalkoztatottság). Eredményeik azt mutatták, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet erősen

befolyásolja a romák lakta településeken élők egészségi állapotát, teljes mértékben magyarázza azt, azonban csak részben indokolja káros egészségmagatartásukat!

Következésképpen a romák egészségi állapotának javításához nemcsak az általános helyzetükre kell koncentrálni, hanem fontos figyelembe venni a kulturális különbségeket is.

A romák egészségét meghatározó társadalmi-gazdasági tényezőket vizsgálták Bulgáriában, Romániában és Magyarországon összehasonlítva a nem roma lakossággal (The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania³⁹). Az ENSZ Fejlesztési Programjának Sérülékeny Csoportok körében megvalósított kutatási adatait dolgozták fel, hogy kvantitatív adatok alapján vizsgálják a szegénység súlyosságát romák és közelükben lakó nem romák között. A vizsgálat minta nagysága: Bulgária 2536, Bulgária 2640, Románia 3292 megkérdezett.

A romák és nem romák között jelentős különbségek voltak a krónikus betegségek és a betegség megélt rizikója között, de további jelentős eltéréseket találtak az egyes országok között, valamint a különböző egészségindikátoroknál. A romák minden esetben rosszabbnak ítélték meg az egészségi állapotukat, mint a nem romák bármelyik országban. A társadalmi-gazdasági tényezőket súlyozó modellnél a krónikus betegségben megfigyelt statisztikai eltérés csak Románia esetében maradt szignifikáns. Ebben az országban a krónikus egészségkárosodás legfőbb oka az életkor és nem mellett az etnikai háttér és az iskolázottság.

Ezzel szemben Magyarországon a legfőbb meghatározó tényező a kiadások, jóllét és oktatás. Bulgária esetében úgy tűnik, egyik társadalmi-gazdasági tényezőnek sincs szignifikáns hatása a krónikus betegségekre.

A roma szülések esetén gyakrabban fordul elő koraszülés illetve alacsony születési súly⁴⁰, azonban statisztikailag nem sikerült bizonyítani, hogy ennek háttérében etnikai tényezők állnak. Az alacsony születési súly és a koraszülés inkább az anya életkorával, és dohányzásával hozható összefüggésbe. A kutatók következtetése, hogy az egészséges életmódot a családi szintérbe és az iskolai közösségbe ágyazva kell biztosítani, külön figyelmet fordítva a roma nőkre, akikre általánosan jellemző az egészségtelen életmód.

A romák egészségi állapotát általában a nem-fertőző betegségek szempontjából vizsgálják összehasonlítva a nem-roma közösségekkel. A romák által lakott településeken, de különösen

a szegregáltan élők között, a cigány telepeken lakók között a fertőző betegségek magasabb gyakorisága jól ismert. Ezek többsége a hátrányos lakókörnyezettel, az alap infrastruktúra hiányával valamint az alapvető higiénés egészségmagatartás hiányával magyarázhatók. A vér illetve szexuális úton terjedő betegségek esetén azoknál a közösségeknél, ahol az intravénás drogfogyasztás valamint a szexuális partner gyakori cseréje, prostitúció, szexuális függőség gyakori, nagy a veszélye a HIV, hepatitis B és C valamint a szexuális úton terjedő betegségeknek.

A romák helyzete Magyarországon című tanulmány szerint (A Policy Solutions politikai elemzése a Friedrich Ebert Alapítvány számára készült 2012-ben) ... **ahogy a romák kirekesztettsége a teljes társadalom közös szégyene, úgy integrációjuk mindannyiunk közös büszkesége lehetne.** Ahogy Václav Havel fogalmazott; „A cigányok helyzete nem csak a demokratikus intézmények, hanem a teljes társadalom lakmusz tesztje.”⁴¹

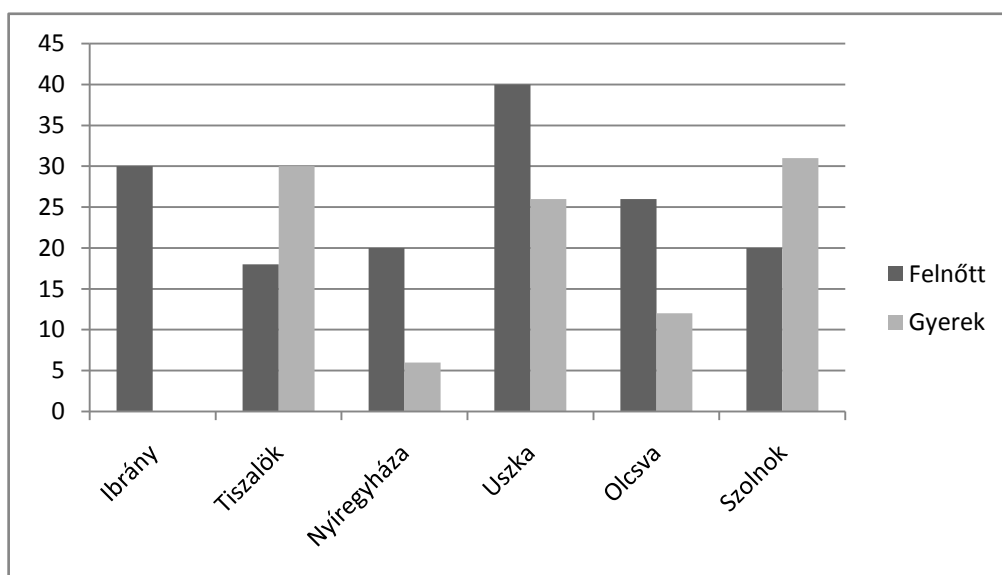
A telepi körülmények között élők egészségi állapotának vizsgálata

A tanulmány további részében az Evangélikus Roma Szakkollégium keretében végzett kutatás eredményeit mutatjuk be.

Anyag és módszer

Hat település társadalmi és etnikai szegregált lakóköznyezetében, a 2014-15-ös tanév első félévében végzett kérdőíves felmérésünk arra irányult, hogy feltárjuk a telepeken élő roma lakosság egészségi állapotát. A felmérés során összesen 259 kérdőívet vettünk fel, 154 válaszadó felnőtt, 105 fő pedig gyermekkorú volt.

17. ábra. A minta települési megoszlása (fő)



Az egészségkutatás kérdőíveinek összeállításához meglévő, standardizált kérdőíveket is felhasználtunk. A *felnőttek kérdőívének* egyes részleteit az AlterEgo Egyesület

egészségkutatásának kérdőívére alapozva alkottuk meg. A kérdőív végén található kérdőív az általános közérzetről Georg Vydra (2014) eredeti, német nyelvű kérdőívének (FAHW; Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden) első magyar fordítása⁴². A fordítás a kérdőív hazai alkalmazásának szándékával készült el, az alkalmazhatóság statisztikai vizsgálatába a jelen kutatás adatai is bevonódnak.

A *gyermekek egészségmagatartására* vonatkozó kérdéseket a HBSC (Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study) kérdőív egyes kérdéseire alapozva tártuk fel. WHO által támogatott, az iskoláskorúak egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi összehasonlító kutatási standardot hazánkban már az 1980-as évek óta alkalmazzák, országos mintán⁴³.

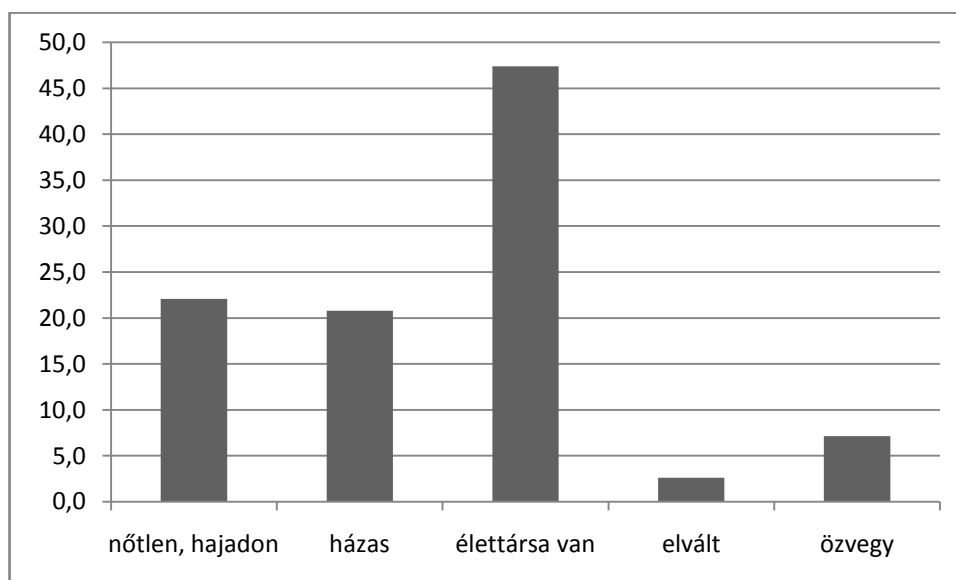
Az adatokat SPSS programcsomag segítségével elemeztük.

Eredmények

- A minta demográfiai és egyéb jellemzői

Az egészségkutatás mintáját, miután két kérdőívvel gyűjtöttük, a felnőttek és gyerekek almintájára bontottuk. A felnőttek almintájának az átlagéletkora 36,24 év volt, a legfiatalabb lekérdezettek 18 évesek voltak, a legidősebb 84 éves. A felnőtt alminta kétharmada nő (66,2 %). A családi állapotra túlnyomórészt az jellemző, hogy párkapcsolatban élnek, a felnőtt alminta közel fele élettársi kapcsolatban, egyötöde házasságban.

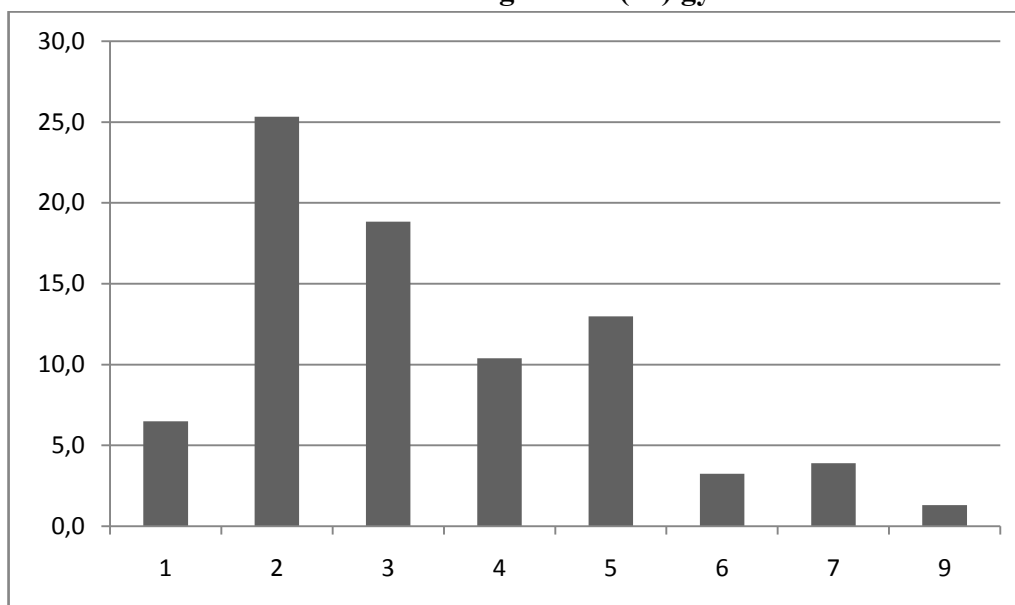
18. ábra. A felnőttek családi állapotának megoszlása (%)



Bár a válaszadó felnőttek között többségben vannak azok, akiknek két vagy három gyermekük van, a minta közel harmadának (31,8%) háromnál több gyermeke van (ez nem minden esetben jelenti azt, hogy saját maga neveli az említett gyermekek mindegyikét).

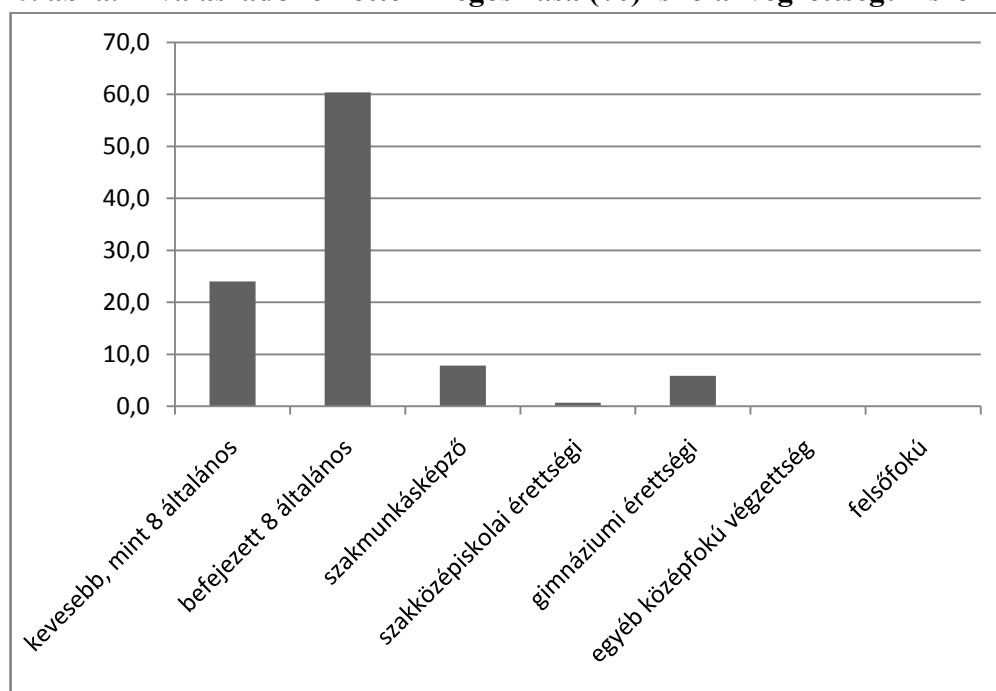
Az átlagos háztartásnagyság 5,6 fő, a minta 10%-a kifejezetten nagy, kilenc fős, vagy annál nagyobb háztartásban él. Tekintve, hogy a telepen élők mintájában a lakásnagyság a hazai átlagnál jelentősen kisebb, a lakások zsúfoltsága nagy, a szegénység koncentrációjának egyik jeleként.

19. ábra. A válaszadó felnőttek megoszlása (%) gyerekeik száma szerint



A társadalmi leszakadás együtt-járójaként a mintában extrém alacsony iskolai végzettség figyelhető meg a felnőttek (18+) körében. A minta negyede (24,0%) be sem fejezte az általános iskolai tanulmányait, közel kétharmada (60,4%) csupán a 8 általános iskolai osztályt végezte el.

20. ábra. A válaszadó felnőttek megoszlása (%) iskolai végzettségük szerint



A végzettségekre vonatkozó adat nagyjából megfelel a Népszámlálás 2011 adatainak, ahol az ország roma lakosságában (a magukat romának vallókat tekintve annak) a 8 általánost sem fejezte be 23,1%, és csupán a 8 osztálynyi alapfokú végzettséggel rendelkezik 57,6%. Az összehasonlításakor figyelembe kell venni, hogy a népszámlálási adatok a 15 éves és annál idősebb lakosságcsoportra vonatkozik, míg a saját kutatásunkban a fenti képet a 18 éves és idősebb csoport adatai alapján rajzolhattuk ki.

A gyermekek almintájának átlagéletkora 14,66 év. Módszertanilag hibásan a szakkollégium hallgatói 12 fő 18 évest is a gyermekeknek szóló kérdőívvel kérdeztek le. A kutatás jellege miatt ezeket az adatokat benne hagytuk a gyerekek mintájában (nem tudjuk transzformálni a két kérdőívet, illetve az egészségre vonatkozó adatok esetében a korhatár nem számít). A legfiatalabb lekérdezettek 9 évesek voltak (2 fő). A nemek eloszlása a felnőttekénél kiegyenlítettebb, 45,7% fiú, 54,3% lány került bele.

A gyerek-minta esetében érdekes lehet, hogy kik a túlkoros tanulók. Tekintve, hogy az utóbbi egy-két évtizedben elterjedté vált, hogy a gyerekeket nem hat, hanem hét évesen „adják be” az általános iskola első osztályába, az alábbi adatok értelmezése esetében ezt is figyelembe kell venni. A túlkorosságot tekintve ugyanis úgy kezeltük a mintát, hogy megnéztük, hány évvel idősebb azoknál az osztálytársainál, akik 6 évesen kezdték az iskolát, és nem buktak meg. Ugyanakkor nem tudjuk, hogy a mintába került, osztálytársaiknál relatív idősebbnek talált gyerekek hány évesen kezdték az iskolát. Ezért főleg az „egy évvel idősebb” kategória esetében feltételezhető, hogy a „túlkorosság” pusztán abból származik, hogy a gyermek 7 éves korában kezdett el iskolába járni, és nem tudjuk megbecsülni azok arányát, akik osztályismétlés miatt lettek egy évvel idősebbek azoknál az osztálytársaiknál, akik feltételezetten 6 évesen kezdték az iskolát. A nagyobb korkülönbség esetén feltételezhető az évismétlés.

6. táblázat. Túlkoros gyerekek az almintában (%)

A korcsoportához képest...	Arány az almintában (%)
1 évvel idősebb	34,3
2 évvel idősebb	13,3
3 évvel idősebb	2,9
4 évvel idősebb	1,9

- A felnőttek egészségi állapota

A testtömegindexet (TTI; Bodymass Index - BMI) az egészséges testsúly meghatározásánál alkalmazzák, miután az figyelembe veszi a testmagasságot is. Mivel könnyű kiszámolni, a TTI-t széles körben alkalmazzák a túlsúlyosság felmérésére a lakosság körében.

7. táblázat. A testtömegindex alakulása a felnőtteknél

Testtömegindex (kg/m ²)	Testsúlyosztályozás	A minta hány %-a tartozik ebbe a csoportba?
< 16	súlyos soványság	1,3
16 – 16,99	mérsékelt soványság	0,0
17 – 18,49	enyhe soványság	6,5
18,5 – 24,99	normális testsúly	43,5
25 – 29,99	túlsúlyos	22,8
30 – 34,99	I. fokú elhízás	18,8
35 – 39,99	II. fokú elhízás	5,2
≥ 40	III. fokú (súlyos) elhízás	1,9

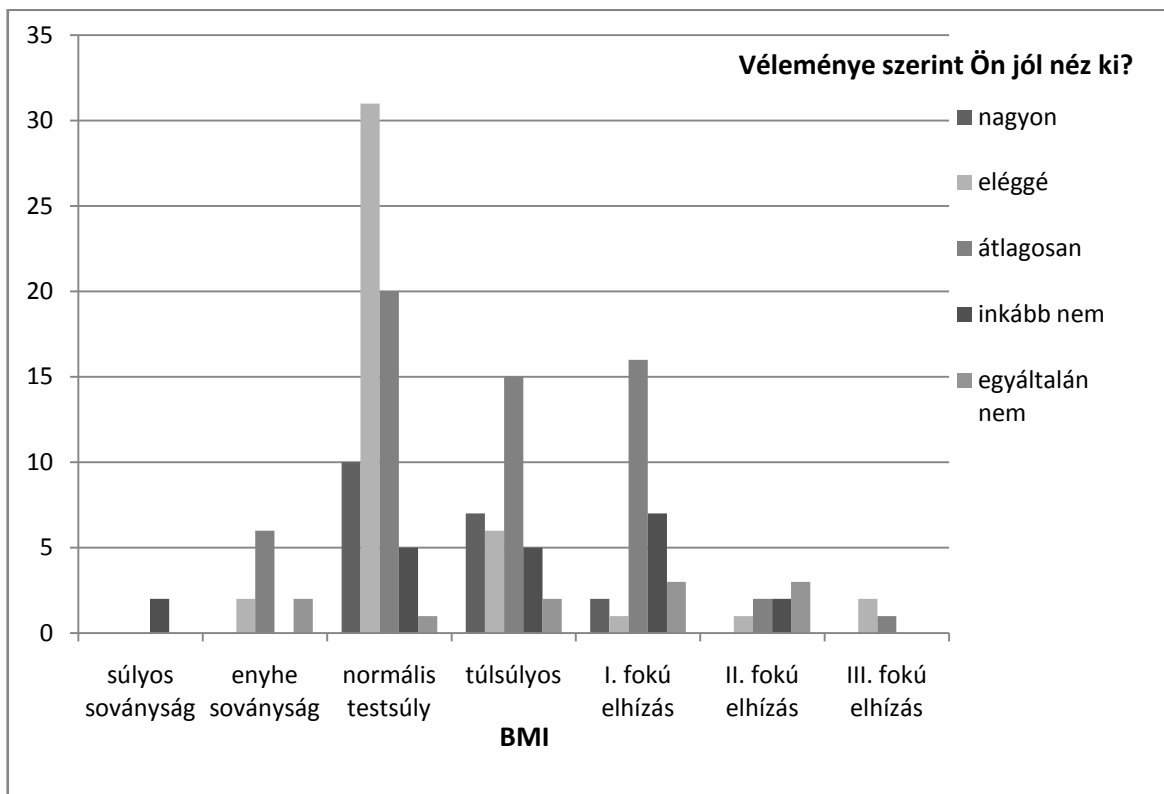
A testtömegindex számítása alapján látható, hogy a mintába kerülő felnőttek közel fele (48,6%) valamilyen (főként enyhébb) fokban túlsúlyos. A soványság csak kismértékben jellemző a mintára. Az egészségtelen táplálkozás – amely a nem megfelelő táplálkozási szokásokból, és a célcsoport számára elérhető magas kalóriatartalmú, de alacsonyabb élettani értékű élelmiszerek fogyasztásából fakad – feltételezhető.

A megkérdezettek szubjektív testsúlyérzékelése megfelel a testtömegből és testmagasságból számított indexnek, azaz akik esetében az index soványságot mutat, magukat is inkább soválynak értékelik, a túlsúlyosság fokozataiba hajló BMI-vel rendelkezők pedig valamilyen fokban túlsúlyosnak tartják magukat – többnyire. Néhány sovány magát sokkal soványabbnak ítéli meg a számított adatoknál, ahogy néhány túlsúlyos esetében is előfordul,

hogyan magát kövérebbnek ítéli. Ellenkező véglet is előfordul: a soványak és túlsúlyosak között is akadnak olyanok, akik magukat normál testsúlyúnak értékelik – a túlsúlyosak hajlamosabbak arra, hogy magukat normál testsúlyúként jellemezzék. Azok, akik a BMI szerint normál testsúlyúak, mintegy 7%-ban kicsit túlsúlyosnak érzik magukat, 20%-uk pedig kicsit soványnak. Az önbesorolás és a BMI közötti eltérésekből arra következtethetünk, hogy az enyhe túlsúlyosság lehet a norma a megkérdezett populációban – talán ugyanazon okból, mint a hagyományos paraszti társadalomban, ahol a túlsúly a jólét jele.

A túlsúly elfogadottságára utalnak azok az eredmények is, melyeket akkor kaptunk, amikor összevetettük a számított BMI-t azzal, ahogyan a megkérdezettek azt értékelik, hogy hogyan néznek ki. A túlsúlyosak, sőt, még az I. fokú elhízottak is leginkább átlagosan jól kinézőnek tartották magukat, sőt, a túlsúlyosak több, mint harmada úgy vélte, hogy „elégge”, illetve „nagyon” jól néz ki. A soványak esetében ilyen megelégedettséget nem tapasztaltunk.

21. ábra. A BMI összefüggése a kinézet szubjektív értékelésével



A megkérdezettek közel ötöde nem érezte magát egészségesnek. 9,7%-uk egyáltalán nem érezte magát egészségnek, további 7,8%-uk átlag alattinak érezte az egészségi állapotát.

A dohányzással kapcsolatosan nem csupán azt kérdeztük meg, hogy dohányzik-e (vagy dohányzott-e), hanem több olyan kérdést is feltettünk, amelyekből a dohányzás intenzitásáról kapunk képet, vagy arról, hogy milyen idős korban kezdték el.

A felnőtt minta fele (55,8%) aktív dohányos. 8,4%-uk valamikor dohányzott már, de leszokott. A jelenleg is aktív dohányosok átlagosan majdnem 20 szálát szívják el naponta (19,72 szál). legtöbben a 20 szálát jelölték meg, ami az értelmezésükben napi egy dobozt jelent, ezt fordították le 20 szálra (a hazai legális forgalomba kerülő cigaretták többsége csak 19 szálát tartalmaz dobozonként). A minta ötöde egy doboznál többet, esetenként két, illetve három dobozzal szív el egy nap.

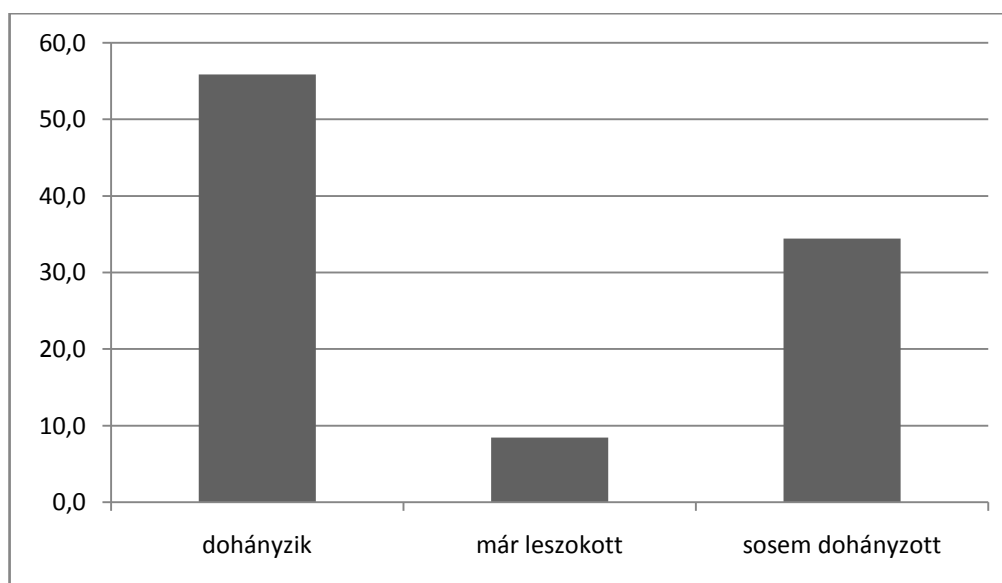
Azok, akik már leszoktak, szintén az egy dobozt jelölték meg, mint a legerősebb időszakokra jellemző, elfogyasztott mennyiséget. A már nemdohányzó almintá kétötöde másfél-két dobozról, vagy annál egy kicsivel többről (45 szál) számolt be.

A dohányzással eltöltött évek száma 14,47 év volt átlagosan, háromtól negyven évig terjednek a válaszok.

Az dohányzás kezdetére vonatkozó válaszok átlaga 17,00 év, a megkérdezett dohányosok több, mint 80 százaléka húsz éves koráig már elkezdett dohányozni.

A teljes felnőtt minta negyede (25,3%) már megpróbált leszokni, A leszokni próbálkozók 59%-a egynél többször is megpróbálkozott ezzel. A legmagasabb próbálkozási szám a 10 volt – ezt egy, a megkérdezés időpontjában is aktívan dohányzó, napi egy dobozzal elszívó 50 éves nő mondta.

22. ábra. A dohányzási szokás megoszlása (%)



A mindennapi tevékenységet akadályozó egészségügyi problémák felmérése során gyűjtött adatokat az alábbi táblázatban összegeztük. A leggyakoribb, legalább hat hónapja fennálló probléma a látással kapcsolatos, ezt követik a mozgásszervi akadályok, illetve a visszatérő fertőzések.

8. Egészségügyi problémák megléte (amelyek akadályozzák a mindennapi tevékenységeinek ellátásában, és legalább hat hónapja fennáll) (%)

	Nincs ilyen problémám	Van ilyen problémám	Ez komoly problémám
Látás (szemüveg viselése mellett is rossz)*	62,3	30,5	5,8
Hallás	88,3	6,5	5,2
Járás, lépcsőjárás	77,9	16,2	5,8
Folyamatos ülés, állás	77,3	20,8	1,9
Koncentráció, visszaemlékezés	87,0	9,7	3,2
Kommunikáció (pl. mások megértése)	94,2	5,8	-
Tárgyak megfogása, továbbítása	93,5	6,5	-
Emelés, cipekedés	74,7	22,7	2,6
Hajolgatás	74,0	23,4	2,6
Hirtelen mozdulatok (valami elkapása)	76,6	19,5	3,9
Visszatérő fertőzés, melyből nehezen épül fel	81,2	16,2	2,6
Krónikus betegségek (pl. cukorbeteg)	83,8	8,4	7,8
Egyéb (pl. nőgyógyászati, szív- érrendszeri)	81,8	10,4	7,8

*Hiányzó válaszok miatt az összeg nem 100%

A megkérdezettek túlnyomó többsége nem szed rendszeresen gyógyszert. Egyféle gyógyszer rendszeres szedésére a felnőtt almintá 14,3%-a kényszerül, többféle gyógyszert 18,8% szed.

A megkérdezett felnőttek fele sosem sportol, további egyötöde pedig a heti egy alkalomnál is ritkábban, azaz alkalmanként. Ellenben egyéb olyan fizikai aktivitást, amelyben rendszeresen kimelegsznek, a minta fele heti többszöri alkalommal végez (46,8%), és csupán az egyötöde állította azt, hogy sosem végez ilyen jellegű aktivitást (19,5%).

A passzív időeltöltést felnőtteknél a TV-nézés mennyiségével, és a napi ücsörgés (akár munkában is) idejének felmérésével vizsgáltuk.

9. táblázat. A passzív időeltöltés mértéke (óra)

Eltöltött idő	TV-nézés hétköznap	TV-nézés hétvégén	ücsörgés
legkevesebb	0,5	0,5	0
legtöbb	12	16	12
alminta átlaga	3,41	4,00	3,69

A felmérésbe illesztett „Általános közérzetet mérő kérdőív” (FAHW) eredményeit három dimenzióban (fizikai állapot, pszichés állapot, szociális/társas kapcsolatok) értelmezzük, melyeknek egyaránt kitérünk a pozitív, illetve negatív aspektusaira. A három dimenzió és a kétféle irányultság összesen hat alskálát alkot. Az egyéni állapotfelmérésre tervezett FAHW kérdőív pontozása aszerint történik, hogy a pozitív alskálák összesített pontszámából kivonjuk a negatív alskálák pontszámait. Az összpontszám mellett praktikus mindhárom dimenzióra (fizikai, pszichés és szociális) kiszámolni az értékeket. Minél magasabb pontszámokat kapunk, annál kedvezőbb a paciens közérzete. Mivel az egyes kutatásokban az egészséges, beteg, rehabilitációban résztvevő csoportok, illetve a nők és férfiak között eltérések mérhetőek, az alábbi táblázat az eredmények egy lehetséges és általános interpretációját tartalmazza, melynek alapja az egészséges férfi populáció.

10. táblázat. A FAHW eredményeinek besorolása

Pontszám	Övezetek
-25	Erősen átlag alatti, rossz általános közérzet
26-37	Átlag alatti, rossz közérzet
38-50	Átlagos közérzet
51-59	Átlag feletti, jó közérzet
60-	Erősen átlag feletti, kiváló közérzet

A teljes felnőtt mintára jellemző FAHW pontszámokat alskálánként az alábbi táblázatban összegeztük. A teljes általános közérzet pontszáma 43,87 volt, amely a besorolás szerint „átlagos közérzetnek” felel meg. Mivel az egyéni diagnózisra tervezett FAHW csoportszintű

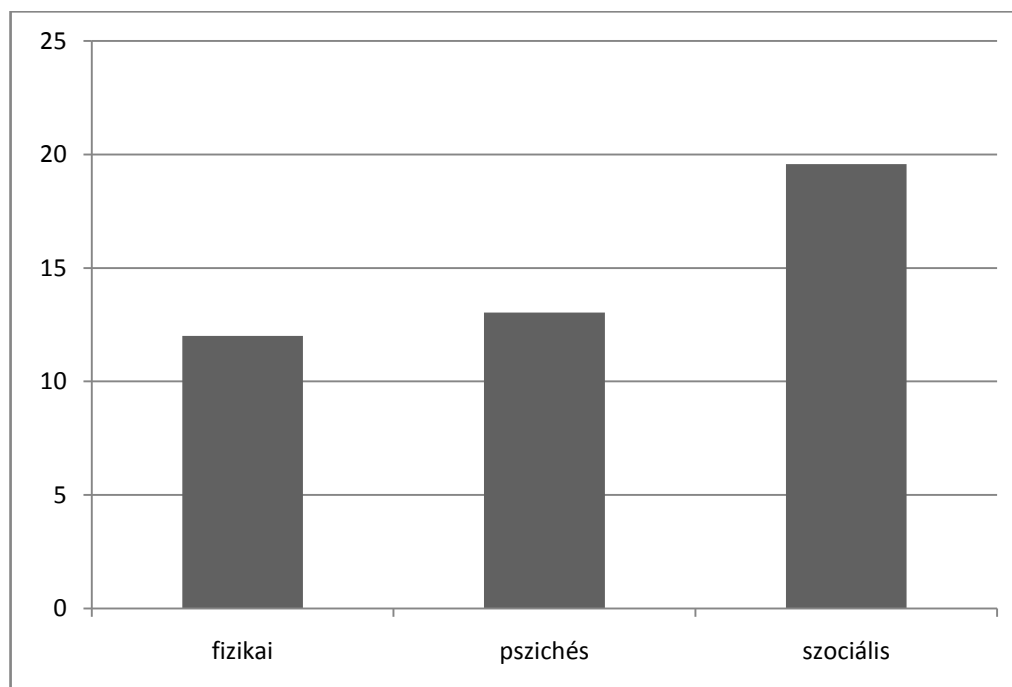
alkalmazására ebben a kutatásban került sor először Magyarországon, így ezt az eredményt egyelőre nem tudjuk jól értékelni, hiszen nincsen összehasonlítási alapunk más, hazai csoportokkal.

11. táblázat. A felnőttek átlagpontszámai a FAHW alskáláiban

Alskála	Alskála pontszámok
Pozitív, kedvező fizikai állapot	28,18
Negatív, kedvezőtlen fizikai állapot	-16,49
Pozitív, kedvező pszichés állapot	27,53
Negatív, kedvezőtlen pszichés állapot	-14,70
Pozitív, kedvező szociális állapot	36,17
Negatív, kedvezőtlen szociális állapot	-16,82

A három dimenzió összehasonlításakor azt látjuk, hogy a telepi roma mintánk felnőtt lakosságát illetően a szociális közérzet – azaz az emberi kapcsolatok – lényegesen magasabb átlagértéket mutat, mint a másik két dimenzió. A fizikai és pszichés dimenzió között kicsiny eltérés mutatkozik csupán, a pszichés közérzet valamivel jobb átlagosan, mint a fizikai.

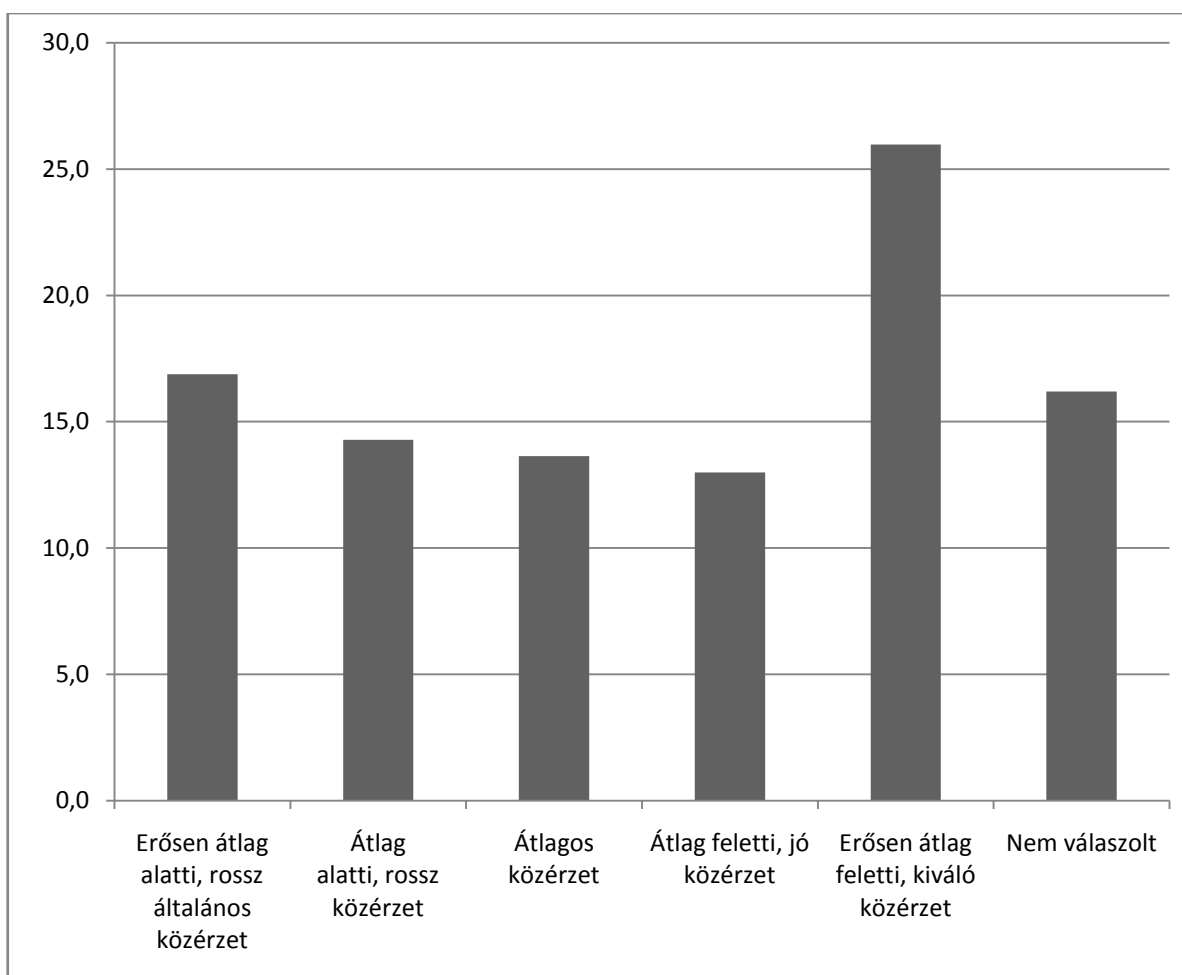
23. ábra. A felnőttek pontszámainak átlaga a három közérzeti dimenzióban



12. táblázat. A felnőttek általános közérzete a FAHW övezetei szerint (%)

Övezetek	%
Erősen átlag alatti, rossz általános közérzet	16,9
Átlag alatti, rossz közérzet	14,3
Átlagos közérzet	13,6
Átlag feletti, jó közérzet	13,0
Erősen átlag feletti, kiváló közérzet	26,0
Nem válaszolt	16,2

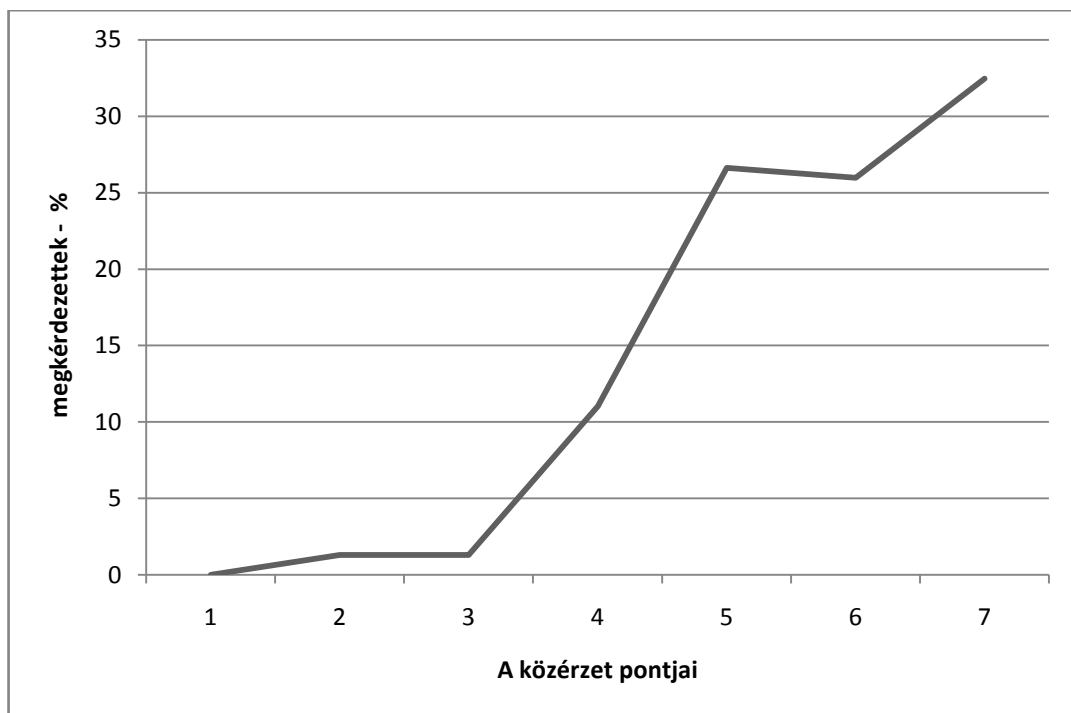
24. ábra. A felnőttek általános közérzete a FAHW övezetei szerint (%)



A felnőtt almintánk általános közérzetét tekintve az erősen átlag feletti, kiváló közérzet dominál. Ugyanakkor ez kiugrik a trendből, amelyet a többi övezetben mért gyakoriság-érték

alapján rajzolhatunk fel. Ez a trend azt mutatja, hogy az erősen átlag alatti, rossz általános közérzettől az átlag feletti, jó közérzetig haladva egy csökkenő tendenciát látunk, azaz egyre kevesebben sorolhatóak be az egyre javuló közérzet kategóriáiba (fordított arányosság). A kiváló közérzettel rendelkezők nagy száma ebbe a trendbe nem illeszthető. Ugyanakkor az sem állítható, hogy ez az adat műtermék lenne (pl. a kérdőívező hallgatók kedvéért torzítottak a megkérdezettek, hogy kedvezőbb képet mutassanak magukról). A lekérdezéskori közérzetükre rákérdezve például jól látszik, hogy rossz közérzete (1-3 pont) elenyésző keveseknek volt, a többség az átlagosnál (4 pont) jobb közérzetűnek érezte magát az adott pillanatban (5-7 pont).

25. ábra. A lekérdezéskori közérzet fokozatai (%)

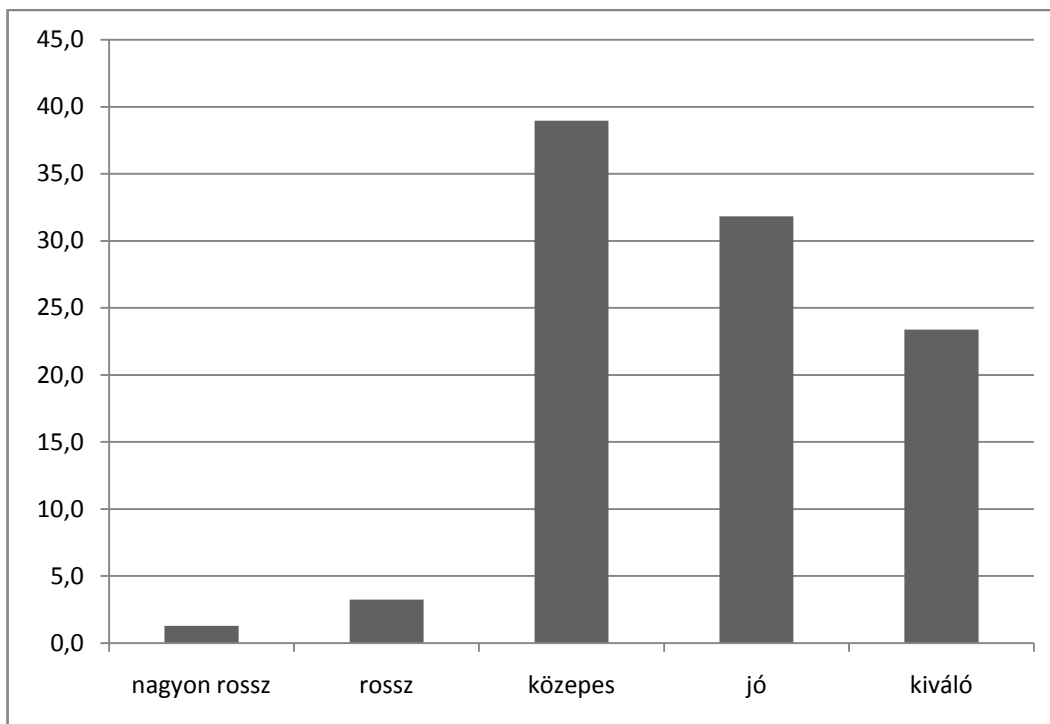


A felnőttek négy százalékának van valamilyen fogyatékosága (fizikai, érzékszervi, vagy mentális). Megváltozott munkaképesség 8,8%-uknál lett megállapítva.

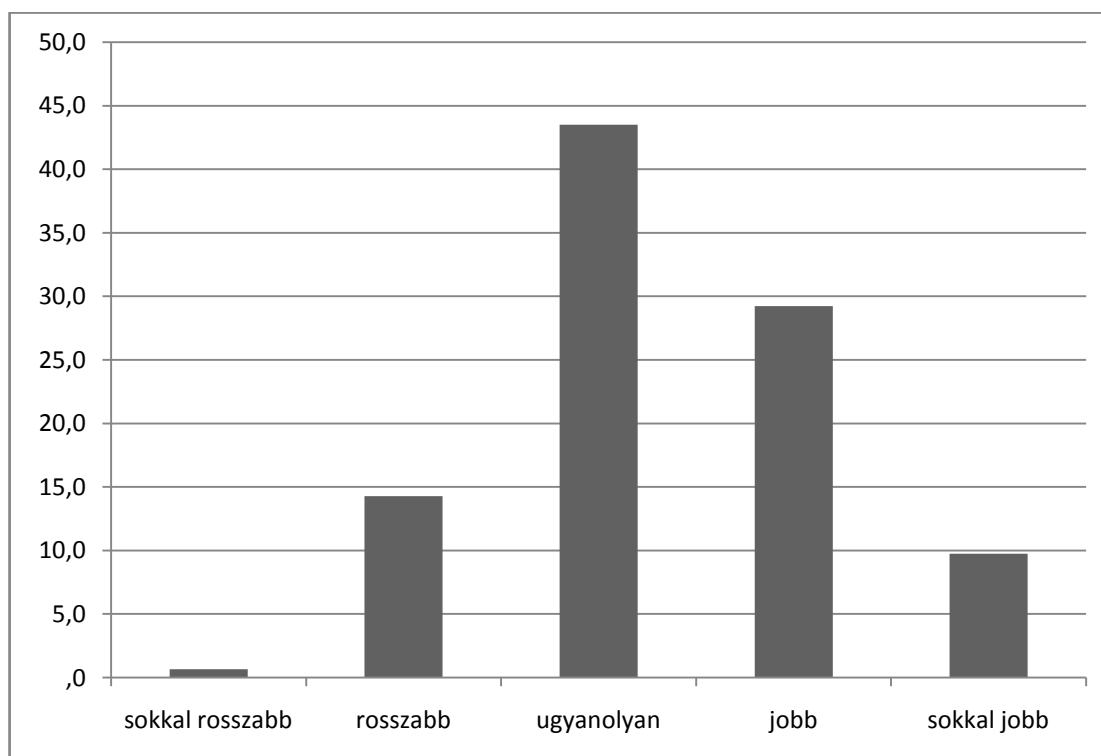
Összességében a saját egészségi állapotukat közepesnek, illetve annál jobbnak értékelték. Az átlagosnál rosszabbnak igen kevesen érezték egészségi állapotukat. Tekintve, hogy a mért – azaz nem az önbevalláson alapuló – hazai egészségi állapot a teljes népességben is lényegesen rosszabb ennél, vélhetően ez a pozitív önértékelés annak köszönhető, hogy bizonyos állapotromlásokat a megkérdezettek természetesnek vettek, nem definiálták úgy

azokat, hogy azáltal romlott volna az egészségük. Amennyiben a kortársakhoz viszonyították saját egészségi állapotukat, egy kicsit kevésbé kedvezően ítélték meg azt.

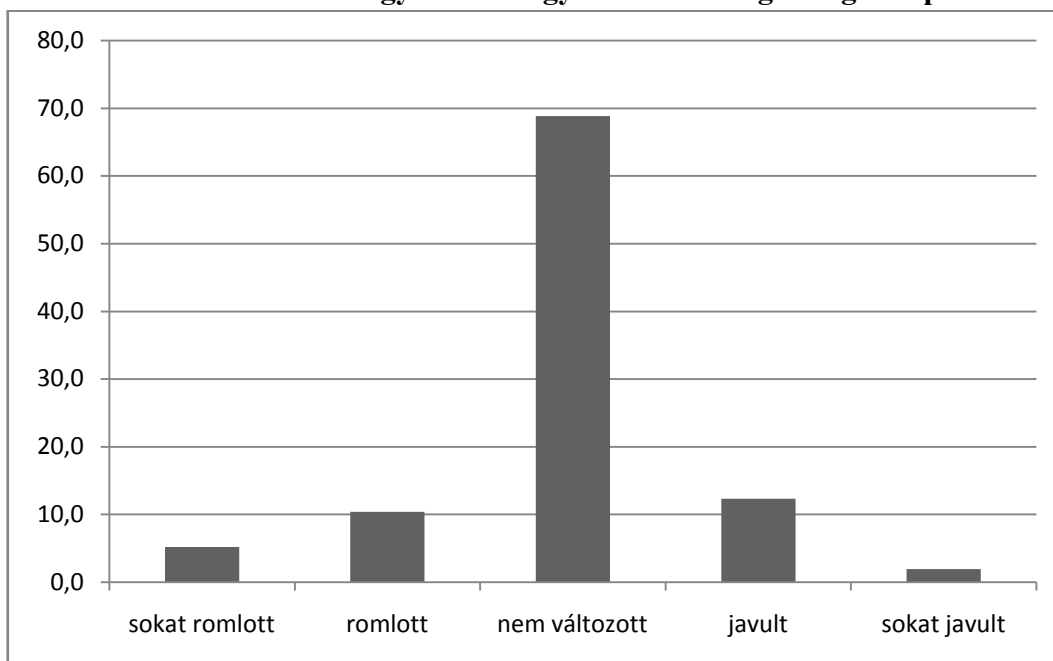
26. ábra. Az egészségi állapot önminősítése (%)



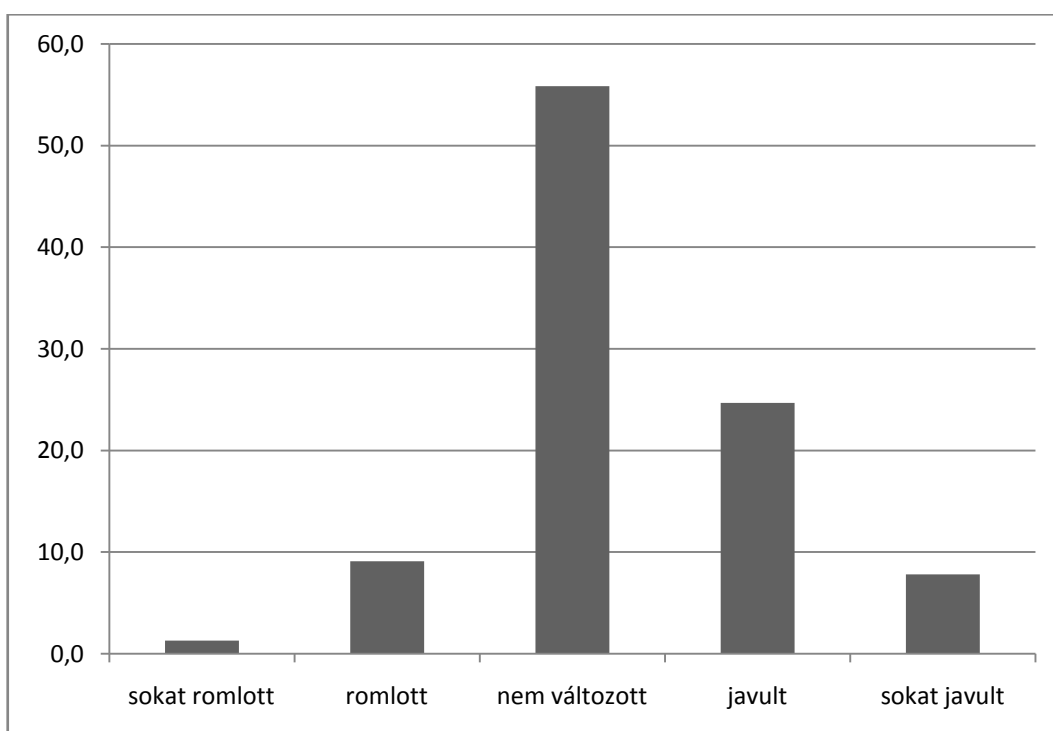
27. ábra. Az egészségi állapot önminősítése a kortársakhoz viszonyítva (%)



28. Az elmúlt egy évben hogyan változott egészségi állapota?



29. Az elmúlt egy évben hogyan változott általános lelkiállapota?



A válaszadók többsége úgy érezte, hogy az elmúlt évben nem változott sem az egészségi állapota, sem az általános lelkiállapota. A lelkiállapotot tekintve javulást érzékelt egy

jelentősebb csoport: a válaszadók egynegyede javulásról, közel tíz százalékuk nagyobb mértékű javulásról számolt be,

A kérdőív táplálkozással összefüggő, táblázatos kérdésblokkját – 19. kérdés – a válaszadók nagy többsége nem tudta értelemszerűen megválaszolni. Pontosabban a szakkollégisták, felkészítésük ellenére, nem értelmezhető módon vették fel ezeket az adatokat, így az elemzésüktől el kellett tekintenünk. A kérdésblokk csupán arra alkalmas, hogy egy következő kutatás felkészítő tréningjén – vagy egy kutatás módszertani kurzuson –, mint kerülendő hibát mutassuk be.

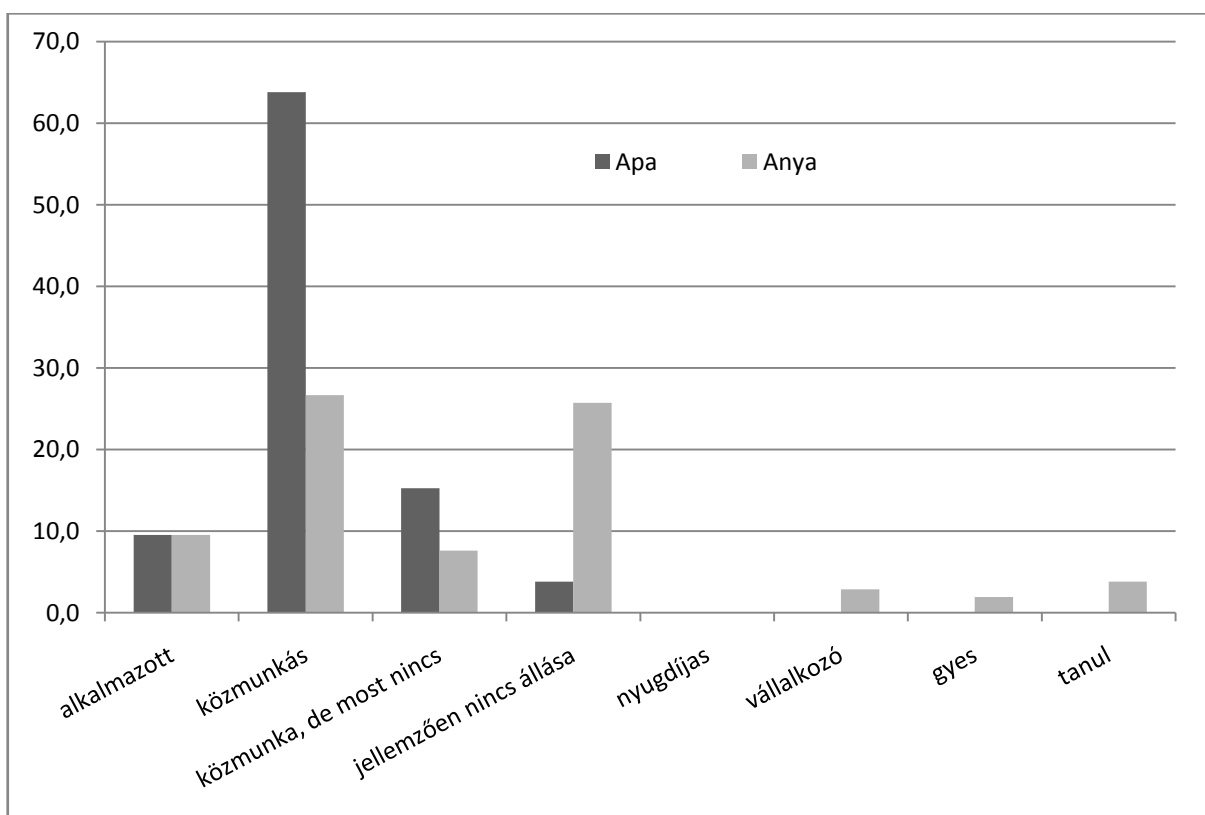
A felnőttek alapmegoszlását követően a gyermek-kérdőívekre adott válaszok alapmegoszlását mutatjuk be.

- A gyerekek egészségi állapota

A gyerekek kérdőívét – ahogy a demográfiai blokkban már írtuk –, tinédzserek töltötték ki. A válaszadók 28,6%-a már középiskolás (ezek túlnyomó többsége szakmunkásképzőbe jár), 15,2%-a pedig már abbahagyta az iskolát. Ez utóbbi csoport érdekessége, hogy nem csak olyanok vannak közöttük, akik 16 és 17 évesen hagyták abba tanulmányaikat, de közel felük azt nyilatkozta, hogy 14 évesen hagyták ott az iskolát, amely jelenleg törvényi lehetetlenség.

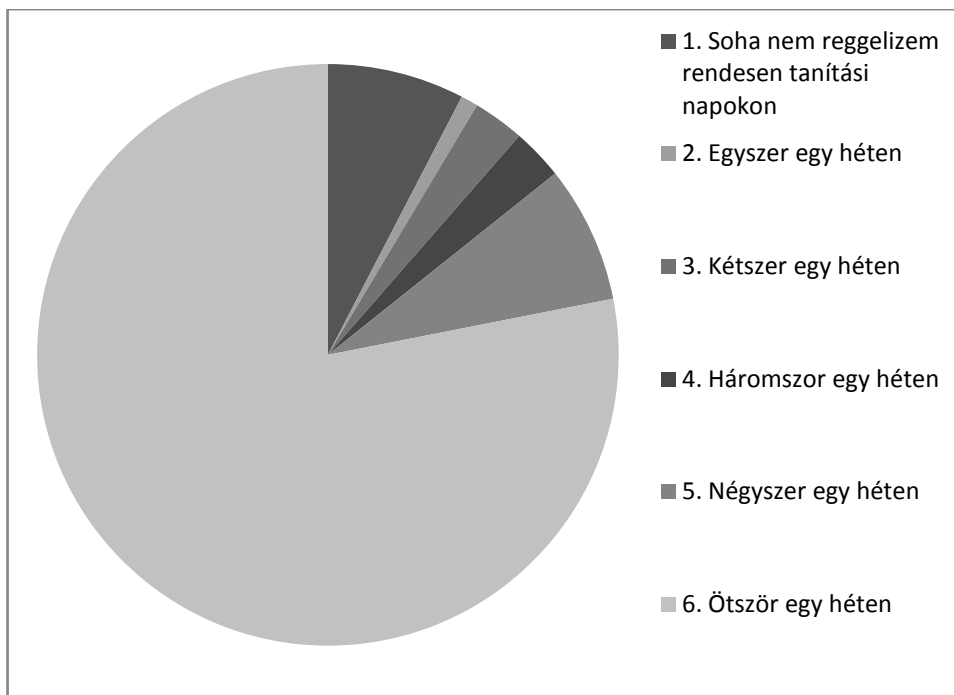
A szülői háttérrel tekintve a megkérdezett gyerekek szüleinek a foglalkozása instabil, dominál a közmunka, de sokuknak még a felpörgetett közmunkaprogram mellett sincs munkája. Az alkalmazottak aránya sem az apák, sem az anyák között nem éri el a 10%-ot.

30. ábra. A szülők munkaerő-piaci helyzete

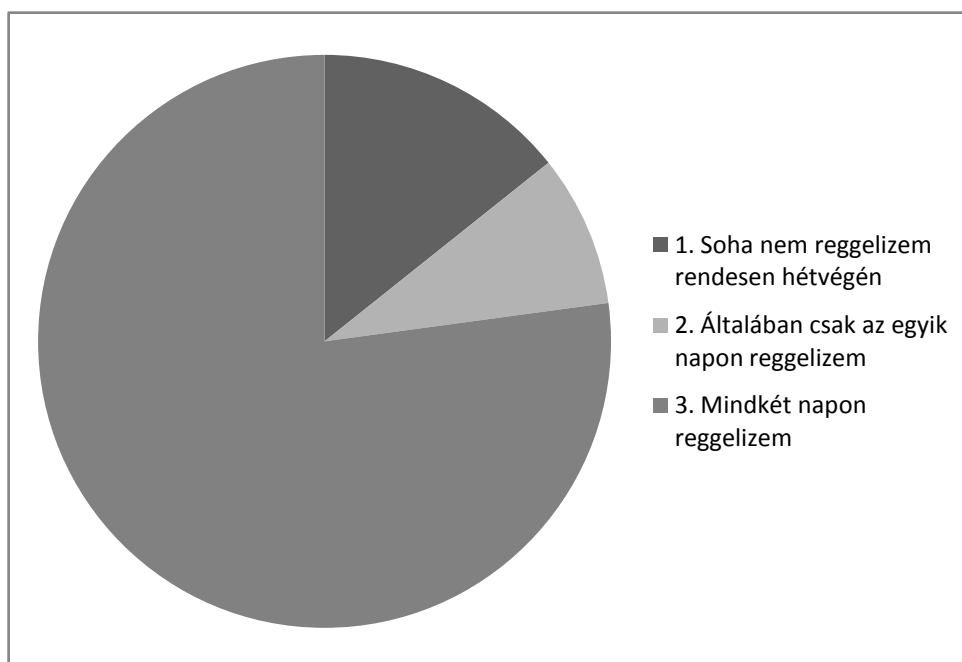


A gyerekek közel egynegyede (21,9%) nem reggelizik minden hétköznapi, közülük is 7,6% egyáltalán nem szokott reggelizni hétköznapi. Hasonló arányban nem reggeliznek rendszeresen hétvégén (22,9%), illetve se szombaton, se vasárnap nem reggelizik 14,3%.

31. ábra. Milyen gyakran reggelizik hétköznapi

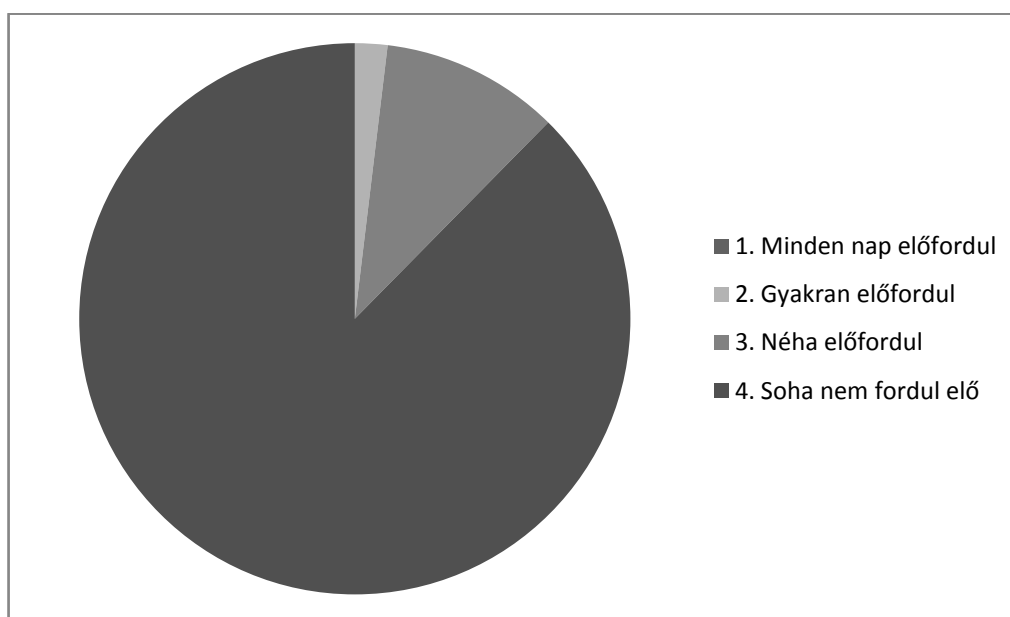


32. ábra. Milyen gyakran reggelizik hétvégén



Vannak olyan fiatalok, akik azért mennek éhesen iskolába, vagy azért fekszenek le este éhesen, mert nincs otthon elég ennivaló. A mintánkban nem volt olyan gyerek, akivel ez minden nap előfordult volna. gyakran előfordult 1,9%-kal, néha megesik 10,5% életében. A válaszadók túlnyomó többségével azonban nem fordul elő az, hogy azért maradjon éhes, mert otthon nincs ennivaló.

33. ábra. Milyen gyakran marad éhes azért, mert nincs ennivaló



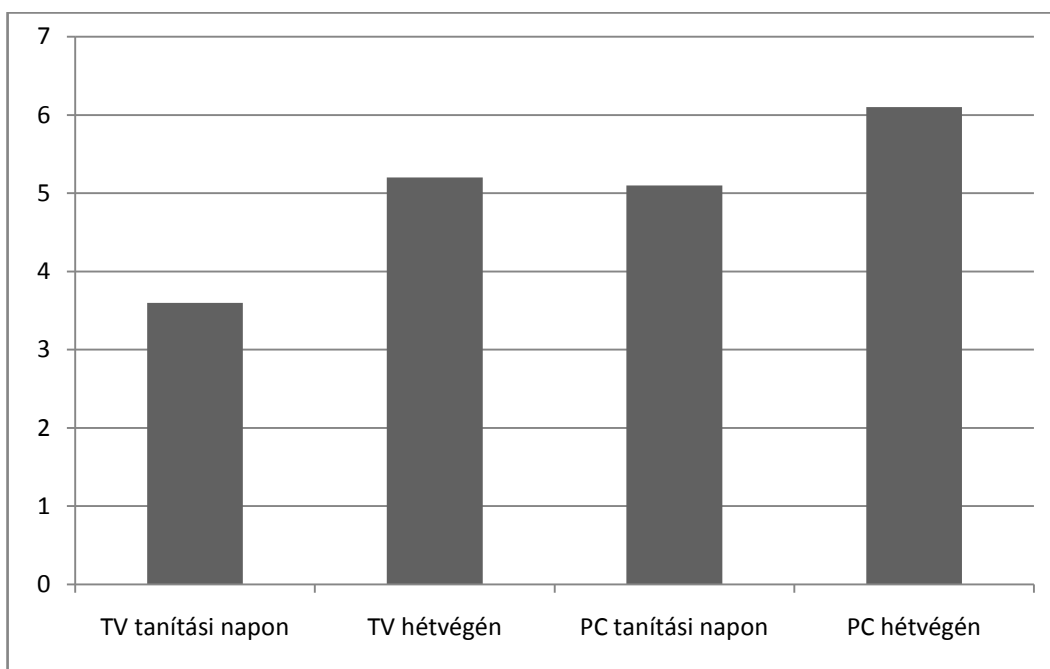
A gyerekek fizikai aktivitása a megkérdezettek csaknem egyötödénél nem elégséges. A minta 18,1%-a csupán három, vagy kevesebb napon mozog kiadósan legalább egy órát (egy héten). Kiadós mozgást átlagosan 5,13 napon végeztek a megkérdezettek. A nagy többség azonban szerencsére elég sokat mozog.

13. táblázat. Hetente hány napon mozog legalább 60 percet a megkérdezett

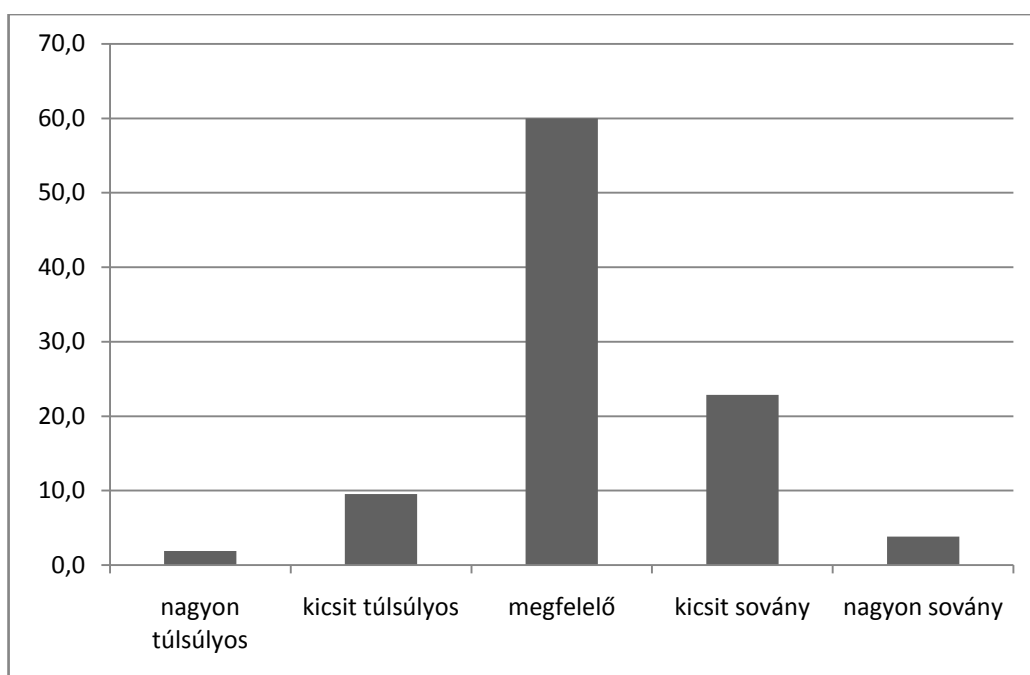
Napok száma	%	Napok száma	%
1	2,9	5	37,1
2	5,7	6	0,0
3	9,5	7	30,5
4	1,9	nem válaszolt	12,4

Az inaktív pihenéssel töltött órák száma rendkívül magas a mintában. Az alábbi ábrán látható a televízió (és DVD, videó) előtt töltött órák átlagos száma, valamint a számítógépezéssel (ide értve a mobiltelefonon való játékot, chatelést is) eltöltött átlagos időt. Az inaktívan eltöltött idő, ha mindkét típust figyelembe vesszük, tanítási napon átlagosan majdnem 10 óra, hétvégén több, mint 11 óra.

34. ábra. Inaktív pihenéssel töltött órák száma átlagosan, naponta



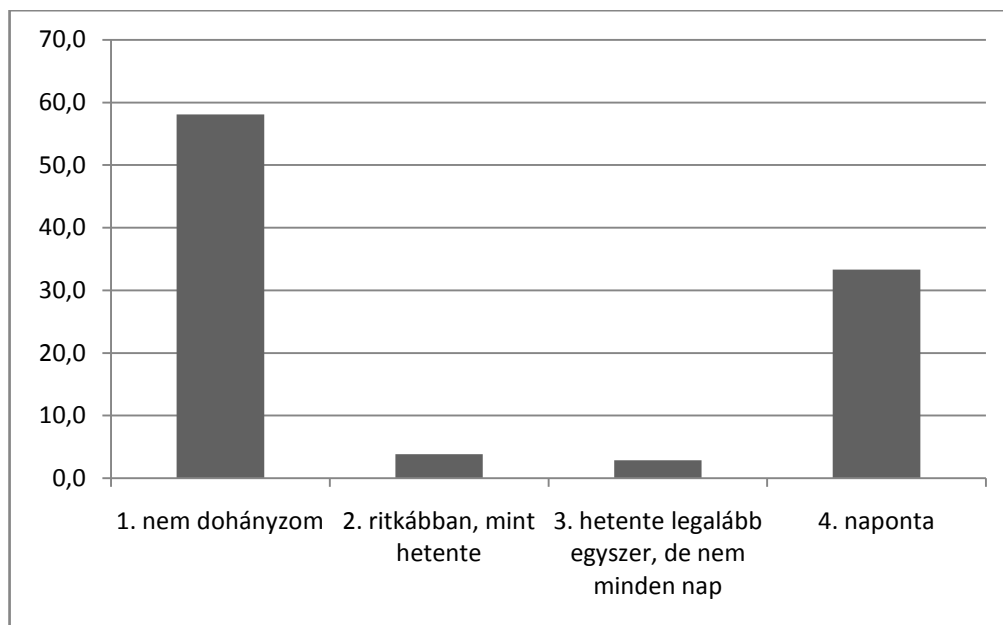
35. ábra. A testsúlyuk önértékelése



Az alapvetően inaktív életmódjukhoz képest a testi önképük jó – azaz önmagukat megfelelő súlyúnak látják, illetve a minta közel egyötöde kicsit soványnak.

A megkérdezettek 66,7%-a már elszívott életében legalább egy szál cigarettát. 41,9%-uk a megkérdezés idején is aktívan dohányzott. Az aktív dohányzók túlnyomó többsége napi rendszerességgel fogyaszt valamilyen dohányárut: a dohányosoknak csupán egy hatoda szív napi rendszerességnél ritkábban cigarettát, vagy más.

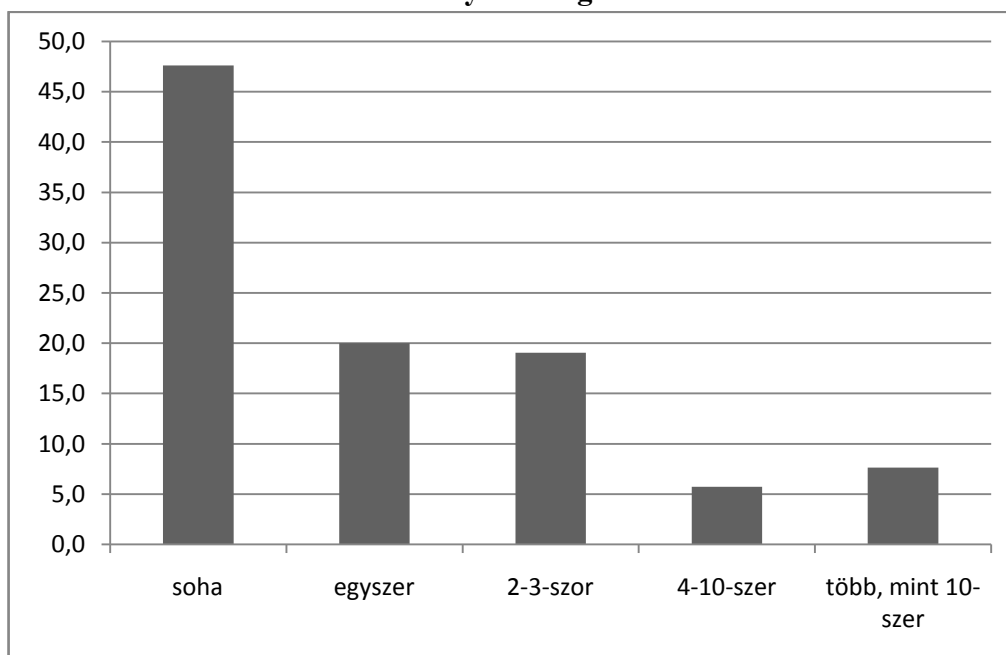
36. ábra. Dohányzási szokások



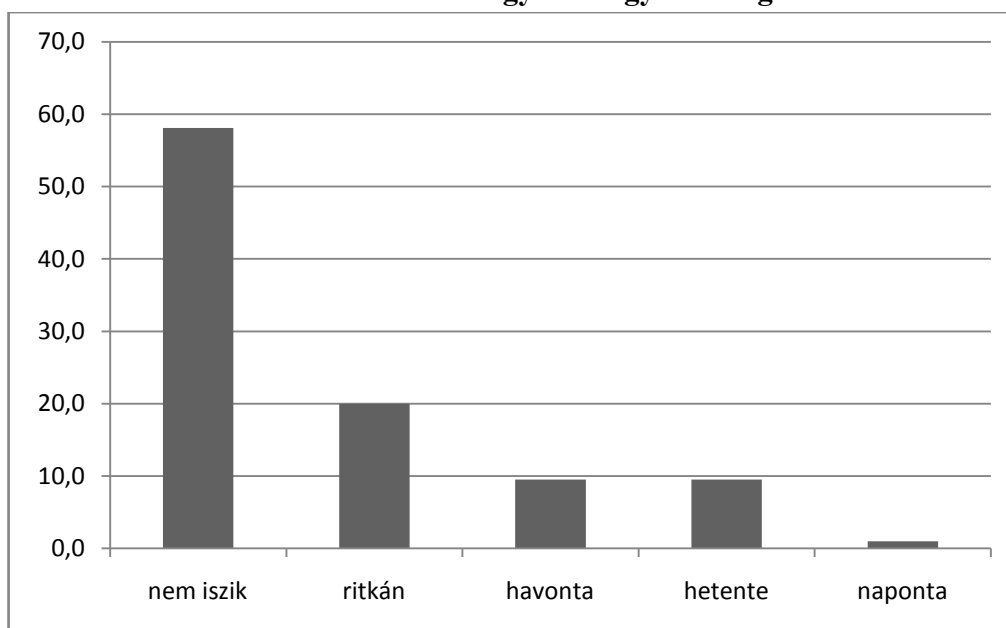
A megkérdezettek fele legalább egyszer már berúgott életében. A minta egytizede számára a részegség visszatérő élménnyé vált. Ez az arány nagyjából megfelel a rendszeres (heti és napi) alkoholfogyasztók arányának.

Bár a megkérdezettek a dohányzás és a alkoholfogyasztás tekintetében meglehetősen elfogadók, saját bevallásuk szerint 94,3%-uk egyáltalán nem fogyasztott kábító hatású anyagot. A válaszok azonban torzulhatnak, hiszen ahogy más, ilyen jellegű vizsgálatokat végző kutatók figyelmeztetnek, a zero toleranciát hirdető drogpolitikának, a drogfogyasztás büntethetőségének köszönhetően a válaszadók ennél a kérdésnél inkább óvatosan viselkedhetnek, mint őszintén.

37. ábra. Hányszor rúgott már be?



38. ábra. Alkoholfogyasztás gyakorisága



A káros szenvedélyek elterjedtségét nem csupán direkt rákérdezéssel mérhetjük fel. A másik, gyakran alkalmazott módszer, hogy megkérjük a gyerekeket, becsüljék meg, hogy a baráti körükre mennyire jellemzőek ezen szereknek a fogyasztása. Igaz, az ifjúságkutatások tanulsága az, hogy a fiatalok szeretnek kissé nagyot mondani, ha a barátaik „vagányságáról” van szó – azaz az alábbi táblázat adatait talán kicsit túlbecsülték –, de azért a táblázat eléggé informatív abból a szempontból, hogy láthatóvá teszi a megkérdezettek társas környezetének

preferenciáit. Eszerint leginkább a dohányzás jellemző rájuk (a megkérdezettek 28,6%-a például azt válaszolta, hogy minden barátja dohányzik), ezt követi az alkoholfogyasztás. A gyakori lerészegedés már nem olyan jellemző, de még így is a válaszadók 7,6%-a állította, hogy a barátok többsége legalább hetente egyszer lerészegedik, 8,6%-uk pedig úgy vélte, hogy ez minden barátjukra igaz. A drogfogyasztás azonban még ezzel a módszerrel sem mutatható ki jelentős mértékben.

14. táblázat. A káros szenvedélyek becsült előfordulása a baráti körben (%)

Hány barát...	egy sem	kevesen	néhányan	a többség	mindegyik
cigarettazik	21,0	12,4	10,5	27,6	28,6
iszik alkoholt	34,3	17,1	25,7	13,3	9,5
lesz részeg hetente (vagy gyakrabban)	48,6	19,0	16,2	7,6	8,6
fogyaszt kábítószer	92,4	3,8	1,9	0,0	0,0

A minta 9,5%-ának van valamilyen tartós betegsége, amely rendszeres orvosi felügyelet igényel. Ezen belül 4,8% számolt be arról, hogy egyféle gyógyszert naponta szednie kell, további 1,9%-uk pedig arra kényszerül, hogy napi rendszerességgel szedjen többféle gyógyszert.

A stresszhez – pontosabban a distresszhez – kapcsolható fizikai tünetek egy részét a gyerekek kifejezetten sűrűn érzékelik magukon. Fejfájást, fáradtságot többen éreznek napi rendszerességgel. Legritkábban a hátfájást, szédülést, a gyomor- és haspanaszokat, valamint az alvászavarokat érzékelik.

15. táblázat. Az elmúlt fél évben hányszor érezted a következőket?

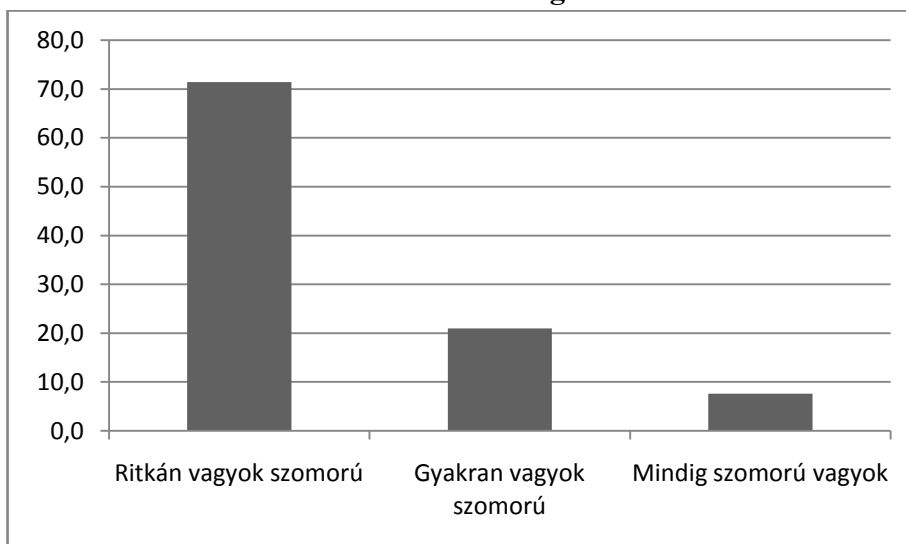
	Szinte naponta	hetente többször	kb. hetente	kb. havonta	ritkábban vagy soha
Fájt a fejem	21,0	19,0	19,0	14,3	26,7
Fájt a gyomrom, vagy a hasam	2,9	7,6	21,0	16,2	52,4
Fájt a hátam	2,9	2,9	16,2	1,0	77,1
Kedvetlen, rosszkedvű voltam	3,8	28,6	32,4	9,5	25,7
Ingerlékeny, veszekedős voltam	8,6	25,7	34,3	8,6	22,9
Ideges voltam	9,5	30,5	25,7	18,1	16,2
Nem tudtam elaludni	5,7	10,5	15,2	20,0	48,6
Szédültem	0,0	9,5	9,5	13,3	65,7
Fáradt, kimerült voltam	14,3	35,2	23,8	8,6	18,1

A megkérdezettek mindennapi életét leginkább meghatározó hangulatokat, érzéseket hat dimenzió segítségével vizsgáltuk. Ezek:

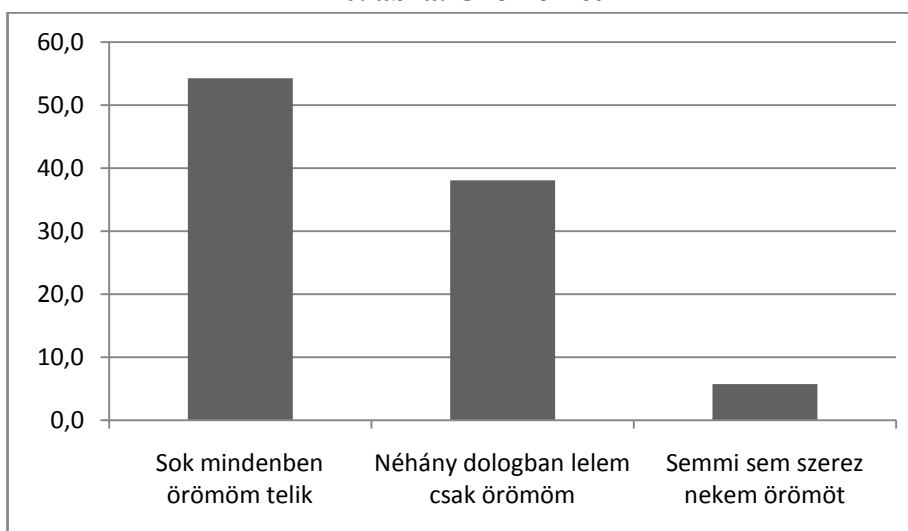
1. szomorúság érzete
2. örömrézet
3. öngyűlölet/önszeretet
4. sírhatnék
5. szeretet-érzet (másoké)
6. társas kapcsolatok akadálytalansága

A minta jelentős része pozitív érzésekkel rendelkezik, akár önmagára, akár másokra vonatkoztatjuk.

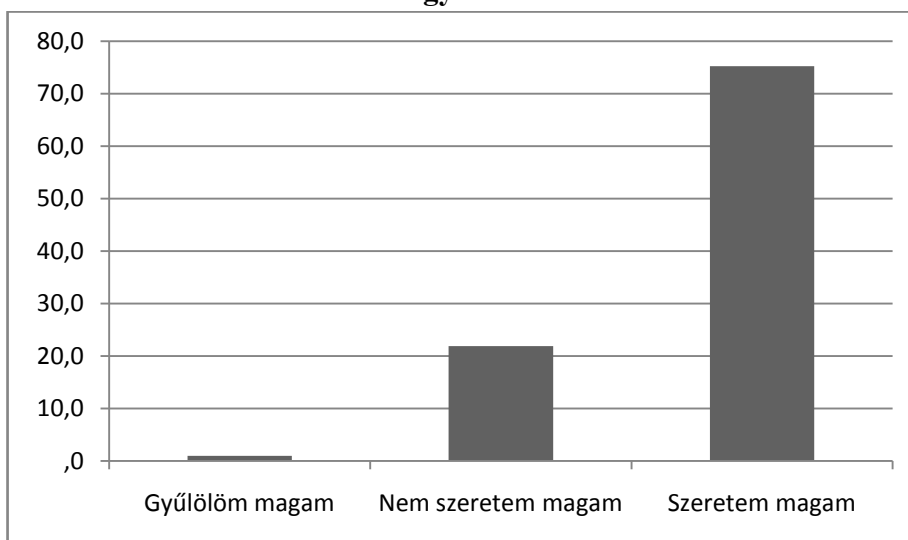
39. ábra. Szomorúság érzete



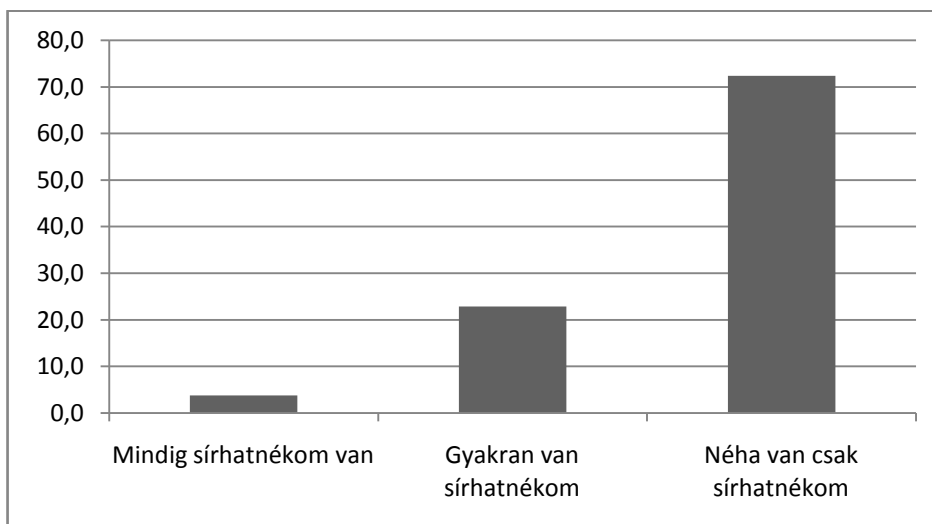
40. ábra. Örömrézet



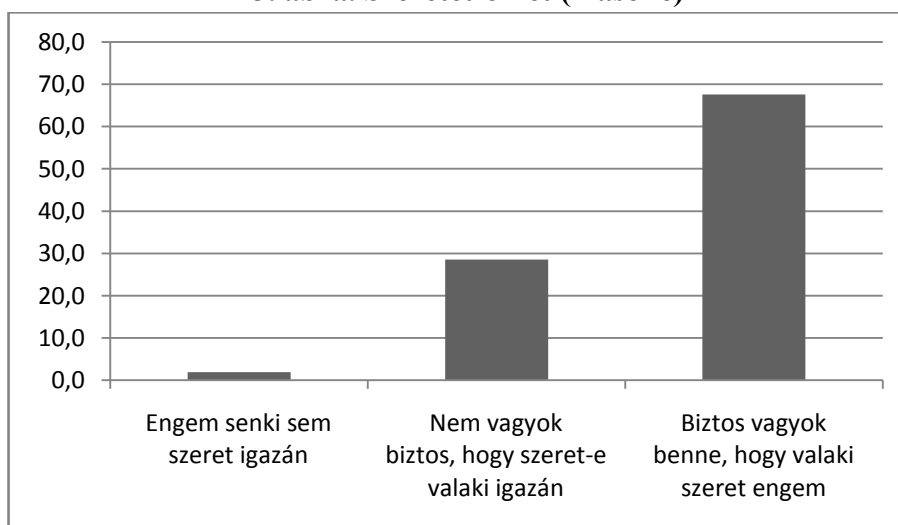
41. ábra. Öngyűlölet/önszeretet



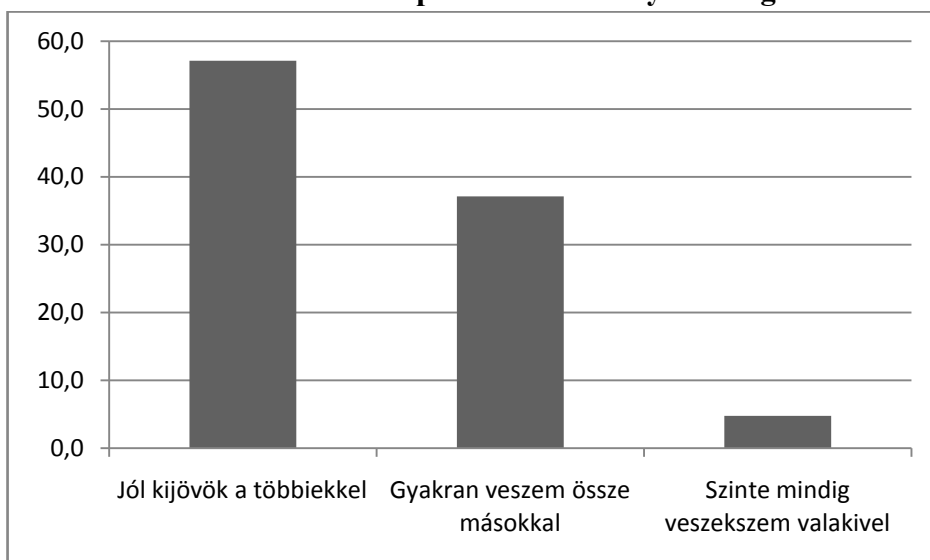
42. ábra. Sírhatnék



43. ábra. Szeretet-érzet (másoké)

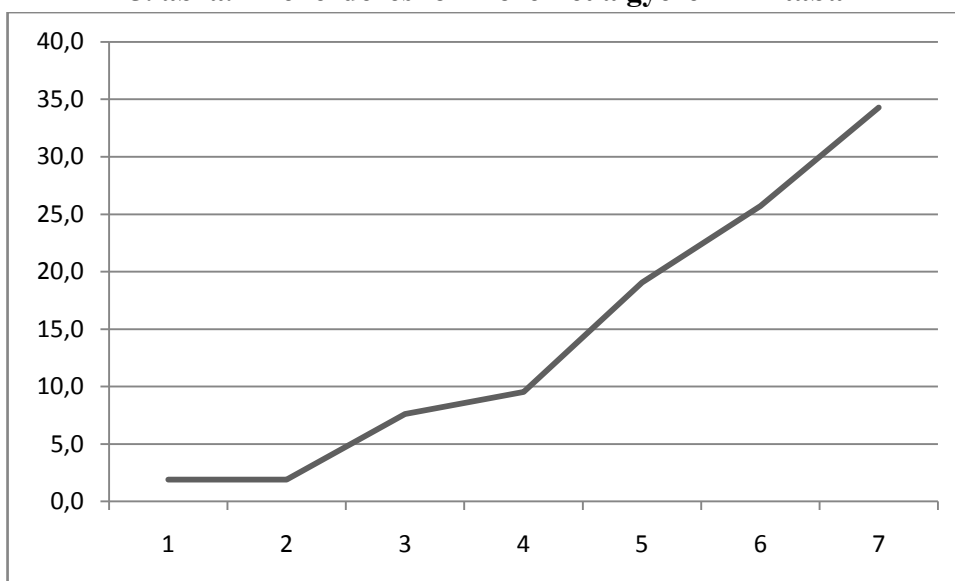


44. ábra. Társas kapcsolatok akadálytalansága



A gyerek-minta lekérdezéskori közérzete – akárcsak a felnőtteké –, kifejezetten pozitív, sőt, lényegesen pozitívabb, mint a felnőtteké. A jó közérzet (5-7 pont) jellemző a minta csaknem 80%-ára.

45. ábra. A lekérdezéskori közérzet a gyerek-mintában



Záró gondolatok

A hazai romakutatások sokoldalúan foglalkoztak a romák helyzetével. A vizsgálatok elsősorban a romák szociális helyzetét, foglalkoztatási és iskolázottsági mutatóit, valamint a szegregáció jelenségét és annak területeit vizsgálták. Kevesebb kutatás elemezte a romák egészségi állapotát. Ennek több oka is van, melyek között a személyes adatok védelméhez, az etnikai hovatartozáshoz és az egészségi állapothoz, mint személyes adathoz fűződő szabályozás is fontos szerepet játszik. Ezen okok következtében kevés adat áll rendelkezésünkre a roma népesség egészségi állapotáról⁴⁴.

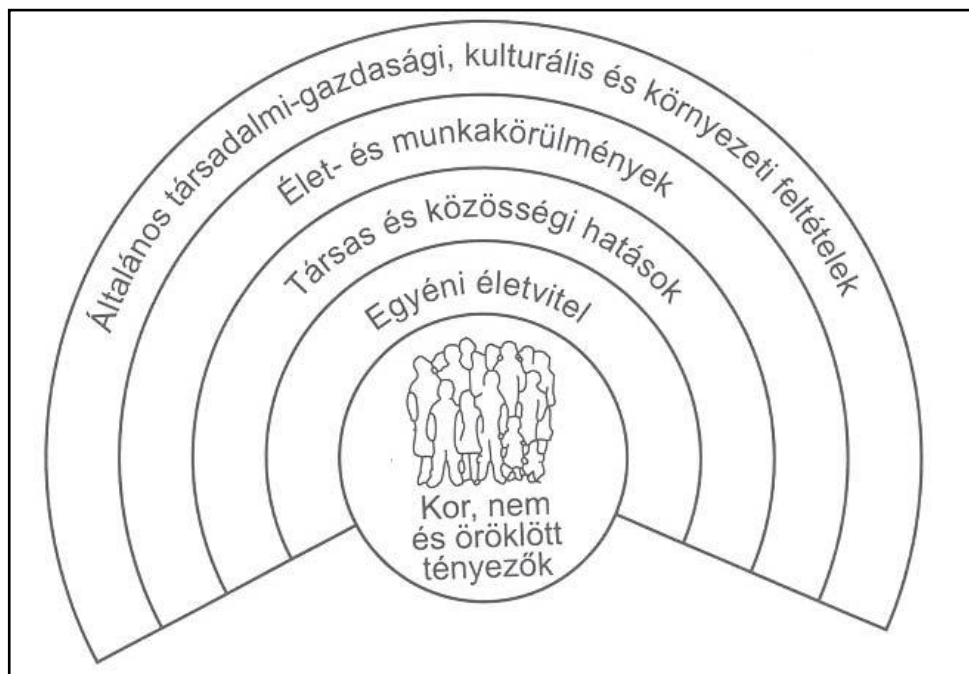
Az eddig lefolytatott kutatásoknak több megközelítésmódja alakult ki. A kutatások egyik része a romák körében lefolytatott kérdőíves kutatás, melyek többnyire az iskolázottságra, a szociális helyzetre, az egészségi állapotra és az ellátórendszer igénybevételére, a panaszokra és betegségekre, a mentális állapotra kérdeznak rá. A kutatások másik csoportja a terepmunka, a résztvevő megfigyelés és az interjú módszereket alkalmazva, gyakran kulturális antropológiai megközelítéssel vizsgálja a romák egészségi állapotát, egyes roma csoportok, pl. a nők egészségi állapotát, a roma nők és az egészségügyi rendszer viszonyát, a romák és az egészségügyi rendszer kapcsolatát. Mindkét megközelítés esetében hiányzik, vagy csak kis mértékben van jelen *a méréseken és szűréseken alapuló, az egészségi állapotra irányuló egzakt vizsgálat, ennek következtében jelentős a szubjektív egészségi állapot mutatók alkalmazása, illetve az interjú, kulturális antropológiai megközelítés esetén ugyancsak a különböző aktorok véleményének és elvárásainak az elemzése*. Ezek a sajátosságok jelentős mértékben behatárolják a romák egészségi állapotáról meglévő tudásunkat⁴⁵.

Az Evangélikus Roma Szakkollégium egészségkutatása beilleszkedik ebbe a kutatási trendbe. A telepszerű körülmények között élő cigányság egészségi állapotát kérdőíves módszerrel mértük fel, az eredmény önbevalláson alapuló, szubjektív adatok gyűjteménye. E szubjektivitás alapvetően befolyásolja az adatok „természetét”, hiszen az egyének megítélése saját egészségi állapotukról – vagy a megfelelőnek, egészségesnek tartott állapotokról egyáltalán – sokszor kedvezőbb, mint ahogy azt a műszeres vizsgálatokon alapuló, bizonyítékalapú orvoslás állítaná. Ugyanakkor nem tekinthetünk el Forray Katalin azon megállapításától, hogy létezik egy olyan fiatal roma réteg, amelyik nem „otthonról hozta” az

értelmiségi magatartásokat, és nem magától értetődően illeszkedik be a társadalmi szerkezetbe. Ez a „maga erejéből” tanult réteg kötődik hátrányos helyzetű, vagy peremhelyzetű közösségéhez, és hajlandó is munkát vállalni érte. Ennek a példának a terjedése kiemelt feladata, sőt, küldetése az Evangélikus Roma Szakkollégiumnak – és az egészségkutatás is ezt a szerepet, ezt a küldetést erősíti azáltal, hogy a szakkollégistákat közel viszi a terephez, felkínálja a személyes emóciók gyűjtését és feldolgozását. Ebből a szempontból kifejezett előny, hogy az adatgyűjtés eredményeképpen a célcsoport szubjektív egészség-észlelése artikulálódik a műszerek adatai és a laboreredmények helyett.

A lakosság magas szintű egészségének elérésében szerepet játszó tényezők jól ismertek (Dahlgren-Whitehead modell⁴⁶). Azonban a társadalmi esélyegyenlőtlenségek, köztük a szegénység, alacsony jövedelem, munkanélküliség, illetve nem megfelelő munka, iskolázatlanság, rossz lakhatási és életkörülmények, egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, etnikai-kulturális különbségek stb. és az egészség szoros kapcsolata alapján nélkülözhetetlen átfogó beavatkozási politikák és tevékenységek általánosan még nem jellemzők.

46. ábra: Az egészség determinánsai - Dahlgren-Whitehead modell



A romák esetében gyakran felmerül a kérdés, speciális-e a roma helyzet – az egészség szempontjából. Helyi kutatások alapján elmondhatjuk, hogy nem beszélhetünk etnikai

egészségi állapotról, bár a kisebbségi helyzet magában hordozza az egészségbeli hátrányokat. Hazai tanulmányok is igazolják, hogy az egyenlőtlenség soktényezős rendszerében az egészségbeli egyenlőtlenségek és a kirekesztődés felerősítik egymást. A Debreceni Népegészségügyi Iskola kutatása szerint (2000-2005) a telepszerű körülmények között élők egészségét a rossz lakhatási körülmények és egészségtelen környezet tovább rontja. A roma családokban élők általános egészségi állapota, életkilátása jelentősen elmarad a többségi társadalom tagjaira jellemzőktől:

- rossz egészségi állapotuk, alacsony egészségtudásuk, mentális egészségük tovább súlyosbítja hátrányos helyzetüket;
- több mint 10 év lemaradás a születéskor várható élettartam tekintetében a nem romákhoz képest;
- jelentős különbségek a halálozás és megbetegedések esetében a gazdasági-társadalmi különbségek mentén⁴⁷.

A romák rossz életkörülményei, a szocio-kulturális hátrányból fakadó tájékozatlanság, a minőségi egészségügyi ellátáshoz való korlátozott hozzáférés és a magasabb egészségügyi kockázatoknak való kitettség következtében a roma társadalom egészéhez hasonlóan a roma nőknek is igen rossz az egészségi állapota. A roma anyák körében a gyermek életkilátásait befolyásoló mutatók rosszabbak, mint az országos átlag: az anyák nagyobb arányban soványabbak, fiatalabbak és alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek. Ráadásul sok helyütt kevésbé részesülnek olyan közegészségügyi szempontból alapvető közszolgáltatásokból mint a vezetékes vízszolgáltatás vagy a csatornahálózati ellátottság. A egészségügyi ellátásban, így a romák ellátásában is a társadalmi hátrányok szempontjából az alapszolgáltatások hiányosságai jelentik a legelemibb hozzáférési problémákat. Az utóbbi időszakban az alapszolgáltatásokat tekintve a népességszám csökkenése ellenére romlott az ellátottság mutatója.

A hazai romák körében lefolytatott egészség-kutatások, de az Evangélikus Roma Szakkollégium hallgatóinak vizsgálata is megerősíti, hogy a cigányság egészségi állapota csak átgondolt, rendszerszerű „beavatkozások” esetében változhat, figyelembe véve azt is, hogy a saját egészségi állapotot jelentős mértékben az egyén életvezetése alakítja. Az életmódnak az egészségi állapotra gyakorolt hatása azonban jelentős mértékben az életmód keretei és feltételei által meghatározottak. Ebből az következik, hogy a romák egészségi állapotát jelentős mértékben befolyásoló szegénység, kirekesztettség és diszkrimináció a hazai

„megoldási módok” ismert terápiájával oldható, azaz az iskolai végzettség jelentős emelésével, ami középtávon javíthatja a romák munkaerő-piaci pozícióit, ezáltal növelheti jövedelmüket. Az iskolai végzettség emelésének lehetséges programja azonban csak részben képes csökkenteni a kirekesztettséget és a diszkriminációt, amik önmagukban is növelik a romák körében tapasztalható anómiás és elidegenedési jelenségeket, amik hozzájárulhatnak a lelkiállapot egyensúlyzavaraihoz, a mentális problémák magas arányához is.⁴⁸

A kutatás során alkalmazott kérdőívek

Tisztelt Hölgyem, Uram!

Az Evangélikus Roma Szakkollégium egészségkutatásának keretében kerestük most fel Önt. A kérdőív tanulmányi és tudomány célokat szolgál, melyet név nélkül töltünk ki. Kérem, hogy segítsen nekünk abban, hogy sikeresen elvégezhessük ezt a kutatást, ezáltal támogassa hallgatóink fejlődését. **A válaszadás önkéntes!**

Köszönjük!

1. Hány éves: éves

2. Neme 1. férfi 2. nő

3. Legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?

- 1. kevesebb, mint 8 általános
- 2. befejezett 8 általános
- 3. szakmunkásképző
- 4. szakközépiskolai érettségi
- 5. gimnáziumi érettségi
- 6. egyéb középfokú végzettség
- 7. felsőfokú

4. Családi állapota

1. nőtlen, hajadon 2. házas 3. élettársa van 4. elvált 5. özvegy

5. Gyermekeinek száma:

6. Jelenleg Önnel együtt hány ember él a háztartásában?

7. Testmagassága: cm **Testsúlya:**kg

8. Testsúlyára vonatkozóan úgy érzi, hogy:

1. nagyon túlsúlyos 2. kicsit túlsúlyos 3. megfelelő 4. kicsit sovány 5. nagyon sovány

9. Véleménye szerint Ön jól néz ki?

1. nagyon 2. eléggé 3. átlagosan 4. inkább nem 5. egyáltalán nem

10. Mennyire érzi magát egészségesnek?

1. nagyon 2. átlag felettien 3. átlagosan 4. átlag alatti 5. egyáltalán nem

11. Jelenleg dohányzik?

1. igen 2. nem, de korábban dohányoztam 3. soha nem dohányoztam

12. Ha dohányzott, vagy jelenleg is dohányzik:

Ha jelenleg is dohányzik, hány szál cigarettát szív el naponta?

Ha már leszokott, hány szál cigarettát szívott el naponta a „csúcsn”?

Hány éven keresztül dohányzott/dohányzik?

Hány évesen kezdett el dohányozni?

Hány évesen próbált meg először leszokni?

Hányszor próbált meg leszokni?

13. Van-e önnek olyan problémája az alább felsoroltak közül, amely akadályozza a mindennapi tevékenységeinek ellátásában, és legalább hat hónapja fennáll?

	Nincs ilyen problémám	Van ilyen problémám	Ez komoly problémám
Látás (szemüveg viselése mellett is rossz)	1	2	3
Hallás	1	2	3
Járás, lépcsőjárás	1	2	3
Folyamatos ülés, állás	1	2	3
Koncentráció, visszaemlékezés	1	2	3
Kommunikáció (pl. mások megértése)	1	2	3
Tárgyak megfogása, továbbítása	1	2	3
Emelés, cipekedés	1	2	3
Hajolgatás	1	2	3
Hirtelen mozdulatok (valami elkapása)	1	2	3
Visszatérő fertőzés, melyből nehezen épül fel	1	2	3
Krónikus betegségek (pl. cukorbeteg)	1	2	3
Egyéb (pl. nőgyógyászati, szív- érrendszeri)	1	2	3

14. Szed-e napi rendszerességgel valamilyen gyógyszert?

1. nem 2. igen, egyfélét 3. igen, többfélét

15. Milyen gyakran sportol?

1. soha 2. ritkábban, mint heti egyszer 3. heti egyszer 4. hetente többször

16. Milyen gyakran végez olyan fizikai aktivitást (pl. kerti munkát), amelyben legalább egy időre alaposan kimelegszik?

1. soha 2. ritkábban, mint heti egyszer 3. heti egyszer 4. hetente többször

17. Naponta legalább hány órát tölt TV-nézéssel? Hétköznapi: órát

Hétvégén: órát

18. Körülbelül hány órát ücsörög egy nap (munkahelyen és otthon együtt)? órát

19. Hetente illetve naponta hány alkalommal fogyasztja a következő ételeket, italokat? A napi fogyasztást csak akkor írja, ha a hét minden napján (azaz 7) fogyasztja a terméket!

	hetente	naponta
Gyümölcs		
Zöldségfélék		
Édességek, sütemények		
Kóla vagy más édes üdítőital		
Kávé, energiaital		
Teljes kiőrlésű pékáru („nem		
Bármilyen hús		
Halak		

20. A következőkben az általános közérzettel kapcsolatos kijelentéseket talál. Kérem, olvassa el az összes állítást és adja meg, hogy mennyire jellemzik az egyes állítások az Ön általános közérzetét! Tehát nem arról van szó, hogy ebben a pillanatban, hogy érzi magát. Akkor is töltsse ki a kérdőívet, ha ebben a pillanatban nem érzi magát teljesen jól.

A következő igen részletes kérdőívben minden kijelentés esetén 5 különböző válasz közül választhat. Jelölje meg az Önre általában jellemző állításokat!

Kérem, hogy minden kérdésre válaszoljon! Ha nem tud az állítások közül választani, akkor azt a választ jelölje meg, amelyik a leginkább jellemző Önre!

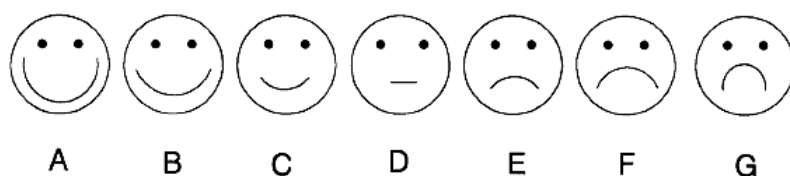
1 = egyáltalán nem jellemző rám; 2 = nem jellemző rám; 3 = nem tudom megítélni; 4 = jellemző rám; 5 = teljes mértékben jellemző rám.

1. Derűs, vidám alkat vagyok.	1	2	3	4	5
2. Nem érzem jól magam a bőrömben.	1	2	3	4	5
3. A vérkeringésem stabil.	1	2	3	4	5
4. Szívesen segítenék más embereknek.	1	2	3	4	5
5. Sok barátom van.	1	2	3	4	5

6. Úgy érzem, szeretnek engem.	1	2	3	4	5
7. Nem vagyok magabiztos.	1	2	3	4	5
8. Esténként kellemesen fáradtnak érzem magam.	1	2	3	4	5
9. Nagyon kiegyensúlyozott vagyok.	1	2	3	4	5
10. Fizikailag terhelhető vagyok.	1	2	3	4	5
11. Nehézkedek érzem magam.	1	2	3	4	5
12. Úgy érzem, lendületbe tudok jönni.	1	2	3	4	5
13. Kitartó vagyok.	1	2	3	4	5
14. Sajnos alig látogat meg valaki.	1	2	3	4	5
15. Leginkább sok ember között érzem jól magam.	1	2	3	4	5
16. Könnyedén teremtek kapcsolatokat.	1	2	3	4	5
17. Ha mozgok, érzem a betegségem.	1	2	3	4	5
18. Kevés sikerem van.	1	2	3	4	5
19. Jól eligazodom a társas kapcsolatokban.	1	2	3	4	5
20. Magányosnak érzem magam.	1	2	3	4	5
21. Állandó fájdalmakkal küszködök.	1	2	3	4	5
22. Folyamatos orvosi kezelés alatt állok.	1	2	3	4	5
23. Feszült és ideges vagyok.	1	2	3	4	5
24. Olyan, amilyen, de elfogadom a fizikai állapotomat.	1	2	3	4	5
25. Nem számíthatok a barátaimra.	1	2	3	4	5
26. Nem kérdés számomra, hogy másokon segítek.	1	2	3	4	5
27. Úgy érzem, szükség van rám.	1	2	3	4	5
28. Nem vagyok boldog.	1	2	3	4	5
29. Kézben tartom a dolgokat.	1	2	3	4	5
30. Fizikai teljesítőképességem korlátozott.	1	2	3	4	5
31. Kimerültnék és fáradtnak érzem magam.	1	2	3	4	5
32. Lehangolt vagyok.	1	2	3	4	5
33. Csalódtam embertársaimban.	1	2	3	4	5
34. Fizikailag egészséges vagyok.	1	2	3	4	5
35. Sokat vagyok magammal elfoglalva.	1	2	3	4	5
36. Nincs senki, akivel megbeszélhetném a dolgaimat.	1	2	3	4	5
37. Családi életem jól működik.	1	2	3	4	5

38. Fizikailag kiegyensúlyozott vagyok.	1	2	3	4	5
39. Már nehezen viselem az állandó feszültséget.	1	2	3	4	5
40. Nélkülözhető vagyok.	1	2	3	4	5
41. Olyan, amilyen, de tudom élvezni a fizikai állapotomat.	1	2	3	4	5
42. Nem lehet könnyen kihozni a sodromból.	1	2	3	4	5

21. Hogy érzi magát most, ebben a pillanatban? Melyik arc szimbolizálja leginkább azt, ahogy most érzi magát? **Kérjük, karikázza be azt a betűt, amelyik az Ön közérzetét legjobban kifejező arc alatt található.**



22. Fogyatékkal élő személy?

1. nem Igen, éspedig:
2. fizikai
3. érzékszervi
4. mentális
5. komplex

23. Megváltozott munkaképesség („rokkantnyugdíj”) megállapításra került?

1. nem 2. igen, éspedig %-ban

24. Összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát?

1. nagyon rossz 2. rossz 3. közepes 4. jó 5. kiváló

25. Saját kortársaihoz viszonyítva hogyan minősíti saját egészségi állapotát?

1. sokkal rosszabb 2. rosszabb 3. ugyanolyan 4. jobb 5. sokkal jobb

26. Az elmúlt egy évben hogyan változott egészségi állapota?

1. sokat romlott 3. romlott 3. nem változott 4. javult 5. sokat javult

27. Az elmúlt egy évben hogyan változott általános lelkiállapota?

1. sokat romlott 3. romlott 3. nem változott 4. javult 5. sokat javult

Köszönjük a válaszokat!

Kedves Tanuló!

Az Evangélikus Roma Szakkollégium egészségkutatásának keretében kerestük most fel. Szeretnénk, ha segítenél nekünk abban, hogy megtudjuk, mennyire egészségesen élnek Kelet-Magyarországon a gyerekek.

Kérjük, válaszolj őszintén! Ez nem dolgozat, ezért nincsenek jó vagy rossz válaszok. A Te véleményed fontos számunkra.

A válaszadás önkéntes, Te döntöd el, hogy akarsz-e segíteni nekünk.

1. Hol élsz? Mi a település neve?

2. Hány éves vagy: éves

3. Nemed 1. fiú 2. lány

4. Hányadik osztályba jársz?-dik osztályba 99) nem járok iskolába

5. Ha középiskolás vagy (9-12-es), milyen iskolába jársz?

1. szakk munkásképző 2. szakközép 3. gimnázium

6. Ha már nem vagy iskolás, mikor hagytad abba? Hány éves voltál? éves

7. Az édesapádnak (ha a nevelőapáddal élsz, akkor rá gondoldj) jelenleg van-e állása?

1) van, alkalmazott 2) van, közmunkás 3) közmunkás, de most nincs munkája
4) jellemzően nincs állása 5) nyugdíjas 6) vállalkozó

8. Az édesanyádnak (ha a nevelőanyáddal élsz, akkor rá gondoldj) jelenleg van-e állása?

1) van, alkalmazott 2) van, közmunkás 3) közmunkás, de most nincs munkája
4) jellemzően nincs állása 5) nyugdíjas 6) vállalkozó

9. Milyen gyakran szoktál rendszeren reggelizni? (Ez azt jelenti, hogy nem csak egy pohár teát, tejet, vagy gyümölcslevet iszol.) Egy választ adjál a tanítási napokra és egyet hétvégére!

Hétköznap	Hétvégén
1. Soha nem reggelizem rendszeren tanítási napokon	1. Soha nem reggelizem rendszeren hétvégén
2. Egyszer egy héten	2. Általában csak az egyik napon reggelizem
3. Kétszer egy héten	3. Mindkét napon reggelizem
4. Háromszor egy héten	
5. Négyyszer egy héten	
6. Ötször egy héten	

10. Hetente illetve naponta hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat? A napi fogyasztást csak akkor írd, ha a hét minden napján (azaz 7) fogyasztod a terméket!

	hetente	naponta
Gyümölcs		
Zöldségfélék		
Édességek, sütemények		
Kóla vagy más édes üdítőital		
Kávé, energiaital		
Teljes kiőrlésű pékáru („nem		
Bármilyen hús		
Halak		

11. Vannak olyan fiatalok, akik azért mennek éhesen iskolába, vagy azért fekszenek le este éhesen, mert nincs otthon elég ennivaló. Milyen gyakran fordul elő ez veled?

1. Minden nap előfordul
2. Gyakran előfordul
3. Néha előfordul
4. Soha nem fordul elő

12. Testsúlyodra vonatkozóan hogy érzed, milyen vagy?

1. nagyon túlsúlyos 2. kicsit túlsúlyos 3. megfelelő 4. kicsit sovány 5. nagyon sovány

13. Gondolj az elmúlt 7 napra, és próbáld meg összeszámolni, hogy hány olyan napod volt, amikor legalább 60 percet kiadósan mozogtál! (Ha pl. egy napon délelőtt is és délután is mozogtál 30–30 percet, akkor az egy napon 60 percnak számít.)

..... nap

14. Naponta általában hány órát töltesz tv-, videó-, vagy DVD-nézéssel a szabadidődben? (Egy választ adjál tanítási napokra és egyet hétvégére!)

Tanítási napon órát

Hétvégén (vagy szünnapon): órát

15. Naponta általában hány órát töltesz számítógépezéssel, mobiltelefonozással a szabadidődben? (Egy választ adjál tanítási napokra és egyet hétvégére!)

Tanítási napon órát

Hétvégén (vagy szünnapon): órát

16. Elszívtál-e már valaha legalább egy cigit (szivart, pipát)?

1. igen 2. nem

17. Jelenleg milyen gyakran dohányzol?

- 1. nem dohányzom
- 2. ritkábban, mint hetente
- 3. hetente legalább egyszer, de nem minden nap
- 4. naponta

18. Ittál-e már valaha annyi alkoholt, hogy be is rúgtál?

- 1. Nem, soha
- 2. igen, egyszer
- 3. igen, 2-3-szor
- 4. igen, 4-10-szer
- 5. igen, több, mint 10-szer

19. Milyen gyakran fogyasztasz alkoholt úgy, hogy nem rúgsz be?

1. Soha nem iszom
2. Ritkán, de nem havonta
3. Havonta
4. Hetente
5. Naponta

20. Használtál-e már az életben valamilyen kábító hatású anyagot? (Mindegy, hogy hol vetted, és mi az.)

1. Nem, soha
2. igen, egyszer
3. igen, 2-3-szor
4. igen, 4-10-szer
5. igen, több, mint 10-szer

21. Szerinted hány barátod...	egy sem	kevesen	néhányan	a többség	mindegyik
cigarettázik	1	2	3	4	5
iszik alkoholt	1	2	3	4	5
lesz részeg hetente vagy többször	1	2	3	4	5
fogyaszt kábítószer	1	2	3	4	5

22. Van-e olyan tartós betegséged vagy egészségügyi problémád (cukorbetegség, szívbetegség, mozgásszervi betegség, asztma, szénanátha, stb.), amit orvos állapított meg, és ami miatt rendszeres orvosi ellenőrzésre kell járnod?

1. Van rendszeres orvosi ellenőrzést igénylő egészségügyi problémám
2. Nincs ilyen problémám

23. Szedsz-e napi rendszerességgel valamilyen gyógyszert?

1. nem
2. igen, egyfélét
3. igen, többfélét

24. Az elmúlt fél évben hányszor érezted a következőket?

	Szint e naponta	heten te többször	kb. hetente	kb. havonta	ritkább an vagy soha
Fájt a fejem	1	2	3	4	5
Fájt a gyomrom, vagy a hasam	1	2	3	4	5
Fájt a hátam	1	2	3	4	5
Kedvetlen, rosszkedvű voltam	1	2	3	4	5
Ingerlékeny, veszekedős voltam	1	2	3	4	5
Ideges voltam	1	2	3	4	5
Nem tudtam elaludni	1	2	3	4	5
Szédültem	1	2	3	4	5
Fáradt, kimerült voltam	1	2	3	4	5

Biztos te is tapasztaltad már, hogy hangulatod, érzéseid, gondolataid időnként megváltoznak. Kérjük, minden csoportból válaszd ki azt az egy mondatot, amely legjobban jellemzi érzéseidet az elmúlt két hétben! Nincs jó vagy rossz válasz.

25. 1.Ritkán vagyok szomorú 2.Gyakran vagyok szomorú 3.Mindig szomorú vagyok

26. 1.Sok mindenben örömöm telik 2.Néhány dologban lelem csak örömöm
3.Semmi sem szerez nekem örömet

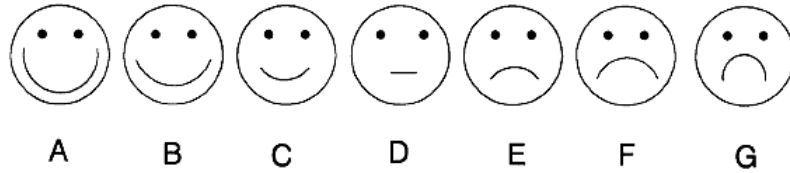
27. 1.Gyűlölöm magam 2.Nem szeretem magam 3.Szeretem magam

28. 1.Mindig sírhatnékam van 2.Gyakran van sírhatnékam 3.Néha van csak sírhatnékam

29. 1.Engem senki sem szeret igazán 2.Nem vagyok biztos, hogy szeret-e valaki igazán
3.Biztos vagyok benne, hogy valaki szeret engem

30. 1.Jól kijövök a többiekkel 2.Gyakran veszem össze másokkal
3.Szinte mindig veszekszem valakivel

31. Hogy érzed magad most, ebben a pillanatban? Melyik arc szimbolizálja leginkább azt, ahogy most érzed magad? Karikázd be azt a betűt, amelyik a közérzeted legjobban kifejező arc alatt található!



Köszönjük, hogy válaszoltál!

Irodalomjegyzék

1

<http://www.policysolutions.hu/userfiles/elemzesek/A%20rom%C3%A1k%20helyzete%20Magyarorsz%C3%A1gon.pdf>

2 <http://hu.wikipedia.org/wiki/Cig%C3%A1nyok>

3 <http://www.nyest.hu/hirek/cigany-roma-dzsipszi-melyik-a-piszi>

4 http://www.tarki.hu/hu/research/hm/monitor2014_teljes.pdf

5 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25231955>

6 http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_health_en.pdf

7

<http://www.policysolutions.hu/userfiles/elemzesek/A%20rom%C3%A1k%20helyzete%20Magyarorsz%C3%A1gon.pdf>

8 http://hvg.hu/itthon/20110606_magyar_romak_helyzete_felmeres

9 http://www.regionaldata.org/hu_HU/maps/show/id/219

10 http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_toolkit2014_20_en.pdf

11 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/social-determinants>

12 http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_nepesseg_iskolazottsaga

13 <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/b333.pdf>

14

http://media.coauthors.net/konferencia/conferences/3/Kertesi_Kezdi_TSG_paper_submitted_to_MKE2010.pdf

15 <http://www.econ.core.hu/file/download/bwp/bwp1205.pdf>

16 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf?ua=1

17 http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_midis_survey_en.pdf

18 WHO Europe, Health 2012 policy framework and strategy (Regional Committee for Europe Sixty second session Malta 2012)

19 Az egészségyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon szerzők: Szilágyi Dániel és Dr. Uzzoli Annamária (a tanulmány megjelent a Területi statisztika 53 évf. 2 számában)

20 <http://www.koztar.hu/terkepek.html>

- ²¹ <http://www.geoindex.hu/elemezési-temakorok/munkanelkuliseg/munkanelkulisegi-rata-valtozasa-kistersegi-szinten-2008-2014-kozott/>
- ²² <http://www.akademiai.com/doi/pdf/10.1556/OH.2014.29868>
- ²³ Orvosi Hetilap 2014. 155 évf. 15 szám 586 oldal
- ²⁴ http://www.ba.undp.org/content/dam/bosnia_and_herzegovina/docs/News/Roma%20poverty%20summary.pdf
- ²⁵ <http://cps.ceu.edu/sites/default/files/publications/cps-book-faces-and-causes-hungary-2014.pdf>
- ²⁶ http://siteresources.worldbank.org/ROMANIAEXTN/Resources/Steps_Towards_Empowering_Roma_Communities.pdf
- ²⁷ http://www.ecmi.de/uploads/tx_lfpubdb/ECMI_Report_66.pdf
- ²⁸ Fónai Mihály – Péntes Marianna: A cigány népesség egészségi állapotának összetevői Északkelet Magyarországon (megjelent: Etnikai szegénység, etnikai egészség? című tanulmánykötetben, Kiadó Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület 2006)
- ²⁹ http://www.medicalonline.hu/gyogytas/cikk/betegebbek_elobb_halnak_es_kiszolgaltatottak_a_romak
- ³⁰ Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon – Státusz, etnicitás, kirekesztődés az egészségügyben és a szociális szférában 9 oldal szerző Babusik Ferenc Kiadó: L'Harmattan
- ³¹ http://patent.org.hu/MK_10_005.pdf
- ³² http://www.gyere.net/downloads/h_zarotanutmany.pdf
- ³³ <http://www.delphoi.hu/haziorv-1.html>
- ³⁴ <http://www.delphoi.hu/index.html> Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban II. - Orvosi attitűdök és esélyegyenlőség
- ³⁵ http://www.medicalonline.hu/cikk/a_roma_beteg
- ³⁶ Szuhay Péter: A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája 120.o. Panoráma Budapest 1999.
- ³⁷ ³⁷³⁷ <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/25/2/299>
- ³⁸ <http://www.romahealthnet.org/en/health-epidemiology?pid=59&sid=84:Does-socioeconomic-status-fully-mediate-the-effect-of-ethnicity-on-the-health-of-Roma-people-in-Hungary>
- ³⁹ <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/5/549>

⁴⁰ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662015/>

⁴¹ <http://www.policysolutions.hu/userfiles/elemzesek/A%20rom%C3%A1k%20helyzete%20Magyarorsz%C3%A1gon.pdf>

ERRC European Roma Right Centre <http://www.errc.org/>

FRA European Agency for Fundamental Rights <http://fra.europa.eu/en>

FSG <http://www.fsg.org/about>

UNDP United Nations Development Programme <http://www.undp.org/>

⁴² Wydra, G. (2014). *Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12). Entwicklung und Evaluation eines mehrdimensionalen Fragebogens* (5. überarbeitete und erweiterte Version). Saarbrücken: Universität des Saarlandes. <http://www.sportpaedagogik-sb.de/index.php?artikel=fahw>

⁴³ Aszmann A. [szerk.] (2003): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. OGYEI-NDI, Budapest.

⁴⁴ Fónai Mihály - Péntes Mariann - Vitál Attila (szerk.) (2006): **Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon**. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza.

⁴⁵ Fónai Mihály - Péntes Mariann - Vitál Attila (szerk.) (2006): **Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon**. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza.

⁴⁶ Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute of Futures Studies, Stockholm.

⁴⁷ Fónai Mihály - Péntes Mariann - Vitál Attila (szerk.) (2006): **Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon**. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza.

⁴⁸ Fónai Mihály - Péntes Mariann - Vitál Attila (szerk.) (2006): **Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon**. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza.