

BABUSIK FERENC – DR. PAPP GÉZA:  
A CIGÁNYSÁG EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

- SZOCIÁLIS, GAZDASÁGI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI HELYZET BORSOD-  
ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYÉBEN –

A megye roma népessége egészségügyi helyzetének vizsgálatát<sup>1</sup> több szempont együttesen indokolta. Egyrészt meglehetősen közismert, de adatszinten úgyszólván ismeretlen tény a roma és a nem roma társadalom demográfiai szerkezetének eltérése, illetve az ebből fakadó következmények. A roma népesség a demográfiai fejlődés más szakaszában van, mint a nem roma többség. Az első demográfiai átmenet elmélete szerint a roma népesség még az ún. átmeneti fázis jegyeit mutatja. Fiatal a korösszetétele, magas a termékenysége, viszonylag magas a halandósága.<sup>2</sup> *A roma népesség várható élettartama átlagosan tíz évvel rövidebb, mint a nem roma népességé.*

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

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

Másrészt Magyarországon a vizsgálat időpontjáig – szórványos illetve egyes kisközösségekre vonatkozó egyedi kutatásoktól eltekintve<sup>3</sup> - nem készült sem átfogó és részletes kutatás a roma népesség egészségügyi helyzetét illetően. Mindezülig nem készült olyan vizsgálat, amely kidolgozta volna a roma népesség egészségügyi helyzete feltárására vonatkozó módszertant, illetve eszközrendszert. A jelen megyei egészségügyi kutatás ennyiben tehát nemcsak tartalmát tekintve, de módszertanilag is úttörő kísérletnek tekinthető.

A roma népesség egészségi állapotának, betegségi arányainak értelmezése elképzelhetetlen a szociális, gazdasági és lakóhelyi összefüggések feltárása nélkül. Ezt a logikát követve, a tanulmány első része a lényeges háttér-összefüggéseket tárgyalja és ezt követi az egészségügyi kutatás eredményeinek ismeretése. A teljes kutatás tartalmazott egy, a megye háziorvosainak reprezentatív mintáján lefolytatott véleményvizsgálatot is, ennek eredményeit azonban, elsősorban terjedelmi okokból itt nem közöljük<sup>4</sup>.

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

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

---

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

<sup>2</sup> Lásd: Habclicsek László: A roma népesség demográfiai jellemzői, kísérleti előreszámítás 2050-ig. KSH Népeségtudományi Intézet, 1999.

<sup>3</sup> A néhány kismintás, parciális kutatás eredményét a Világbank bulletinje foglalta össze. (Puporka Lajos-Zátori Zsolt: A magyarországi romák egészségi állapota. NGO tanulmányok, 2. szám. Világbank Magyarországi Regionális Képviselő. 1999.

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

A minta 1500 háztartásból állt, ez a méret, figyelembe véve az egy háztartásban élők átlagos számát is, közel 6 % -os szinten reprezentálja a megye roma háztartásait. A mintavétel alapjául a megye egyes települései roma népességszámára vonatkozó becslés<sup>5</sup> szolgált.

A mintavétel módszerül a kétlépcsős, aránytalan eljárást alkalmaztuk. Az első lépcsőben kerültek kiválasztásra azok a települések, amelyek mintavételi pontként szolgáltak. A második lépés során alakítottuk azokat a keretszámokat, amelyek az egyes kistérségek roma lakosság számánál aránytalanra tették a mintát: a kisebb lélekszámú kistérségeket valós arányuknál nagyobb mértékben, míg a nagyobbakat saját súlyánál kisebb mértékben vettük figyelembe. A kérdezőbiztosokkal folytatott adatfelvétel után a minta aránytalan jellegét, illetve a felvétel kisebb-nagyobb eltérését matematikai eljárással, ún. súlyozással állítottuk helyre, így a közölt adatok az életkori eloszlás, a nemek közötti arány, valamint az egyes kistérségek roma lélekszám-aránya szerint reprezentálják a 2001 év végén, BAZ megyében élő roma népesség 19 és 34 év közötti csoportját.

Mivel az empirikus adatfelvételt kérdezőbiztosok igénybevételével folytattuk, egyúttal nem állhattak rendelkezésre a cigányságra vonatkozó név- és lakcím adatok, ezért a következő módszert alkalmaztuk. A kistérségek, illetve a munkában résztvevő cigány kisebbségi önkormányzatok megbízottai, valamint a kérdezőbiztosok segítségével felmértük, hogy az egyes települések mely körzetében<sup>6</sup> élnek jellemzően romák. A felvétel ezek után ún. „hólabda-módszerrel” zajlott, folyamatosan ügyelve a kiválasztott települési mintán belül az életkori és nemi arányok megtartására.

A statisztikai feldolgozás nyomán kapott adatok 95 % -os megbízhatósági szinten érvényesek.

## Lakóhelyi viszonyok

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

A megye roma népességének valamivel több, mint egyharmada él városokban, a fennmaradó kétharmad közel azonos arányban oszlik el közepes valamint kicsi és aprófalvas települések között<sup>7</sup>.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A település urbanizációs fokától némileg függően ugyan, de a megye roma népességének igen komoly hányada – több mint egy harmada – él szegregáltan, ugyanakkor a lakás jellegét tekintve összesen 12,9 % él depriváltan (szükséglakásban, „putriban” vagy nem lakás céljára épült épületben). Hagyományos városi épületben (vagy falusi házban), tehát nem deprivált körülmények között, *egyúttal nem szegregáltan* a roma népesség mindössze 39 % -a él.

Mindebből következően a továbbiakban a lakóhelyet - mint az egyéb kérdéseket befolyásoló fő tényezőt – vesszük figyelembe az iskolai végzettség és gazdasági aktivitás elemzésekor<sup>8</sup>.

---

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

## Képzettség

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

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

### Iskolai végzettség korcsoport és nem szerint (%)

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

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

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

### Iskolai végzettség településtípus és szegregáció szerint (%)

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

A település mérete, urbanizációs foka, valamint a szegregáció komoly befolyásoló tényezője annak, hogy a romák nem fejezik be az általános iskolát. A városok és a községek között – a városok javára - közel tíz százalékos különbséget találunk ebből a szempontból. Ugyanakkor a

település jellege annak nem döntő tényezője, hogy rendelkeznek-e általános iskolai *végzettséggel*: az általános iskola be nem fejezésén túli lényeges különbségek abban mutatkoznak meg, hogy elvégeznek-e valamilyen középiskolát, illetve milyen.

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

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

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

(A következőkben az egyes képzettségi típusokat három fő kategóriába soroltuk, ugyanis noha munkaerő-piaci esély szempontjából a gimnáziumban, valamint szakközépiskolában végzetek azonos kategóriát alkotnak, de mindkét tábor olyan alacsony arányú, hogy érdemes volt a szakmunkás végzettségűekkel összevonni őket.)

## Gazdasági aktivitás

### Gazdasági aktivitás – nem és életkor szerint (%)

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

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

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

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

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

Az életkori csoporthoz tartozás kevésbé jelentős befolyásoló tényező; az idősebb korosztály tagjai mindössze 3,3 % -kal magasabb arányban aktívok.

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

A városokban az összes aktív dolgozó aránya mindössze 5 - 6,5 % -kal magasabb, mint a kis-településeken (az inaktívok esetében ez a különbség természetesen fordított). A szegregált körülmények között való lét hasonló mértékben befolyásolja az aktivitást.

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

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

### Gazdasági aktivitás és iskolai végzettség

#### *A gazdasági aktivitás fő kategóriái iskolai végzettségként (%)*

	aktív dolgozó	munkanélküli	gyes, gyet, egyéb
kevesebb, mint 8 osztály	11,2	24,3	29,8
bef. Ált. isk.	51,8	57,0	56,7
bef. Valamilyen középfok	37,0	18,7	13,5
	100	100	100

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

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

#### *Az iskolai végzettség fő kategóriái gazdasági aktivitási kategóriáinként (%)*

	aktív dolgozó	munkanélküli	gyes, gyet, egyéb
kevesebb, mint 8 osztály	7,4	44,7	47,9
bef. Ált. isk.	14,8	45,5	39,7
bef. Valamilyen középfok	30,2	42,7	27,1

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

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

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

### *Nemi különbségek*

#### *Az egyes iskolai végzettséghez tartozók aktivitása (%)*

	aktív dolgozó	munkanélküli	gyes, gyet, egyéb
<b>férfiak</b>			
kevesebb, mint 8 osztály	13,4	76,3	10,4
bef. Ált. isk.	22,2	66,7	11,1
bef. Valamilyen középfok	35,7	54,6	9,7
<b>nők</b>			
kevesebb, mint 8 osztály	2,7	20,0	77,3
bef. Ált. isk.	7,4	24,3	68,3
bef. Valamilyen középfok	21,7	25,9	52,5

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

- A férfiak minél képzettebbek, annál nagyobb arányban aktív dolgozók (a középfokot végzettek között arányuk 35,7 %), egyúttal annál kisebb arányban munkanélküliek. (Feltűnő ugyanakkor, hogy még a középfokot végzett férfiak fele, 54,6 % -a is munkanélküli!)
- A férfiak átvonulása a háztartás „belső munkaerőpiacára” nem függ iskolai végzettségüktől, körükben ez az arány egyenletesen alacsony: 10 % körüli.
- A nők – a férfiakhoz hasonlóan - minél képzettebbek, annál nagyobb arányban aktív dolgozók, ugyanakkor a férfiakhoz képest az aktívak aránya roppant alacsony (a középfokot végzettek között arányuk közel akkora – 20 % körüli – mint az általános végzett férfiak esetében. A csak általános iskolát végzett nők körében a foglalkoztatottak aránya igen alacsony, 7,4 %.
- Az inaktív nők körében, mint az eddigiekből tudjuk, a háztartásban foglalkoztatottak vannak túlnyomó többségben. Arányuk ezen belül függ az iskolai végzettségtől; minél alacsonyabb, annál valószínűbb, hogy az aktivitás alternatívája nem a munkanélküliség, hanem a háztartásban való „foglalkoztatottság”.

Mint azt a négy évvel ezelőtti, az ózdi régióban végzett kutatásunkból<sup>9</sup> tudjuk, a nőknek a munkaerőpiacról a háztartásba való „visszavonulása” szorosan összefügg azzal, hogy van-e gyermekük, illetve hány gyermeket nevelnek. Az aktivitás elemzésének következő szempontja tehát a család.

<sup>9</sup> Babusik Ferenc: Az ózdi régió cigány népessége. In.:A romák esélyei Magyarországon. Kávé Kiadó-Delphoi Consulting, Bp. 2002

## Gazdasági aktivitás és a család

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

### *Gazdasági aktivitás a nőtlenek / hajadonok, illetve házasok %-ban*

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

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

- A nőtlen férfiak 16,8 % -a aktív dolgozó. A házas férfiak ennél magasabb – 25,4 %-os - arányban dolgoznak.
- A hajadon nők ugyancsak viszonylag magas (legalább is a teljes roma népesség átlaga feletti), 20 % -os arányban aktív dolgozók. Azonban *amennyiben megházasodnak, aktivitási arányuk radikálisan csökken (6,5 %)*.
- Komoly mértékben belső arányaiban a nők inaktivitása különbözik– ugyancsak a családi státusz függvényében. A hajadon nők közel harmadát találjuk a háztartás belső munkaerőpiacán, míg a házas nők esetében ez az arány 75,2 %.

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

### *Gazdasági aktivitás a gyermek függvényében (%)*

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

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

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

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

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

*Gazdasági aktivitás nemenként és gyermekszám kategóriánként (%)*

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

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

- Amíg egy párnak nincs gyermeke, a férfiak és a nők közel egyaránt alacsony arányban (20 % körül) vállalnak munkát. Az ilyen családokban találjuk a legmagasabb arányú női munkanélküliségi-, egyúttal a legalacsonyabb háztartásban való foglalkoztatottsági arányt.
- Azokban a háztartásokban, amelyekben már van gyermek, de számuk még nem túl magas (azaz *átlagosan* egy-két fő), drámai változás következik be. Az aktív munkavállaló férfiak aránya itt maximális (28 %). Velük szemben a női munkavállalók aránya radikálisan csökken, egyúttal radikálisan nő azon nők aránya, akik a háztartás belső munkaerő-piacára „vonulnak vissza”.
- Amennyiben a háztartásban a gyermekszám tovább nő, az aktív munkavállaló férfiak aránya ismét csökken (egyúttal ismét nő a munkanélküliek aránya), ugyanakkor változatlan az otthonmaradóké. Az ilyen családokban a legmagasabb a nők háztartási „munkavállalása”, egyúttal ezekben a családokban a legalacsonyabb a női munkanélküliek és aktív aránya is.

*A gyermekek megjelenésével tehát először a munkavállalók aránya növekszik a férfiak körében – egyúttal a nők munkaerőpiacról látványosan „kivonulnak” és a háztartásban helyezkednek el.*

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

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

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

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

*A házaspárok aktivitása nem szerint (%)*

		<i>feleség</i> aktivitása		
<i>férj</i> aktivitása		aktív dolgozó	munkanélküli	gyes, gyet, egyéb inaktív
aktív dolgozó		<b>8,3</b>	30,5	<b>61,2</b>
munkanélküli		3,6	21,5	<b>74,9</b>
gyes, gyet, egyéb inaktív		4,0	13,0	<b>82,9</b>

  

		<i>férj</i> aktivitása		
<i>feleség</i> aktivitása		aktív dolgozó	munkanélküli	gyes, gyet, egyéb inaktív
aktív dolgozó		<b>35,6</b>	42,1	22,4
munkanélküli		22,4	71,0	6,6
gyes, gyet, egyéb inaktív		<b>23,5</b>	<b>62,8</b>	13,7

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

Ezzel ellentétben, a nők aktivitása befolyásolja a párok férfitagjait: amennyiben egy pár nőtagja aktív dolgozó, úgy ekkor találjuk a legmagasabb arányú aktív munkavállalót a férfiak között (35,6 %, amely messze meghaladja a roma népesség férfitagjai önmagában vett aktivitási rátáját).

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

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

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

A háztartások anyagi ereje és jellemzői

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

Férfi	kevesebb, mint 8 osztály	bef. ált. isk.	bef. valamilyen középfok
családi munkajövedelem / fő	17739	19627	27089
összes gyermek utáni támogatás / fő	4481	4254	3807
összes támogatás / fő	9471	10055	10347
összes BEVÉTEL / fő	27701	30159	37519
Nő			
családi munkajövedelem / fő	13067	16103	23681
összes gyermek utáni támogatás / fő	6043	5098	4218
összes támogatás / fő	10156	8965	9324
összes BEVÉTEL / fő	23158	25451	33589

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

Összes BEVÉTEL: összes munkajövedelem + összes támogatás

Mivel a háztartások tényeleghesen felhasználható bevételi nagyságát meghatározza az, hogy hány fő inaktív (illetve nem kereső) használja fel a bevételeket, azért a legcélszerűbb az egy háztartásban élők összjövedelmének egy főre eső mértékével operálni<sup>10</sup>.

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

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

Érdekes tehát következésként az aktivitás típusai szerint áttekinteni a bevételek nagyságát.

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

Kérdezett neme			
Férfi	aktív dolgozó	munkanélküli	gyes, gyet, egyéb inaktív
családi munkajövedelem / fő	27313	19038	17474
összes gyermek utáni támogatás / fő	3786	4285	4800
összes támogatás / fő	6441	11456	9764
összes BEVÉTEL / fő	33955	31020	28241
Nő			
családi munkajövedelem / fő	26576	21517	13538
összes gyermek utáni támogatás / fő	1974	1910	6810
összes támogatás / fő	5431	8579	10113
összes BEVÉTEL / fő	32403	30883	23741

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

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

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

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

<sup>10</sup> Ez az érték legnyilvánvalóbban a nem kereső gyermekek számának növekedésével áll fordított arányban.

*Munkajövedelmek forintátlag a házaspárok egymáshoz viszonyított aktivitása szerint*

	feleség aktív dolgozó	feleség munkanélküli	feleség gyés, gyet, egyéb inaktív
férj aktív dolgozó	29015	21447	16933
férj munkanélküli	14986	11604	11657
férj gyés, gyet, egyéb inaktív	16869	13638	11706

A háztartásokban a munkavállalással befolyó összjövedelem mértékét magától értetődően az aktív munkavállalás emeli, ezen belül azonban a férfiak aktivitása a domináns tényező. Ebből a szempontból a háztartás belső munkaerőpiacán való elhelyezkedés nem erős befolyásoló tényező (nagyjából ugyanolyan mértékű a munkajövedelmek mértéke ha a férj vagy a feleség egyéb inaktív).

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

*Gyermek utáni támogatások forintátlag a házaspárok egymáshoz viszonyított aktivitása szerint*

	férj aktív dolgozó	férj munkanélküli	férj gyés, gyet, egyéb inaktív
feleség aktív dolgozó	1672	2056	3711
feleség munkanélküli	2077	2086	4223
feleség gyés, gyet, egyéb inaktív	6446	6821	6825

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

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

*Összes családi bevétel / fő forintátlag*

	feleség aktív dolgozó	feleség munkanélküli	feleség gyés, gyet, egyéb inaktív
férj aktív dolgozó	35456	26111	25242
férj munkanélküli	19352	19854	22064
férj gyés, gyet, egyéb inaktív	23624	22553	21724

Az összes egy főre eső háztartási bevétel a munkajövedelmek és az összes támogatások együttes összegéből képzett mutató. Az adatokból egyértelmű, hogy *a gyermek utáni támogatások nem pótolják a munkajövedelmeket*, az összbevétel akkor a legmagasabb, ha a családban legalább az egyik fél aktív dolgozó. (Természetesen azon esetben, amikor mindkét fél aktív, az összbevétel a maximumát éri el. Ugyanakkor ne feledkezzünk meg arról, hogy az előzőekben láttuk, a gyermekszám emelkedésével a nők szükségképpen kivonulnak a nyilvános munkaerő-piacról.)

- Amennyiben a férj munkanélküli, a feleség aktivitása nem befolyásolja számottevően az egy főre eső összbevétel nagyságát. Ugyanez a megállapítás igaz abban az esetben is, ha a férj a háztartásban helyezkedett el.
- A feleség munkanélkülisége esetén akkor a legalacsonyabb az egy főre eső összbevétel, ha a férj is munkanélküli. Ha a feleség helyezkedik el a háztartásban, az elérhető összbevétel mértékét ugyancsak kismértékben befolyásolja az a körülmény, hogy a férj aktív dolgozó (a teljes különbség mindössze 3500 Ft).

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

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

## **A megye roma népességének egészségügyi helyzete**

A felkeresett roma háztartásokban a megkérdezett személyek, valamint szüleik és házas társaik általuk ismert, diagnosztizált betegségeinek - a KSH<sup>11</sup> adataival összehasonlítható - részsokaságát (a továbbiakban: bevallott betegségek) közvetlenül kérdeztük le.

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

### *A tünetekből következtethető betegségek.*

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

Az adatok elemzése során tehát a későbbiekben az általános orvosi anamnézis<sup>12</sup> felvételének adatait (tünetekből következő szindrómák) hasonlítottuk össze a KSH adataiban talált BNO kódokkal megadott betegségcsoportokkal. Általánosabb, és betegségspecifikusabb kérdéseket gyűjtöttünk össze. A kérdések alapján bizonyos többé-kevésbé jól meghatározott betegségekre, betegségcsoportokra lehet gyanakodni. A gyanút a panaszok, tünetek nagy egybeesése megerősíti. A kérdéseket célorientáltan, a KSH adatainak megfelelő betegségcsoportokhoz illesztve alakítottuk ki. A BNO csoportok szűkebb, tágabb betegségeket jellemeznek, ennek megfelelően több

<sup>11</sup> Morbiditási adattár. KSH, 1999. BAZ megyei, 19-34 éves korcsoportos adatok.

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

vagy kevesebb tünet tartozik hozzájuk. A kérdőív kérdéseiből az adott betegcsoportokhoz társítottuk azokat, amelyek arra jellemzőek lehetnek.

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

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

### *A bevallott betegségek*

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

Összehasonlítottuk a KSH adatai alapján kiszámolt betegségek<sup>13</sup> korcsoporton belüli arányait, illetve a 19-34 éves roma népességben a bevallott betegségek és a tünetek alapján számolt betegségek arányait és különböző jellemzőit.

Ennek megfelelően három különböző betegség gyakoriság gyűlt össze, egy (a KSH BNO kódja által összegyűjtött) kontroll panelként állítható, egy, a bevallott betegségekben követhető, mely betegségeket a betegek a kezelőorvosaik tájékoztatása alapján ismernek, és egy, melyet az általunk feltett, tünetekre irányuló kérdésekre adott válaszokból ismerünk, számoltunk ki. A kontrollhoz viszonyítva számoltunk a betegségek gyakoriságát.

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

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

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

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

A tünetek alapján számolt betegségek alacsonyabb számaránya és a bevallott betegségekkel valamint a KSH adataival való magas korrelációja ( $r = 0,57$ ) megerősíti azt a házi orvosi adatfel-

---

<sup>13</sup> *A nem organikus eredetű mentális viselkedészavarok az egyetlen betegcsoport, amelyről nem állnak rendelkezésre KSH adatok a megyére és korcsoportra vonatkozóan, ugyanakkor lényegesnek látjuk tünetek és bevallott betegségek szerint felvenni a fő belgyógyászati betegségek közé.*

vételből nyert adatot, mely szerint a romák *betegségeikkel idejekorán fordulnak orvoshoz*. (A vizsgált roma népesség 98,4 %-a rendelkezik TB kártyával, azaz betegségeivel van módja orvoshoz fordulni.)

A kérdőíven igyekeztünk felvenni a roma népesség dohányzásáról, illetve alkoholfogyasztásáról szóló olyan adatokat, amelyek értékelhetővé tették volna e drogok és a betegségek kapcsolatát. Az adatok elemzése során világossá vált, hogy az egészség és a személyes szokások keresztmetszetében álló két érzékeny kérdésben a válaszolók oly mértékben torzítottak, hogy alkoholfogyasztási és dohányzási adataik értékelhetetlennek bizonyultak<sup>14</sup>. Ezzel ellentétben a pszichoaktív szerek („drogok”) okozta mentális- és viselkedészavarok adatai – úgy bevallott betegség, mint szindrómaszinten – értékelhetőnek bizonyultak.

#### *Betegségarányok, összefüggés az egyes szociális tényezőkkel*

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

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

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

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

*Igazolva látjuk tehát, hogy a 19-34 éves korú roma népesség számtalan betegségcsoport esetében a teljes népességhez képest igen magas arányban beteg; e betegségcsoportok együttes és*

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

*magas előfordulási gyakorisága orvosi szempontból indokolhatja e népesség rövidebb átlagos életkorát.*

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

A betegségcsoportok rövid etiológiai ismertetését követően részletesen elemezzük az egyes betegségek, valamint a roma népesség e betegségek szempontjából releváns<sup>15</sup> fő mutatóinak összefüggéseit.

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

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

*A roma népességben a Tbc –ben megbetegedettek aránya 1,48 %, tehát valamivel több mint tízszerese a megyei átlagnak – tehát kiugróan magas.*

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

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

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

II., *A daganatos megbetegedések rendkívül széles skálájú betegségcsoport, összességében csak bizonyos szűk aspektusokból vizsgálható együtt. Etiológiáját tekintve lehet genetikus, környezeti ártalmakkal összefüggő, kevert, és ismeretlen okú is. A környezeti hatásokat tekintve azonban a daganatos betegségekre általában jellemző, hogy a rossz életkörülmények, a táplálkozás hiányosságai, a dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakoriságukat növeli.*

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

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

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

Összességében azt mondhatjuk tehát, hogy *a daganatos megbetegedések csökkentése nem kapcsolható össze egy adott stratégiai támadásponttal, e megbetegedések multikauzalitása és az egyes daganatos megbetegedések okainak eltérése együttesen „semlegesítheti” a szociális fak-*

---

<sup>15</sup> A kor hatását, mint evidens tényezőt nem elemezzük, az iskolai végzettség, mivel közbenső hatótényezőnek bizonyult (amely a nemén kívül a gazdasági aktivitást határozza meg), ugyancsak nem elemzésünk tárgya.

*torok hatását.* (Ehhez hozzátartozik, hogy e megbetegedések kockázati faktorai között szereplő dohányzásról, egészségtelen környezetről, stb. nem sikerül releváns adatokat szereznünk.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII., *A nem organikus mentális megbetegedések* a nem megfelelő problémakezelő stratégiákkal rendelkező csoportban jellemzőbbek. E megbetegedések kialakulásának lényeges faktorai (a

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

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

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

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

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

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

IX., *A csökkentlátás, vakság* jelentősen nagyobb aránya a roma közösségekben *(közel tizenkét-szeres)* jól ismert okoknak köszönhető. A koraszülés, az alacsonyabb szülési súly, a perinatalis (szülés körüli) időszakban jelentkező veszélyeztető faktorok nagyobb számában kereshető ennek eredete, melyek okozhatnak ab ovo vakságot, illetve a fejlődési elmaradáson keresztül csökkentlátást. Mindemellett azonban a magasabb iskolázottsággal is felfedezhetünk összefüggést, melyet inkább csökkentlátás és általában a betegségekre való fokozottabb odafigyelés következményének foghatunk fel.

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

X., *A magas vérnyomás betegségnek* két alapvető formáját különítjük el, az ún. másodlagos, ismert eredetű, többnyire vesebetegséghez csatlakozó magas vérnyomás betegséget és a 90%-ot adó primer, idiopathiás, essenciális magas vérnyomás betegséget. Az ilyen ismeretlen eredetű magas vérnyomás betegség alapja az erek szűkülete, más szóval az atherosclerosis, mely a fejlett országokban népbetegségnek számít. A nemzetközi standardok jelentős ok-okozati összefüggést

találnak a hypertonia és az ischaemiás szívbetegségek, a cerebrovascularis megbetegedések, a stroke-ok és a veseelégtelenség között.

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

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

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

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

XI., Az *ischaemiás szívbetegségek* elnevezés a szív elégtelen oxigénellátásán alapuló betegséget jelöl. Ennek számos oka lehet, de a leggyakoribbak a koszorúerekben jelentkező plaque-ok (fali felrakódások). A ischaemiás szívbetegségek a fejlett országokban az egyik vezető halálok, így ennek csökkentése igen jelentős probléma. A betegség gyakorisága a korrallal párhuzamosan növekszik, gyakoribb férfiakban, erős befolyása van a hypertóniának, diabetes mellitusnak, a magas vérzsír szintnek, a dohányzásnak, az alkoholfogyasztásnak, a testmozgás hiányának és a személyiségnek.

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

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

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

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

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

XIII., A *krónikus alsó légúti megbetegedések* diagnózisa alapvetően klinikai diagnózis, melynek alapja, hogy a betegnél két évben legalább 3 egymást követő hónapban perzisztáló (meglévő) produktív köhögés van. Ennek a betegségcsoportnak a háttérben egyértelműen a dohányzás áll, így a kérdés igen leegyszerűsített.

Bár a kérdőívben a megkérdezett romák dohányzási szokásairól átfogó és valid értékeket nem kaptunk, ennek a betegségnek és a dohányzásnak a kapcsolata igen szoros és jó megközelítéssel oda-vissza igazol. Ennek megfelelően a betegség gyakorisága a különböző csoportokban a dohányzási szokásokra mutat rá, így nagy valószínűséggel állíthatjuk, hogy a szegényebb, rosszabb anyagi helyzetű emberek, a főképpen háztartásbéli nők körében gyakoribb a dohányzás.

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

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

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

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

XV., A *gyomor, nyombél megbetegedései* szintén számos, igen különböző kórképet foglalnak össze, leggyakoribbak közöttük a fekélybetegségek és az ezt megelőző erosiv (felmaródásos) állapotok. Okikat elemezve azt találták, hogy többségében egy baktériális fertőzés, a *Helicobacter pylori* fertőzés adja meg a lehetőségét a megbetegedésnek, melyből környezeti faktorok megléte esetén alakul ki manifeszt megbetegedés. Ilyen tényezőnek tartják a dohányzást,

az alkoholfogyasztást, az epés refluxot (visszaáramlást) és bizonyos gyulladáscsökkentők nagy arányú fogyasztását.

Ezeknek a faktoroknak a gyakorisága az alapátlagtól való eltérések adatai szerint szintén a szegénységgel, deprivációval függ össze (az inaktívok illetve szegregáltan élők körében az arány magasabb). *Összességében a roma népességben a gyomor, nyombél megbetegedések aránya hat és félszerese a megyei átlagnak.* E magas értéket az említettek kivül befolyásoló tényezőt adataink nem támasztanak alá; ennek vélhető oka épp a dohányzási és alkoholfogyasztási szokások vizsgálatunkban ellenőrizhetetlen mivolta. A házi orvosok véleménye ugyanakkor megerősíti a vélhetően lényegesen magasabb fertőzések megbetegedettségi szintet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIX., *A csontritkulás* alapvetően idősebb korra jellemző megbetegedés, így ennek megfelelően gyakorisága vizsgált populációban relatív alacsony, egyúttal a megyei átlag több mint tízszerese. Mivel a csontritkulás etiológiai hátterében alapvetően hormonális kérdések állnak, illetve tudó-

másunk szerint nem befolyásolják életmódbeli faktorok, így a magas betegségarány adataink szerint sem magyarázható. A kérdés felderítése további vizsgálatot igényel.

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