

SZEGÉNYSÉG, EGÉSZSÉG ÉS ETNICITÁS: ÉSZAKKELET-MAGYARORSZÁGI KUTATÁSOK EMPIRIKUS TAPASZTALATAI

FÓNAI Mihály–FÁBIÁN Gergely–FILEPNÉ NAGY Éva–PÉNZES Mariann*

Debreceni Egyetem, Állam-és Jogtudományi Kar
H-4028 Debrecen, Kassai út 26.; e-mail: fonaim@delfin.unideb.hu

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar
H-4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2–4.; e-mail: fabian.gergely@chello.hu

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Területfejlesztési és Környezetgazdálkodási Ügynökség Kht.
H-4400 Nyíregyháza, Benczúr tér 7.; e-mail: filep@ssbcd.hu

WHO Regions for Health Network
H-1051 Budapest, Zrínyi u. 3.; e-mail: dlpenez@netra.hu

Összefoglalás: Tanulmányunkban az északkelet-magyarországi régióban általunk folytatott empirikus kutatások tapasztalatait elemezzük és vetjük össze a hazai és nemzetközi szakirodalmi eredményekkel. Az elmúlt évtizedben két megyei kutatás és több, egyes településeken folyó kutatás keretében vizsgáltuk a térségben élő romák szociális helyzetét és egészségi állapotát. Eredményeinket három probléma köré csoportosítva mutatjuk be, ami lehetőséget ad az ezekre a problémákra reflektáló más kutatások hipotéziseinek az empirikus tesztelésére is. Az underclass és az etnicitás összefüggésére vonatkozó állítások elemzésére a hajdúböszörményi kutatás mintájának sajátosságai adtak módot, ugyanis a térben együtt élő romák és nem romák társadalmi helyzetének mutatói a legtöbb területen hasonlóak. Eredményeink igazolják azt az állítást, mely szerint a „szegénység etnicizál”, de az underclassba nem kizárólag csak romák sorolhatók. Tanulmányunkban részletesen elemezzük a szegénység és az etnicitás összefüggését is; a jövedelmi szegénység mellett kitérünk a lakásszegénység, a vagyoni depriváltság, az életkörülmények depriváltsága és a szociálpolitikai szegénység problémáira is. Eredményeink szerint a térségben a romák körében az egy főre eső jövedelem az elmúlt években 16-20 ezer forint volt, és a relatív szegénységi mutató alapján 90 százalékuk tekinthető szegénynek. Az egészségi állapot esetében vizsgáltuk az egészségi állapotra vonatkozó énképet, valamint az ellátórendszer igénybevételét, az ellátással való elégedettséget és a gyakori panaszok, betegségek listáját („Mivel fordult orvoshoz...”). Saját eredményeink alapján a szív-és érrendszeri betegségek, az agyi keringési zavarok, a gyomor-és nyombélfekély, a légzőszervi betegségek, az asztma, valamint az idegi-és pszichés betegségek fordulnak elő magasabb arányban, mint a nem romák között. Ta-

* Tanulmányunkban, különösen az egészségi állapotra vonatkozó elméleti keretek meghatározásánál jelentős mértékben támaszkodtunk Neményi Mária írásaira, így a *Szegénység – etnicitás – egészség* című tanulmányára, valamint akadémiai doktori értekezésére. A hasonló megközelítés és téma miatt utalunk tanulmányunk címében is írásaira.

nulmányunkban a vizsgált jelenségek strukturális és kulturális magyarázatára, és ezek összefüggésének a bemutatására törekedtünk, bár a kutatások módszertana következtében inkább a strukturális hatások érvényesülését elemeztük.

Kulcsszavak: szegénység, egészségügyi állapot, etnicitás, észak-kelet-magyarországi régió, roma, underclass, depriváltság

BEVEZETÉS

Az etnikai kisebbségek helyzetét elemző kutatások meghatározó többsége a szegregált és kirekesztett kisebbségi csoportok esetében mind a szociális, mind az egészségi állapotot általánosabb társadalmi folyamatok *következményeként* taglalja. Így van ez a hazai romák helyzetét vizsgáló kutatások esetében is, azaz a címbeli felsorolás is jelzi a szegénység, az egészség és az etnicitás között kialakuló, bonyolult kölcsönhatásokat. Mégis, mi magyarázza azt a jelenséget, amely a szegénység és a rossz egészségi állapot esetében az etnikai hovatartozásból egyenesen levezethetővé teszi az etnikai csoportok hátrányait és kedvezőtlen mutatóit? Eltekintve a köznapi magyarázatoktól, a *szociális és egészségi állapot mutatói* azok, melyek félrevezető következtetések levonását teszik lehetővé: a kutatási eredmények alapján a romák szociális és egészségi állapota, helyzete minden összehasonlítható dimenzióban rosszabb, mint pl. a hazai többségi társadalomé. A romák helyzetére vonatkozó mutatók azonban a legtöbb esetben *okozati jellegűek, azt mutatják meg, hogy az etnikai hovatartozás a legtöbb területen együtt jár a társadalmi hátrányok kialakulásával és újratermelődésével*. Ebben a lehetséges magyarázó modellben az *etnikai hovatartozás, a szociális helyzet és az egészségi állapot* között kapcsolat mutatható ki, ám mögöttük egyéb társadalmi folyamatok hatnak, melyeket a kutatók gyakran a társadalmi kirekesztés keretében tárgyalnak. Az etnikai kisebbségek, így a romák szociális helyzetének és egészségi állapotának magyarázatára a strukturális okokkal és a kulturális különbségekkel operáló megközelítések különíthetők el. A strukturális tényezőket hangsúlyozó kutatások a társadalmi státuszra, a szocio-ökonómiai helyzetre, és azok következményeire helyezik a hangsúlyt, és kevésbé vizsgálják a kisebbségek kultúrájának lehetséges hatásait, így pl. a kisebbségek egészségi állapota és szociális helyzete között közvetlen összefüggést látnak. A kulturális különbségekre és azok következményeire koncentráló szerzők az etnikai csoportok esetében a társadalmi különbségeket, az egészségi állapot eltéréseit, az egészségre ható életmódot és például az egészségképet, testképet vizsgálva az eltéréseket gyakran csak a kulturális különbségekre vezetik vissza. A két megközelítésmód „végpontjain” találhatjuk a leegyszerűsítő, irreleváns magyarázatokat, melyek vagy csak kizárólagosan az „osztályhelyzettel”, vagy csak a kulturális különbségekkel magyarázzák az etnikai kisebbségek helyzetét, szociális és egészségi állapotát; utóbbi esetben születnek a vizsgált csoportok „egzotikus” helyzetéből fakadó magyarázatok, melyek tovább erősítik az etnikai csoportokkal kapcsolatos sztereotípiákat (Neményi 2000, 2005).

Bár jelen írásunkban teoretikusan nem foglalkozunk a klasszifikáció kérdésével, arra utalunk kell, hogy a hazai szakirodalomban a roma/cigány klasszifikációra vo-

natkozó álláspontok két, jellegzetes megközelítésben, illetve értelmezésben jelennek meg, melyek részben érintkeznek a struktúra versus kultúra megközelítésmódokkal, de semmiképpen nem abban az értelemben, hogy pl. a „szociológiai” közelítések kizárólagosan a „strukturális” magyarázatot fogadnák el. A szakirodalomban a *szociológiai versus antropológiai megközelítések* érvényesülnek,¹ ezek között jelentős szemléletmódbeli és metodikai különbségek vannak, a szociológiai megközelítések a romák helyzetét a társadalmi egyenlőtlenségek reprodukciója keretében tárgyalják, azaz a strukturális viszonyok következményeként – a kulturális antropológiai megközelítések inkább a kulturális jellemzőkre teszik a hangsúlyt, és fontosabbnak látják az etnikai identitás vállalását, valamint annak a következményeit. Bár a kutatások jelentős része vagy az egyik, vagy a másik megközelítésmódot érvényesíti, a kutatások és tanulmányok gyakran alkalmazzák egyidejűleg a kétféle megközelítésmódot, így pl. a „szociológiai” szemléletű kutatások esetében ez azt jelenti, hogy a vizsgált jelenségek, pl. az iskolai kudarcok esetében az etnikai kultúra sajátosságait veszik figyelembe a jelenségek magyarázatához, másrészt számos, kulturális antropológiai szemléletű írás operál „kantitativ szociológiai” adatokkal és magyarázatokkal.

A roma/cigány etnikai klasszifikáció esetében is két, alapvető megközelítés terjedt el, ami bizonyos mértékig megfelel a szociológiai és kulturális antropológiai értelmezési kereteknek is: az egyik irányzat szerint roma/cigány az, akit nem roma/ nem cigány környezete annak tart, míg a másik irányzat az etnikai identitás vállalását emeli ki. A kilencvenes években a roma/cigány klasszifikációról folytatott viták jelentős mértékben a tudományos kutatások metodikai szempontjairól szóltak, bizonyos konszenzus a „külső” és „belső” klasszifikációs szempontok egyidejű érvényesítésében alakult ki, azaz a többségi társadalom etnikai besorolása mellett a romák/cigányok önklasszifikációjának az elfogadását, illetve ennek a figyelembevételét illetően. Ez a konszenzus azonban elsősorban kutatómetodikai jellegű volt, kevésbé érintette a klasszifikáció általánosabb kérdéseit. A romák/cigányok belső etnikai tagoltságának, és a külső – belső klasszifikációnak az ezzel részben összefüggő problémáit mutatják a „roma” és „cigány” megnevezés használatában mutatkozó eltérések is. Mivel a roma megnevezés önmeghatározásként csak a hazai romák/ cigányok kisebb részét alkotó oláh-cigányok önmegnevezése, a kutatók jelentős része a „cigány” megnevezést használja. A hazai kutatások egy részében, valamint a politikai közbeszédben a roma/cigány etnikai csoport hovatartozástól függetlenül a „roma” megnevezést fogadják el.² A továbbiakban írásunkban akkor is a „roma” megnevezést használjuk, ha egyébként pl. romungrókról van szó. Ez nem azt jelenti, hogy nem tartjuk fontosnak a „külső” és „belső” identitásképzés, vagy a „másság” konstruálásának problémáját, és e bonyolult kérdést pusztán az alkalmazott megnevezésre egyszerűsíteni le, bár a klasszifikáció jelentős mértékben az identitás konstruálásának a kérdése is.³

1 Ennek elemzésére lásd többek között: Forray–Hegedűs 2003; Neményi 2005; Szuhay 1999.

2 Ezt mutatja a roma/ cigány szervezetek neveinek használati módja is. A nemzeti és etnikai kisebbségekről szóló törvény, és a kisebbségi önkormányzatok esetében a cigány megnevezést használják.

3 Jelen tanulmányunkban, melyet hangsúlyosan empirikusnak szánunk, nem elemezzük az etnikai identitás konstruálásával összefüggő kérdéseket, és ennek a következményeit, bár pl. a szociális és egészségügyi ellátások hozzáférése, az intézmények és a romák viszonya érinti ezt a problémát is. A témáról többek között lásd: Csepeli–Simon 2004; Kligman 2001; Ladányi–Szelényi 2001; Neményi 2000.

Tanulmányunkban több, az északkelet-magyarországi régióban folytatott, empirikus kutatásunk eredményeit ismertetjük. Elemzett kutatásainkkal a korábbi, hazai romakutatások eredményeinek, és az azok alapján megfogalmazható állításoknak a tesztelésére vállalkozunk. Hangsúlyozzuk, hogy tanulmányunk *a térségben folytatott kutatásaink empirikus elemzése*, ám az eredményeket összevetjük a főbb hazai kutatások eredményeivel. A választott metodika miatt tanulmányunk felépítése eltér a szokványostól, *az egyes fejezetek elején vázoljuk a vizsgált problémára vonatkozó elméleti keretet*.

AZ EMPIRIKUS KUTATÁSOK ÉS MINTÁIK JELLEGZETESSÉGEI, AZ ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

Jelen tanulmányunk három kutatás eredményeit foglalja össze. E kutatásokban a szerzők kutatásvezetőként és kutatóként vettek részt. A továbbiakban az egyes kutatások mintaválasztásának a sajátosságait mutatjuk be.

2003-ban került sor Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a Megyei Területfejlesztési Tanács megbízásából reprezentatív lakossági minta keretében a háztartások, valamint a háztartásokban élők helyzetének a vizsgálatára.⁴ A kialakított mintába 1500 háztartást választottunk egy lépcsőzetes mintaválasztás eredményeként, mely során a kistérségi és településtípusok szerinti sajátosságokat vettük figyelembe, majd az egyes településeken véletlen mintaválasztással jutottunk el a vizsgált háztartásokba. A kutatás során a háztartások összetételét, jövedelmi helyzetét, bevételeit és kiadásait, valamint problémapercepcióját, és támogatórendszerét, továbbá a háztartástagok iskolai végzettségét, gazdasági aktivitását, egészségi állapotát, és mentális státuszát vizsgáltuk. E kutatás során a kérdezőbiztosok besorolása alapján képeztünk egy roma almintát; a klasszifikáció megfelel a hazai kutatások hasonló eljárásának. A kérdezőbiztosok a válaszoló háztartásfőket „roma”, „nem roma”, és „nem tudja eldönteni, hogy a megkérdezett roma-e” csoportokba sorolhatták, majd az általuk romának minősített háztartásfőktől kérdezték a saját etnikai besorolásukat; a kérdezőbiztosok által „romának” minősített háztartásfők kilencetizede önmagát is romaként azonosította.

2004-ben ugyancsak Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében egy pályázati projekt keretében került sor 500 roma háztartásban a háztartás helyzetének, valamint a háztartástagok iskolai végzettségének, gazdasági aktivitásának, egészségi és mentális státuszának a kérdőíves vizsgálatára, alapvetően a 2003-as kutatás dimenziói szerint.⁵ A minta kialakítása során kistérségek és településtípusok szerinti lépcsőzetes mintaválasztásra, majd a településeken a roma szervezetek és a romákat ismerő szakértők bevonásával a háztartások közül véletlen mintaválasztásra került sor. A háztartási

4 Kutatásvezetők: Fábián Gergely, Fónai Mihály, Filepné Nagy Éva. A kérdezőbiztosok szociálmunkás-szakos hallgatók voltak.

5 A projekt címe: *Egészségügyi és szociális helyzet a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei cigányság körében*. 36419–3–0017 NÜF. A projekt szervezője a nyíregyházi Szocio-East Egyesület volt. Közreműködő kutatók: Fónai Mihály, Huszti Éva és dr. Péntes Mariann voltak. A kérdezőbiztosok a Családsegítő Központ (Nyíregyháza) munkatársai voltak. A kutatás egyik vezetője és koordinátora Vítál Attila, a Szocio-East Egyesület elnöke volt.

mintában a 12–28 éves háztartástagok között egy almintát alakítottunk ki, a roma fiatalok egészségképének és életmódjának az elemzésére. Ez azt jelenti, hogy a kutatás során egyidejűleg érvényesítettük a „szakértői” besorolás, valamint a közreműködő roma szervezetek révén az etnikai önbesorolás kritériumait.

Ugyanebben az évben, a jelzett pályázati projekt keretében került sor Hajdúböszörményben a város összes roma háztartását magába foglaló kutatás lefolytatására. A teljeskörű kutatás során a mintába 62, a romákkal térben együtt élő, de nem roma, valamint 263 roma háztartás került. A város roma közössége viszonylag szegregáltan, bár a nem romákkal térben keverten él. Ez azt is jelenti, hogy a romákkal egy lakóövezetben a hasonló társadalmi státuszú nem romák élnek. Ez lehetőséget adott arra, hogy összevessük a romák, és a velük hasonló körülmények között élő nem romák társadalmi helyzetének mutatóit, és választ kapjunk arra, hogy számos területen a szociális és egészségi állapot vajon társadalmi helyzet, vagy etnikai hovatartozás függő-e – mivel az ezekben a háztartásokban élők számos mutatója megfelel a roma háztartásokban élőkének, a létrejött minta alkalmas volt az *underclass* tézis tesztelésére is (Fónai 2005).

UNDERCLASS ÉS ETNICITÁS

A hazai szociológiai szakirodalomban elsősorban Ladányi János és Szelényi Iván (Ladányi–Szelényi 2004) valamint Spéder Zsolt (2002) nevéhez és kutatásaihoz kapcsolódik az *underclass* jelenség vizsgálata. Ladányi és Szelényi az *underclass*ra vonatkozó nemzetközi szakirodalom teoretikus elemzése, és az ezekre alapozott hipotézisek megfogalmazása mellett egy, több országra kiterjedő kutatás eredményei alapján fogalmazták meg az *underclass*ra, és az *underclass* etnicizálódására vonatkozó állításait (Ladányi–Szelényi 2004; Szelényi 2001). A nemzetközi szakirodalom elemzése során a szerzők az *underclass* helyzetét a strukturális helyzet sajátosságaival magyarázó elméleteket (Wilson 1987) és a „szegénység szubkultúrájának” az elméletét (Lewis 1961) vetik össze, és elemzik a két megközelítés és értelmezés más teoretikusait is. *Underclass* alatt ennek megfelelően a többségtől elkülönülten (homogén etnikai gettókban) élő „kívül rekedteket” értik, akiknek a gyerekei is nagy valószínűséggel ebben az osztályban maradnak (Ladányi–Szelényi 2004).

A kirekesztésre vonatkozó összehasonlító kutatás eredményeként fogalmazták meg az *underclass*, az alsó kaszt (*under-caste*) és az alsó osztály (*lower-class*) típusú kirekesztésekre vonatkozó állításukat a közép- és délkelet európai cigányok körében. Az *underclass* ebben a megközelítésben a kirekesztések egyik típusaként jelenik meg, ugyanakkor maga az *underclass* az empirikus operacionalizálás során a társadalmi kirekesztés három dimenziójában vizsgálható (Ladányi–Szelényi 2002). E dimenziók a következők: térbeli szegregáció, munkaerőpiaci kirekesztettség (deklaszáció) és az oktatási rendszerbeli szegregáció (Mitev 2001):

- lakóhelyi szegregáció: hagyományos cigánytelep, olyan környék, ahol az ott élők többsége roma, olyan környék, ahol az ott élők többsége nem roma szegény (nincs lakóhelyi szegregáció, ha sem a romák, sem a nem romák lakóhelyei nem koncentrálódnak)

- munkaerő-piaci kirekesztettség: ha a háztartásban kettő, vagy annál több munkaképes korú személy munkanélküli, háztartásbeli, vagy alkalmi munkából él
- iskolarendszertől való kirekesztettség: ha a háztartásban egyetlen tag sem rendelkezik befejezett általános iskola végzettséggel

Ladányi és Szelényi az underclass jellemzésénél, az underclass etnicizálódása esetében arra hívja fel a figyelmet, hogy az underclass etnicizálódása nem jelenti azt, hogy az adott etnikai csoport, pl. a romák kivétel nélkül szegények, sőt, az underclass típusú kirekesztődés esetében épp, hogy a saját etnikai csoport középosztályának térbeli elkülönüléséről is szó van. A szegények jelentős része pedig nem valamelyik etnikai csoport tagja, *ám a strukturális helyzet pl. „eticizál”, ahogy arra utaltunk, „aki szegény, cigány is”*. A továbbiakban erre a strukturális helyzetre vonatkozó állítás empirikus tesztelését ismertetjük a hajdúböszörményi kutatás eredményei alapján.

A város alacsony társadalmi státuszú csoportjainak egyikét a romák jelentik. Az etnikai hovatartozásra vonatkozó jogi szabályozás következtében a romák számáról a városban nincsenek adatok, eltekintve egy, a kilencvenes évek elején készült önkormányzati elemzéstől és a 2001-es népszámlálás adataitól, mely szerint a népszámlálás során a városban 458-an vallották magukat cigánynak. A roma lakosság belső összetételére, a háztartások helyzetére, a szociális és az egészségügyi helyzetre vonatkozóan azonban nem állnak rendelkezésre adatok. A roma lakosság helyzetének megismerése érdekében teljes körű, valamennyi roma háztartást érintő kutatást szerveztünk. A rendelkezésre álló adatok és információk alapján csak feltételezni tudtuk, hogy a városban 250–300 háztartásban mintegy 1200 roma él, akik a város lakosságának mintegy 4 százalékat teszik ki. A közigazgatási, közoktatási, szociális és egészségügyi szakemberek, valamint a kisebbségi önkormányzat tagjainak az ismeretei alapján abból indultunk ki, hogy a város roma közössége három, térben jól körülhatárolható, részben szegregált övezetben, illetve lakókörzetben él. Ez a három körzet, illetve övezet közül az ún. „Déli Lucernás”, ami a város délkeleti részén található, a város roma lakosságának tradicionális lakókörzete, ahol a romák a nem roma lakosságtól viszonylag kevésbé szegregáltak és egy tömbben élnek. Az ebben a körzetben található óvodában és iskolában a tanulók meghatározó része roma származású. A kilencvenes évek utolsó harmadában gyors betelepedés indult meg a város közigazgatási területén található Bodaszőlőre és a szőlőskertekbe, amely övezet a város és Bocskai kert között található. A két, említett külterületre az elmúlt években Debrecenből, de Észak-Magyarországról is, figyelmet érdemlő migráció indult, ami jelentős mértékben átalakította e körzetek lakónépességét, ami már a közelmúltban is érezhető nyomást gyakorolt Hajdúböszörmény egészségügyi és szociális ellátórendszerére. E migrációs folyamatok miatt, melynek keretében jelentős számú roma és nem roma, alacsony státuszú család költözött a városba, különösen annak külterületeire, problémássá vált a hátrányos helyzetű, benne roma csoportok helyzetéről korrekt képet alkotni. Ahogy arra utaltunk, a város roma közössége viszonylag szegregáltak, bár a nem romákkal térben keverten él. Ez azt is jelenti, hogy a romákkal egy lakóövezetben hasonló társadalmi státuszú nem romák élnek. Ez lehetőséget adott arra, hogy összevessük a romák, és a velük hasonló körülmények között élő nem romák társadalmi helyzetének mutatóit, és választ kapjunk arra, hogy számos területen a szociális és egészségi állapot vajon társadalmi helyzet, vagy etnikai hovatartozás függő-e, azaz inkább strukturális okok, vagy inkább az etnikai kultúra sajátosságai magyarázzák a hasonlóságokat vagy elté-

réseket. A kutatás során 334 háztartást kerestünk meg, ezek közül a kérdezőbiztosok klasszifikációja alapján 263 háztartás roma, 62 nem roma; kilenc esetben nem tudták besorolni a megkérdezettet. A roma háztartásfők 97 százaléka csak magyarul beszél, mindössze három – három fő jelezte azt, hogy beszéli a lovari vagy a beás nyelvet.

A városban élő roma felnőttek iskolai végzettsége megfelel a hazai roma népesség mutatóinak: nagyon magas az általános iskolát be nem fejezők, az idősebb korcsoportokban pedig az egy osztályt sem végzetek aránya. Legtipikusabb az általános iskolai végzettség. Ezek az iskolázottsági mutatók jelentős mértékben magyarázzák a városban is a roma lakosság rossz foglalkoztatási mutatóit, ezzel összefüggésben pedig az alacsony jövedelmeket. A kutatás során megkérdezett nem roma háztartásfők iskolai végzettsége *a roma háztartásfőkéhez áll közel, ami megmagyarázza a romákkal térben „együtt élő”, szegregált nem roma csoportok státuszának hasonló mutatóit.* Ez azt is jelenti, hogy az országos folyamatokhoz hasonlóan a városban is a szegénység és a hátrányos helyzet nem etnikai sajátosság, az alacsony státuszú csoportok helyzete hasonló. Az iskolai végzettség mutatói nem térnek el az országos mutatóktól, azokat részben az *iskolai szegregációval* magyarázhatjuk.

Az alacsony iskolai végzettség következményeként a városban élő romák foglalkoztatása alacsony, és magas az inaktívok, valamint az eltartottak aránya is (ezt a városban élő romák korstruktúrája is alakítja).

A roma háztartásfők foglalkoztatottsága kevesebb, mint fele a városinak, de magasabb az alacsony státuszú nem roma háztartásfőkéénél. A regisztrált munkanélküliek arányában nincs lényeges eltérés, ám a nem regisztrált munkanélküliek esetében már komoly különbségeket tapasztalhatunk. Megfogalmazható, hogy a gazdasági aktivitás mutatói alapján a város roma és alacsony státuszú nem roma háztartásfői sokkal rosszabb helyzetben vannak, mint a város többi háztartásfője.

1. táblázat Milyen környéken élnek (százalék)

	Romák	Alacsony státuszú nem roma háztartások
Nem telepen, de többségében romákkal együtt	47,1	48,4
Nem telepen, többségében nem romákkal	30,4	25,8
Nem telepen, vegyesen	19,8	17,7
Nem válaszolt	2,7	8,1

Forrás: saját adatfelvétel.

A lakókörnyezet jellegére adott válaszok megoszlása azt mutatja, hogy bár a városban a romák nem élnek hagyományos értelemben vett cigánytelepen, az alapvető tendencia mégis a térbeli szegregáció. A szegregációra utaló válaszok alapján a város roma közösségének fele kirekesztett, egyötöde részben kirekesztett. Ugyanakkor a város roma lakosságának csaknem egyharmada él nem szegregált módon, bár közülük sokan az alacsony státuszú nem romákkal élnek egy lakókörzetben. Ettől függetlenül megfogalmazható, hogy a város roma közösségének egy igen jelentős hányada *saját etnikai csoportjától térben elkülönülten él, azaz a térbeli szegregáció mintázatai, és a foglalkoztatás, munkaerő-piaci helyzet alapján a város roma közösségének az alsó*

csoportjai underclass típusú kirekesztés szerint élnek, hisz saját középosztálybeli csoportjaik nem élnek velük egy lakóövezetben.

Az empirikus kutatás eredményei a következő pontokon igazolták az etnikai csoportok underclass – típusú kirekesztésére vonatkozó téziseket (Ladányi–Szelényi 2004).

- A romákkal térben együtt élő, alacsony státuszú nem romák ismertetett mutatói a „szegénység etnicizálódása” tézis mellett a „szegénység etnicizál” tézist is igazolják. Ez azt jelenti, hogy a hasonló társadalmi helyzet – alacsony iskolai végzettség, alacsony foglalkoztatottság, magas eltartotti létszám, alacsony jövedelmek, térbeli elkülönítés – *underclass* típusú kirekesztést eredményeznek, ami hozzájárulhat az ebbe a csoportba tartozók „eticizálásához”. Ez azt igazolja, hogy a „mátság” konstruálódásánál a hasonló strukturális helyzet komoly szerepet játszik, függetlenül az érintettek identitásától.
- A város roma közössége a kirekesztés lehetséges területein kirekesztődik, azaz alacsony az iskolai végzettsége, a foglalkoztatása, és jelentős mértékben térben is elkülönülten él.
- Ez az elkülönítés valóban *underclass* típusú, hisz a roma közösség középosztálya térben nem él együtt a szegény romákkal, azaz nem beszélhetünk „*under caste*” típusú kirekesztésről, de a városban élő romákra vonatkozó adatok alapján „*lower class*” típusúról sem. A viszonylag kedvező foglalkoztatási adatok alapján azt mondhatjuk, hogy a Hajdúböszörményben élő romák az *underclass* és a *lower class* jegyeivel is leírhatók, hisz egy részük körében viszonylag jelentős a gazdasági aktivitás, és a térbeli kirekesztés is viszonylag alacsony.
- A kirekesztődéseket és az *underclass* társadalmi helyzetet a város roma közösségének mentális állapotmutatói is jelzik, a tényleges mentális (és egészségi!) állapotot maga az *underclass* helyzet és a különböző típusú kirekesztődések magyarázhatják.

SZEGÉNYSÉG ÉS ETNICITÁS

A szegénységgel foglalkozó szakirodalom a szegénység és etnicitás összefüggését a szegénység „új arcaként” tárgyalja, feltételezve és elfogadva, hogy az etnikai csoportok szegénységét több tényező egymással szoros kapcsolatot alkotó, egymással összefüggő rendszere alakítja. Ezek a megközelítések a szegénységet kirekesztettségként fogadják el, a kirekesztettség számos dimenzióját elemzik, amelyek a korábbi, jövedelmek központú szegénység megközelítéseknél a szegénység komplexségeit értelmezik. Ebben a megközelítésben az etnikai csoportok szegénysége is egy többdimenziós kirekesztettségként jelenik meg – ezen a ponton érintkeznek az *underclass* elméletek és megközelítések a szegénység – kirekesztés elméletekkel.

A szegénység és etnicitás viszonyára vonatkozó komplex megközelítések (Ladányi–Szelényi 2001, 2002; Szelényi 2001; Spéder 2002.) is az iskolázottság, foglalkoztatás, jövedelmek, fogyasztás, depriváció, szegregáció összefüggéseivel magyarázzák az etnikai csoportok szegénységét, azaz a „szegényítő” tényezők kumulálódását és egymással összefüggő, rendszert alkotó sajátosságát emelik ki. A szakirodalomban elterjedt álláspontnak megfelelően korábbi romakutatásaink hipotézise is az volt, hogy az etnikai hovatartozás és a szegénység között összefüggés érvé-

nyesül. Ezek jellemzésére a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 2003-ban folytatott, megyei lakossági, háztartási kutatás eredményeit ismertetjük. Az eredmények elemzése, és az etnicitás – szegénység összefüggésére vonatkozó állítások tesztelése előtt röviden vázoljuk a szegénység és kirekesztettség kutatások főbb kérdéseit és dimenzióit. Ezek között Spéder Zsolt három irányzatot emel ki: a „kétharmados társadalom”, az „underclass” és az „exclusion” típusú értelmezéseket (Spéder 2002.) A „*kétharmados társadalom*” elméletek az alapvető törésvonalat a munkával rendelkezők és nem rendelkezők között húzzák meg, és a társadalom egytizedének tartós szegénységéről beszélnek. Az „*underclass*” elméletek a „halmozottan hátrányos helyzetű társadalmi csoportok” helyzetét vizsgálják, bekapcsolva a magyarázatok közé a szegénység kultúrájával foglalkozó irányzatokat is. A konfliktuselméleti közelítés egyik irányzatából alakultak ki a *kirekesztés*, *kirekesztődés* magyarázatára vonatkozó elméletek, melyek az underclass megközelítésekhez hasonlóan a jövedelem, az iskolázatlanság és a munkaerőpiaci kizorultság problémáit hangsúlyozzák.

A szegénységkoncepciók összehasonlító elemzését, a választott szegénységkoncepciónak a szegénység mértékére gyakorolt hatását elemzi Kapitány Balázs és Spéder Zsolt (Kapitány–Spéder 2004). A *jövedelmi szegénységet* a relatív szegénység-meghatározások közé tartozó, az ekvivalens (nettó) jövedelem átlagának felénél húzták meg, utalva az átlagjövedelem és a mediánjövedelem figyelembe vételének az eltéréseire is. A hátrányos lakáskörülményeket, a *lakásszegénységet* a zsúfolt, rosszul felszerelt és a bizonytalan jogcímű lakás mutatói alapján határozták meg. A *depriváltság* mérésére a vagyoni életkörülményeket jelző összetett indexet konstruáltak, mely 18 életkörülmény komponens figyelembe véve méri a jóléti deficitet, melyet az anyagi életkörülményekből előállt hiányként tekintenek, és figyelembe veszi a vágyakat, valamint az aspirációkat is. Az *abszolút vagyoni depriváltság* mérésére a 18-as lista 9 elemét használták, és csak azok meglétét, vagy hiányát mérték. A *szociálpolitikai szegénység* a szociális segélyezés súlyának vizsgálatára, a segélyezésnek a szegénység enyhítésében játszott szerepére a szerzők által kidolgozott definíció szolgál, mely hét segélyezési formát fog át, melyek közül, ha egy háztartás legalább egyben részesül, szociálpolitikai szegénynek minősül.

A HÁZTARTÁSOK JÖVEDELME: A JÖVEDELMI FORRÁSOK

A háztartásstatisztikai adatfelvételek során a munkajövedelmek, a társadalmi jövedelmek és az egyéb jövedelmek arányát vizsgálják. 2003-as és 2004-es kutatásunk során *csak a jövedelmek típusára* kérdeztünk rá, nem azok tényleges mértékére a háztartások jövedelmében, bevételeiben.

2. táblázat A háztartási jövedelmek forrása az említések gyakorisága szerint

Jövedelem forrása, típusa	A jövedelemtípust jelzők aránya	
	2003, megyei minta	2004, roma minta
Családi pótlék	45,1	66,8
GYED, GYET	14,8	42,4
Alkalmi munka, napszám	12,2	29,6
Nyugdíj	33,4	20,8
Valamilyen segély	16,1	20,0
Munkanélküli járadék	6,3	18,6
Közmunka, közhasznú munka	5,3	13,4
Rokkantnyugdíj	25,0	10,2
Minden, egyéb típusú jövedelem	5,3	8,6
Főállású alkalmazotti jövedelem	56,4	7,4
Vállalkozói jövedelem	11,7	2,6
Árvaellátás	2,8	2,4
Mezőgazdasági gazdálkodói jövedelem	15,9	1,2
Mellékállású alkalmazotti jövedelem	5,5	0,8
Ösztöndíj	3,5	0,8
Életjáradék	0,7	0,6
Osztalék	0,9	0,2
Ingó és ingatlan hasznosítása	1,2	0,2
Bérbeadás	2,6	0,0

Forrás: saját adatfelvételek.

Az általunk vizsgált mintában a *szociális transferek* aránya a legmagasabb, a munkajövedelmeké igen alacsony. 2004-ben a KSH szerint a hazai háztartások összjövedelmének 73,5 százaléka származott munkajövedelemből, 25,2 százaléka társadalmi jövedelemből, és 1,4 százaléka egyéb jövedelemből. A megyében élő romák jövedelme rendkívül alacsony, ezen belül a munkajövedelmek aránya és nagysága is az. Ilyen körülmények között a háztartások valamilyen alkalmazkodási stratégiát alkalmaznak az alacsony jövedelmek kompenzálására. A lehetséges „megélhetési stratégiák” alig vannak jelen a vizsgált mintában. Megélhetésszerűen leginkább a mezőgazdasági napszám, és a hagyományosabb „gyűjtögetés” jelenik meg, de ez is szinte elhanyagolható mértékben. Ha a jövedelem kiegészítést is figyelembe vesszük, a „gyűjtögető” tevékenységek és a mezőgazdasági napszám viszonylagos jelentőség-

gel bírnak. Bizonyos mértékig meglepő a kereskedelmi tevékenységek szinte teljes hiánya, bár az tradicionálisan inkább az oláh cigány csoportokat jellemzi, a megyében élő romák pedig önmagukat többségében „romungrónak” tartják, igaz, egynegyedük oláh cigánynak – ebben a vonatkozásban kifejezetten alacsonynak tűnik a megélhetésszerű (vállalkozói) kereskedelmi tevékenység választása. A jövedelemkiegészítő tevékenységek között megjelenik a fémgyűjtés is. A hagyományos roma munkák egyáltalán nem jelentenek semmiféle, jelentős megélhetési stratégiát.

HÁZTARTÁSI JÖVEDELMEK

Két kutatásunk eredményei alapján a megyében élő roma háztartások *egy főre eső havi jövedelme 16–20 ezer forint körül becsülhető*, ami az országos lakossági jövedelmek egyötödének, a megyei lakossági jövedelmek egyharmadának felelnek meg. A 2004-es felmérésünk alapján a leggyakoribb háztartástípusokban a jövedelmi átlagok a következők.

3. táblázat Havi háztartási jövedelmek gyakori háztartástípusokban, forintban

	Létminimum értékek*	2003, megye**	2004, roma háztartások**
	Aktív korúak háztartásai		
1 felnőtt	50.015	75.097	30.973
2 felnőtt	87.526	103.946	47.813
2 felnőtt 1 gyerekkel	120.036	124.060	51.092
2 felnőtt 2 gyermekkel	145.044	134.798	61.020
2 felnőtt 3 gyermekkel	165.050	131.174	64.017
2 felnőtt 4 gyermekkel	185.056	101.605	63.521

Forrás: KSH Létminimum, 2003. (*), saját kutatások (**).

2004-ben az általunk vizsgált roma háztartásokban az átlagos havi háztartási jövedelmek alapján a létminimum értékénél alacsonyabb háztartási jövedelmek a jellemzők. A jövedelmi helyzetet jelentősen alakítja a háztartás/család nagysága: minél több gyerek van a roma családokban, annál nagyobb az esélye, hogy a háztartás jövedelme a létminimum alatt van.

4. táblázat A roma háztartások megoszlása az egy főre eső
átlagos havi jövedelem (forint) kategóriái alapján

Jövedelemkategóriák	2003 országos cigánykutatás		2003 megyei kutatás		2004 megyei romakutatás	
	Esetszám*	Százalék	Esetszám*	Százalék	Esetszám*	Százalék
0 – 14.999 Ft	477	41,5	38	41,8	225	58,3
15.000 – 19.999 Ft	232	20,2	18	19,8	79	20,5
20.000 – 29.999 Ft	225	19,6	18	19,8	51	13,2
30.000 – X Ft	216	18,8	17	18,7	31	8,0
Együtt	1150	100,0	91	100,0	386	100,0

* Érvényes válaszok. *Forrás:* Kemény et al. 2004: 122.

Megyei kutatásaink eredményei közel állnak a 2003-as országos cigánykutatásé-
hoz. A megyei minta roma almintájában a jövedelemkategóriák megoszlása megfelel a
hasonló országos mutatóknak. A 2004-es felmérés esetében már jelentősebb eltérés ta-
pasztalható, ez alacsonyabb háztartási és egy főre eső jövedelmeket eredményez, ami-
nek a tendenciája azonban megfelel az országos és a megyei mintás adatfelvételek
tendenciáinak.

A megyében élő romák jövedelmi mutatói még a megye egyébként is alacsony mu-
tatóinál is lényegesen rosszabbak. *A relatív szegénységi küszöb számítása alapján a
megye lakosságának 31,7 százalék volt szegény 2003-ban, míg a megyében élő romák
90 százaléka 2004-ben.* Hasonló a helyzet, ha a háztartások jövedelemelvárásait
vesszük figyelembe.

5. táblázat A háztartások megoszlása a megélhetési szintek
2004. II. negyedévi mutatói alapján

Megélhetési szintek	Ft/hó/fő*	A háztartások megoszlása, százalék	
		2003, megyei minta	2004, roma minta
Nagyon szűkös	38.667	54,8	96,4
Szűkös	51.506	25,2	2,3
Átlagos	71.039	12,4	0,8
Jó	100.887	5,3	0,5
Nagyon jó	154.695	2,3	0,0

* Háztartás-statisztikai közlemények 27. 2005.I. félév, 10. o.

A megélhetési szintek alapján számított megoszlás jól tükrözi a megye egészének a
jövedelmi helyzetét, hisz az általunk vizsgált háztartások több, mint fele „nagyon szű-
kös” szinten él. A roma háztartások csaknem teljes köre ebbe a kategóriába tartozik,
ami megfelel a relatív szegénység magas mutatójának is. Ezek az eredményeink azt
mutatják, hogy a hátrányos helyzetű térség roma lakosságának meghatározó többsége
a különböző jövedelmi szegénységi mutatók alapján szegénynek tekinthető.

A HÁZTARTÁSOK KIADÁSAI, SZOCIÁLIS SZEGÉNYSÉG

A háztartási jövedelmek nagysága és forrása mellett fontos a kiadások nagysága és szerkezete is. A roma háztartások legnagyobb kiadási tételeit az *élelmiszerekre* és a *lakásfenntartásra*, valamint a gyerekek *iskolai kiadásaira* fordított összegek jelentik, az átlagos háztartási bevételeket ezek a kiadási tételek teljes mértékben lekötik. A háztartások az alacsony jövedelmek miatt a halasztható kiadásokra keveset költenek, ez megfelel az alacsony jövedelműek jellegzetes kiadási struktúrájának. Ide tartoznak a hírközléssel, kultúrával, szabadidővel, a lakásfelújítással és lakberendezéssel, valamint a közlekedéssel összefüggő kiadások, beleértve a saját gépkocsi fenntartását is. Az alacsony jövedelmek mellett sem halaszthatók az egészségügyi kiadások, és jelentősnek mondhatók az élvezeti cikkekre fordított kiadások is.

A fogyasztási szegénység aránya a következő módon alakult az általunk vizsgált mintákban: 2003-ban a *roma háztartások 39,1 százalékában, míg a nem roma háztartások 11,6 százalékában* volt magasabb az élelmészetre fordított kiadások aránya több mint 45 százalék a háztartások havi kiadásai között. A 2004-es, csak roma háztartásokra kiterjedő adatfelvétel során csaknem minden második (49,4 százalék) háztartás számított szegénynek a fogyasztási kiadások szerkezete miatt. *A fogyasztási szegénység a megyében élő roma háztartások csaknem felében regisztrálható.* Hasonló eltéréseket tapasztalunk, ha a *szociálpolitikai szegénységet* vizsgáljuk (Kapitány–Spéder 2004).

6. táblázat Milyen szociális segélyekben részesültek, %

	2003, megyei minta		2004, megyei roma minta
	nem romák	romák	
Rendszeres gyermekvédelmi támogatás	12,6	52,4	45,6
Rendszeres szociális segély	8,3	42,0	27,2
Közfgyógyellátás	16,9	30,4	12,0
Mozgáskorlátozottak támogatása	7,5	5,9	0,8
Ápolási díj	1,9	4,0	1,0
Időskorúak járadéka	1,4	3,9	0,6

A 2003-as kutatás eredményei alapján a mozgáskorlátozottak támogatása kivételével a romák az egyes pénzbeli támogatásokat sokkal nagyobb arányban igénylik és kapják meg, mint a nem romák. „Szociálpolitikai szegénységről” Kapitány és Spéder akkor beszél, ha az elemzett hat támogatás, segély közül legalább egyet az azt igénylő háztartás/család megkapott (ez lényegében az alacsony jövedelmi helyzet sajátos mutatója). A lehetséges, hat támogatás és segély alapján a következő *szociálpolitikai szegénységi arányokat kapjuk*:

7. táblázat Hány támogatást, segélyt kap a család

	2003, megyei minta		2004, megyei roma minta
	nem romák	romák	
Egyet	21,5	39,8	34,4
Kettőt	9,6	25,2	22,8
Hármat	2,1	11,7	2,4
Négyet	0,2	2,9	0,0
Ötöt	0,1	0,0	0,0

Mivel a szociálpolitikai szegénység („segélyezettek”) eredeti definíciója szerint azok számítanak szegénynek, akik legalább egy ellátásban részesülnek, adataink alapján a megyében élő romák *csaknem négytizede tekinthető szegénynek.*

A KÜLÖNBÖZŐ SZEGÉNYSÉG KATEGÓRIÁK ARÁNYA A MEGYÉBEN ÉLŐ ROMÁK KÖRÉBEN

A megyében élő romák a különböző kritériumok alapján képzett szegénység mutatók alapján eltérő mértékben sorolhatók a szegények közé. Leginkább a *jövedelmi alapú* szegénység a legelterjedtebb a körükben. Mielőtt a különböző kritériumok alapján képzett szegénység definíciókat, illetve az általuk leírható szegénységi és kirekesztettségi jelenségeket ismertetnénk, az összehasonlítás miatt elsőként a különböző szegénységkoncepciók szerinti szegények arányát mutatjuk be, majd a romáknak a szegények közötti arányára vonatkozó adatokat ismertetjük.

A különböző szegénységkoncepciók szerinti szegények arányát Kapitány és Spéder (Kapitány–Spéder 2004: 29) a következőkben adja meg:

- jövedelmi szegénység: 12,4 %
- lakásszegénység: 12,1 %
- abszolút vagyoni depriváltság: 16,8 %
- életkörülmények depriváltsága: 15,5 %
- szociálpolitikai szegénység: 15,7 %

A romák arányára a szegények között kevés összehasonlító adat áll rendelkezésre. Gábos és Szívós (Gábos–Szívós 2004: 116–117): a laekeni indikátorok alapján az országra a medián fele alapján 8,3 százalékban, az átlagjövedelem fele alapján 13,2 százalékban adja meg a szegények arányát. A romák esetében a *medián fele alapján a mutató 42,8 százalék (nem romák 6,4 százalék), míg az átlagjövedelem fele alapján 59,2 százalék (nem romák 10,8 százalék), a kvintilis határ alapján a romák 70,6 százaléka (nem romák 17,3 százaléka).*

Tanulmányunkban, ahogy arra utaltunk, több szegénységdefiníció kritériumait is alkalmaztuk, de a használt mérőeszközök eltérő metodikája miatt csak néhány esetben tudunk más szegénység-és kirekesztettség vizsgálattal összehasonlítható adatokat ki-

alakítani. Ezért elsősorban arányokat fogalmazunk meg a megyében élő romák helyzetét illetően:

- A két kutatás eredményei alapján a megyében élő roma háztartások egy főre eső havi jövedelme 16–20 ezer forint körül becsülhető, ami az országos lakossági jövedelmek egyötödének, a megyei lakossági jövedelmek egyharmadának felelnek meg, ami közel áll Keményék kutatásának a keleti térségre megadott mutatóhoz (17.255 Ft).
- A *relatív szegénységi mutató* alapján a megye lakosságának 31,7 százalék volt szegény 2003-ban, míg a megyében élő romák 90 százaléka 2004-ben.
- Mivel az egyes lakásjellemzőket nem kezeltük indexként, csak azt fogalmazhatjuk meg, hogy a két, elemzett romakutatás eredményei alapján a *lakásszegénység a megyében élő romák felét érintheti, azaz lényegesen alacsonyabb, mint a jövedelmi szegénység mértéke.*
- A fogyasztási szegénység a megyében élő roma háztartások ugyancsak csaknem felében regisztrálható.

A különböző szegénységdefiníciók alapján megállapított *szegénységi arányok lényegesen eltérnek egymástól.* A legmagasabb mutató alapján a *jövedelmi szegénység* határozza meg leginkább a megyében élő romák életét, hisz az általuk megadott jövedelmi adatok alapján kilenctizedük számít szegénynek. A lakásszegénység és a fogyasztási szegénység a megyében élő romák felét érinti. Lakásaik nagysága és felszereltsége a többségi társadalmi mintákat követi, a többségi társadalom hatvanas évekbeli életmódmintái mellett az aktuális életmódminták is hatnak. Különbözik a lakások esetében azok alapterülete, komfortossága és laksűrűsége alapján figyelhető meg, amely a roma családok jövedelmi helyzetét is tükrözi. Hasonló a helyzet a fogyasztás esetében is: az alacsonyabb jövedelmek és az eltérő kulturális minták (a mintakövetés ellenére is) lényegesen eltérő fogyasztási szokásokat eredményeznek, az alacsony jövedelmek miatt a roma családok felében figyelhető meg az élelmezési kiadások meghatározó súlya – ez magyarázza a más kiadások alacsony súlyát, pl. a tartós cikkek és a lakásfűtés, lakáskomfort esetében. Bár a megyében a roma családok kilenctizede szegény, csak alig egyharmaduk számít „szociálpolitikai szegénynek”, azaz a „segélyezettek” aránya lényegesen alatta marad a jövedelmi szegényekének. A *vagyoni depriváltság jelentősebb, mint a jövedelmi szegénység*, ami érthető, hisz az alacsonyabb jövedelmek miatt a háztartások felszereltsége (a „fogyasztási szegénység” miatt is) hiányos. Az általunk vizsgált roma háztartások esetében azonban a *jövedelmi szegénység sokkal kiterjedtebb mértékű, mint a lakásszegénység, és a vele összefüggő vagyoni depriváltság.* Ez azt is jelenti, hogy a romák az alacsony jövedelmek ellenére néhány területen – lakásnagyság, tartós fogyasztási javak, színes televízió, mosógép, hűtőgép – lényegesen csökkentették hátrányaikat, de fogyasztásuk, lakásfelszerelésük, a lakások komfortossága végső soron a jövedelmi szegénység meglétét mutatja. Kutatási eredményeink Gábos és Szívós jövedelmi adatait (Gábos–Szívós 2004) támasztják alá, *elsősorban a fogyasztási, lakásfelszerelési, „segélyezési” szegénység, és a szubjektív szegénység területén.*

A MEGYE ROMA LAKOSSÁGÁNAK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

A romák egészségi állapotát vizsgáló hazai kutatások az etnikai kisebbségek egészségi állapotát az etnikai egyenlőtlenség egyik lehetséges területeként értelmező nemzetközi szakirodalom főbb állításait igazolják. Az etnikai egyenlőtlenségek részben strukturális, részben kulturális eredetűek. Az egészségi állapotot jelentősen alakítja a társadalmi csoportokhoz való tartozás; sokkal inkább, mint az etnikai hovatartozás – ugyanakkor, mivel az alacsonyabb státuszú csoportokban és foglalkozásokban magasabb az etnikai kisebbségekhez tartozók aránya, a strukturális hatások, a szocio-ökonómiai tényezők komoly hatást gyakorolnak az etnikai kisebbségekhez tartozók egészségi állapotára (Smith et al. 2000). Komoly hatást gyakorol az egészségi állapotra a kultúra, a hiedelmek és a viselkedés is, melyek lényeges eltéréseket eredményeznek a különböző etnikai csoportok között, pl. a dohányzás, étkezés, alkoholfogyasztás, szexualitás, az egészség koncepciók és a testkép esetében. Jelentős hatást gyakorol a kisebbségi etnikai csoportok egészségi állapotára a rasszizmus és a diszkrimináció is, indirekt és direkt módon is, pl. a szocio-ökonómiai hátrányok révén, a relatív hátrányok felismerésével, vagy a „többszörös áldozat” szerepének mentális hatásával, ami szomatikusan is rossz egészségi állapotot eredményez (Smith et al. 2000). Az egészségi állapotot alakító etnikai egyenlőtlenségek magyarázataként Nazroo is kiemeli, hogy összefüggés érvényesül a gazdasági státusz, az etnikai diszkrimináció és a rasszizmus között; az egészségi állapot esetében kapcsolat van a szocio-ökonómiai státusz egyenlőtlensége és az etnikai egyenlőtlenségek között, bár nem magyarázzák teljes egészében az egészségi állapot és az etnikai egyenlőtlenségek összefüggését (Nazroo 2003).

A hazai szakirodalomban is az egészségi állapot és az etnikai csoportok, jelen esetben a romák *társadalmi helyzetének alakító tényezőit* (iskola végzettség, foglalkoztatás, települési viszonyok, szegregáció és diszkrimináció) valamint az *etnikai kultúra sajátosságait*, annak pl. az életmódra, az egészségmagatartásra és az egészségügyi ellátórendszer elérhetőségére, az ellátórendszerrel kialakult kapcsolatra gyakorolt hatását emelik ki. A hazai kutatások többnyire vizsgálják a strukturális és a kulturális tényezőket is, kevés azonban azoknak a kutatásoknak a száma, amely során mindkét tényező hatásának az elemzésére, és azok kölcsönhatásának a vizsgálatára kerül sor (ide sorolhatóak pl. Neményi Mária és Gyukits György kutatásai). A kutatások zöme olyan kismintás, vagy reprezentatív, nagymintás kutatás, amely során a strukturális hatások elemzésére alkalmas változók – iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, jövedelem, életkor, nem) – mentén elemzik a zömmel szubjektív egészségi állapot mutatókkal lefolytatott vizsgálatok eredményeit (e csoportba tartozik a legtöbb kutatás). Az etnikai kultúrát, mint az egészségmagatartást és az egészségi állapotot, testképet alakító tényezőt még azokban a kutatásokban is érvényesülő hatásként kezelik, amelyekben ennek a hatásnak a mérését nem operacionalizálják. Ettől függetlenül, különösen a roma nem-roma összehasonlításokra alkalmas kutatásokban jellemezhető az etnikai kultúra hatása. A kutatások harmadik csoportjába az etnográfiai és a kulturális antropológiai kutatások tartoznak, melyek pl. az egészségre-betegségekre vonatkozó szokásokat, a gyermeknevelés, beteggondozás kérdéseit taglalják. A hazai kutatók közül a legtöbb szempont és értelmezési lehetőség Neményi Máriának a gyermeküket váró és kisgyerekes cigány anyák, és az egészségügy szereplőit vizsgáló kutatásában

érvényesül. A szerző, ahogy arra utaltunk, egyidejűleg veszi figyelembe a strukturális és kulturális szempontokat, és vizsgálja a „mátság” konstruálásának a folyamatát, a külső és belső klasszifikáció, valamint az ezzel összefüggő, kölcsönös sztereotípiák hatásának a folyamatát (Neményi 2000, 2005).

A hazai szakirodalomban viszonylag kevés empirikus kutatáson alapuló tanulmány foglalkozik a romák egészségi állapotával. Szirtesi Zoltán kismintás kutatása során 166 páciensre vonatkozó adatok alapján fogalmazott meg következtetéseket (Szirtesi 1998). Szirtesi könyveiben jellemzi a romák körében elterjedt betegségeket, továbbá a velük való, javasolt bánásmódot is. Több, a hetvenes években folytatott kismintás kutatás alapján készült Puporka Lajos és Zádori Zsolt tanulmánya (Puporka–Zádori 1998). A szerzők az egészségi állapotra vonatkozó „strukturális” elemzés mellett foglalkoznak az egészségmagatartás és az életmód kérdéseivel is. Több, nagymintás reprezentatív kutatást vezetett Babusik Ferenc (Babusik–Papp é.n.). Országos reprezentatív kutatásuk alkalmas volt a romák egészségi állapotát alakító strukturális hatások, valamint az etnikai kultúra hatásainak az értelmezésére. Kutatásuk során a hozzáférési különbségek jellemzésére vizsgálták a cigányellenes attitűdöket is. Több, elsősorban kvalitatív módszereket alkalmazó kutatásban vizsgálták a romák egészségi állapotát és az egészségi állapotra hatást gyakorló, a hozzáféréssel összefüggő kölcsönös sztereotípiákat Gyukits György és munkatársai (Gyukits 2000.) Az elmúlt évek új kutatóműhelye a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán jött létre; legismertebb kutatásuk során a telepvi viszonyok között élők egészségi állapotának néhány összetevőjét vizsgálták (Kósa et al. 2007). Ugyancsak a cigánytelepen élők egészségi állapotát kutatták 2003-ban, országos mintán Bényi Mária és munkatársai (Bényi, 2006). Elemzett felméréseink során még nem vehettük figyelembe Kósa Zsigmond és munkatársai kutatási eredményeit, de jelen tanulmányunkban már utalunk az összehasonlítható területekre. A romák egészségi állapotát vizsgáló kutatások fontos kérdésként kezelik a romák életmódját, egészségmagatartását, valamint a romák és az egészségügyi intézmények kapcsolatát, a romáknak az ellátásokhoz való hozzáférési esélyeit. A hazai kutatók közül e kérdésekre Neményi Mária, valamint Gyukits György és munkatársai, valamint Babusik Ferenc és munkatársai koncentrálnak. Saját kutatásainkban elsősorban a romák egészségi állapotát alakító strukturális tényezőket, valamint a romák életmódjának néhány elemét vizsgáltuk, az egészségmagatartás, valamint a romáknak és az ellátórendszernek a viszonyát, a hozzáférés problémáját csak érintettük.

Kutatásaink során, melyek eredményeit e fejezetben mutatjuk be, szubjektív egészségi állapot mutatókat vizsgáltunk, ami jelentős mértékben behatárolja az eredmények általánosíthatóságát. Vizsgáltuk az egészségi állapotra vonatkozó énképet, az ellátások igénybevételének gyakoriságát, az azokkal való elégedettséget, a panaszokat és betegségeket, valamint a mentális állapotot. Kutatásainkban elsősorban a strukturális hatások elemzésére vállalkoztunk, ezért eredményeinket is elsősorban az ilyen megközelítésű kutatásokkal tudjuk összevetni. Ennek megfelelően csak közvetett adataink vannak pl. az etnikai diszkriminációról.

ÉNKÉP: AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

Az egyén *saját egészségének megítélése* nagymértékben befolyásolja a valós egészségi állapotot és az egyes egészségügyi, szociális szolgáltatások igénybevételét.

A saját egészség megítéléséhez egy 10 fokozatú skálán kellett a megkérdezettnek véleményét megjelölni, ezen a skálán az 1 a nagyon rossz állapotot, a 10 a kiváló egészségi állapotot jelölte.

8. táblázat Milyennek ítéli saját egészségi állapotát?

2003 (megyei minta)									2004 (csak romák)		
Férfiak			Nők			Együtt			Férfiak	Nők	Együtt
Teljes minta	Nem romák	Romák	Teljes minta	Nem romák	Romák	Teljes minta	Nem romák	Romák			
6,09	6,19	5,27	6,09	6,1	6,0	6,09	6,13	5,69	5,73	5,70	5,71

Forrás: saját adatfelvételek. 2003: N=1452 (ebből roma: 119); 2004: N=500.

2003: roma – nem roma: Pearson Chi-négyzet = 14,968, Df = 9, P<0,092.

2003: roma férfiak – nem roma férfiak: Pearson Chi-négyzet = 16,248, Df = 9, P < 0,062.

A saját egészségi állapot szubjektív megítélése, végső soron az énkép fontos összetevőjét alkotó általános egészségkép alapján a megye lakossága általában véve *alacsonyra értékeli egészségi állapotát*. Az egészségi állapot megítélésére elsősorban az életkor, a település típusa, és az iskolai végzettség gyakorol hatást. Táblázatunk adatai azt mutatják, hogy az etnikai hovatartozás csak csekély mértékű eltérést eredményez, elsősorban a férfiak esetében. A két év adatai alapján a megyében élő romák saját egészségi állapotukat nagyon rossznak érzik, ami azonban nem sokkal marad el a megye egészében is alacsony mutatóitól. Összehasonlítható adat kevés áll rendelkezésre: a telepszerű körülmények között élők körében folytatott kutatás során eltérő metodikával történt a kérdés és az adatok csoportosítása. E kutatás adatai alapján a különbség nagyobb a nők és a férfiak között saját egészségi állapotuk megítélésében: a roma nők sokkal rosszabbnak tartották egészségi állapotukat, mint a roma férfiak. Lényeges különbségeket találtak a telepen élő romák és a teljes népesség egészségi állapot önképében: a 30 év feletti korosztályokban kétszer magasabb azoknak a romáknak az aránya, akik rossznak látják egészségi állapotukat (Kósa, 2007).

ELLÁTÁSOK IGÉNYBEVÉTELE, ELÉGEDETTSÉG

Az egyes egészségügyi szolgáltatások igénybevétele tekintetében leggyakrabban a háziorvost keresik fel a megkérdezettek. Ez az átlagos népességhez képest közel hasonló gyakoriságot jelent (OLEF 2003). A háziorvossal való találkozás rendszeresnek tekinthető, a megkérdezettek 52,6 százaléka hetente, illetve havonta többször keresi fel orvosát.

Az *orvoshoz fordulás* céljaként leggyakrabban a gyógyszerfelírás (36,8%) valamint az idült egészségügyi probléma szerepelt. Tanácsot kérni csak a megkérdezettek 2,9%-a ment orvoshoz, ez mind a férfiaknál, mind a nőknél csak néhány esetben for-

dult elő. Az orvost kisebb panaszokkal csak 9,8%-uk keresi meg. Tüneteit, panaszait 13,4%-uk amíg lehet, halogatja, s csak nagy fájdalom esetén megy orvoshoz 19,8%-uk. Háziiorvoshoz 43%-uk jár, de legalább egy éven belül a vizsgált populáció 77,2%-a felkereste orvosát. Nőknél ez az arány magasabb, férfiaknál alacsonyabb

Az általunk vizsgált mintában szignifikáns összefüggés van a háziiorvos, valamint az igénybevevők neme között, a nők gyakrabban veszik igénybe a háziiorvos által nyújtott szolgáltatásokat.⁶ A korrallal a háziiorvos igénybevétele gyakorisága, a szakellátás, kórház felkeresése, a különböző vizsgálatokon való megjelenés (vérnyomásmérés, EKG, vércukorszint-mérés), a nőgyógyászati rákszűrés, valamint a terhes- és csecsemő tanácsadás mutat erős összefüggést.⁷ A háziiorvost, a szakellátási formákat, a kórházi ellátást igénybevevők között, inkább az időskorúak vannak többen.

Az egészségügyi ellátással, illetve az ellátás során tapasztalt bánásmóddal általánosságban minden ötödik megkérdezett elégedett teljesen.

9. táblázat Elégedettség az ellátással illetve a bánásmóddal
(ötfokozatú skála átlagai)

Egészségügyi szolgáltatás típusa	Ellátás		Bánásmód	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Felnőtt háziiorvos	3,62	1,21	3,50	1,31
Gyermek háziiorvos	3,26	1,59	3,17	1,61
Fogorvos	3,17	1,65	3,11	1,68
Ügyelet	2,94	1,76	2,87	1,67
Szakellátás	2,94	1,73	2,89	1,73
Iskolaorvos	2,84	1,82	2,78	1,81
Védőnő	3,42	1,61	3,31	1,63
Kórház	3,25	1,49	3,19	1,52

A megkérdezettek a felnőtt háziiorvosi ellátással és a védőnői szolgálattal a legelégedettebbek, ennek oka többek között a háziiorvosok, valamint a védőnők és a lakosság között kialakuló személyes, napi kapcsolat. Az eredmények igazolják az ellátások igénybevételekor kifejtett következtetésünket: minél „közelibb” egy ellátás a lakossághoz, annál inkább elégedettek vele a megkérdezett romák. Ez megfelel az ellátáso-

6 Mikor fordult háziiorvoshoz, nemek szerint, Pearson Chi-négyzet = 19,528, Df = 8, P < 0,012.

7 Mikor fordult a következő ellátási formákhoz, életkor szerint.
Háziiorvos: Pearson Chi-négyzet = 144,135, Df = 88, P < 0,000.
Fogorvos: Pearson Chi-négyzet = 108,9, Df = 88, P < 0,065.
Szakellátás: Pearson Chi-négyzet = 130,447, Df = 88, P < 0,002
Labor: Pearson Chi-négyzet = 114,299, Df = 88, P < 0,031.
Kórház: Pearson Chi-négyzet = 109,566, Df = 88, P < 0,060
Emlőszűrés: Pearson Chi-négyzet = 110,798, Df = 88, P < 0,051.
Vérnyomásmérés: Pearson Chi-négyzet = 113,880, Df = 88, P < 0,033.
EKG: Pearson Chi-négyzet = 113,146, Df = 88, P < 0,001.
Vércukorszint mérés: Pearson Chi-négyzet = 136,367, Df = 88, P < 0,001.
Nőgyógyászati rákszűrés: Pearson Chi-négyzet = 101,323, Df = 88, P < 0,157.
Terhes tanácsadás: Pearson Chi-négyzet = 141,384, Df = 88, P < 0,000.
Csecsemő tanácsadás: Pearson Chi-négyzet = 164,078, Df = 88, P < 0,000.

kat vizsgáló többi kutatás eredményeinek is, különösen ami a védőnők megítélését illeti (Gyukits 2000; Neményi 2005; Babusik–Papp é.n.). A bánásmód megítélése közvetve alkalmas az adott ellátás kapcsán érvényesülő, kölcsönös sztereotípiák vizsgálatára is: mennyire érzik azt a roma ellátottak, hogy a bánásmód milyenségének az oka az etnikai hovatartozásuk. Figyelmet érdemel az ügyeleti rendszerrel és az iskolaorvosi szolgálattal való elégedetlenség: az iskolaorvosi szolgálat esetében ezt a roma családok szocializációs sajátosságaival magyarázzuk. Az ügyeleti rendszerre vonatkozó kutatói tapasztalataink szerint az egészségügyi ellátórendszer legneuralgikusabb pontja, ugyanis az ügyeleti rendszerben dolgozó orvosok véleménye szerint a roma családok akkor is igénybe veszik az ügyeleti rendszert, ha az nem indokolt. Valószínű, hogy az ügyeleti rendszerrel és az ott tapasztalható bánásmóddal való elégedetlenség a romák reagálása erre a helyzetre.⁸ Az ügyeleti rendszer indokolatlanul magas igénybevétele hátterében sokféle ok feltételezhető, de kiemelten magyarázható a szolgáltatást igénybe vevők elvárásaival, valamint a rendszer működésével kapcsolatos tájékozatlanságával, és nem hagyható figyelmen kívül a rossz általános egészségi állapot vagy a korai kezelésbe vétel nehézsége sem.

PANASZOK ÉS BETEGSÉGEK

A roma lakosság egészségi állapotát a különböző gyakorisági mutatók, így pl. az orvoshoz, ellátáshoz fordulás gyakorisága mellett közvetlenebb módon kifejezi azoknak a betegségeknek és panaszoknak a listája, amivel a közelmúltban orvoshoz fordultak, függetlenül az ellátás szintjétől – jelen tanulmányunkban ezeket az eredményeket ismertetjük. Erre a „volt-e orvosi vizsgálaton, vizsgálta-e orvos (az adott betegséggel, panasszal)” kérdéssel kérdeztünk rá. Bár a lehetséges betegségek listája és gyakorisága is a megkérdezettek önbevallásán alapul, a különböző gyakorisági mutatók együttes elemzése már módot ad esetünkben a lakosság egészségi állapotának a jellemzésére. A kutatás során nemcsak a megkérdezettek betegségeire és panaszaira kérdeztünk rá, hanem a velük egy háztartásban élőkére is. Tapasztalatunk az, hogy elsősorban a saját egészségi állapotukra vonatkozó válaszok a megbízhatóbbak, a többi családtag/háztartástag egészségi állapotára vonatkozó válaszok csak tendenciák jelzésére alkalmasak.

8 Hajdúböszörményi kutatásunk során ez volt az orvosok és a romák közötti jellegzetes konfliktus. A romák úgy érezték, hogy méltatlanul bánnak velük, miközben az orvosok kifogásolták, hogy a romák nem jelennek meg a rendes rendelési időben, és „kirendelik” őket, gyakran indokolatlan esetekben is.

10. táblázat Volt-e orvosi vizsgálaton, kezelte-e orvos...?
(Az egyes kijelentések választásának a gyakorisága, százalékban)

	A megkérdezett	Házastársa/ Élettársa	Egyéb felnőtt	Gyerek
Magas vérnyomás	30,2	11,4	4,4	2,6
Nőgyógyászati	19,2	7,4	1,0	1,2
Idegrendszeri	12,0	2,8	1,2	1,2
Látásprobléma	8,8	2,8	2,2	2,2
Egyéb szívbetegség	8,2	2,8	1,8	1,2
Anginás roham, markoló szív táji fájdalom	6,6	2,0	2,0	0,6
Gyomor-, vagy nyombélfekély	6,2	3,2	0,4	0,0
Hallásprobléma	5,0	2,2	1,4	1,2
Mozgásszervi betegség	4,4	2,2	0,6	0,4
Pszichés	4,2	1,2	0,2	1,3
Asztma	4,2	1,6	2,2	6,2
Magas vércukorszint, cukorbetegség	4,0	1,4	2,0	0,2
Magas koleszterinszint	3,6	2,0	0,4	0,0
Allergiás betegségek	2,8	0,4	0,8	2,6
Szívinfarktus	2,6	1,0	4,4	0,2
Krónikus légzőszervi betegség	2,4	0,6	0,4	0,8
Májbetegség	1,4	0,4	1,6	0,0
Daganat (rák)	1,2	0,6	2,6	0,0
Agyvérzés (gutaütés, szélütés), agyérögörcs	0,4	0,6	0,4	0,0
Fertőző betegség	0,2	0,2	0,0	0,6

Az orvos által megerősített betegségeket, illetve tüneteket tekintve a megkérdezettek 30%-a szenved magas vérnyomásban, illetve kezelték emiatt, ehhez képest rendszeres vérnyomás ellenőrzésre csak 17,6%-uk jár. Az EKG vizsgálaton rendszeresen részt vettek aránya ennél jóval alacsonyabb (7,6%), miközben a keringési rendszert érintő egészségügyi problémája ennél több embernek van. A magas vérnyomásos betegség gyakoriságát is figyelembe véve relative alacsony a megfelelő egészségügyi szűrések igénybevétele. Gyermekeknél a leggyakoribb betegség az asztma (6,2%), kezelésüket feltehetően elsősorban az alapellátás végzi, speciális ellátásként pedig az allergológiát, illetve a tüdőgyógyászatot veszik igénybe. A betegségek, tünetek, és panaszok előfordulási gyakorisága, sorrendje alapvetően mértékben *megfelel* a Babusik–Papp féle kutatás eredményeinek (Babusik–Papp é.n.), közel áll Szirtesi Zoltán adataihoz (Szirtesi 1998), de viszonylag jelentős mértékben eltérnek a Puporka–Zádori szerzőpáros adataitól, amit az eltérő adatfelvételi módszer is magyarázhat (Puporka–Zádori 1998).

Szirtesi Zoltán Szeged-Kiskundorozsma cigánytelepein élő, kb. 400 oláh-és kárpáti cigány körében vizsgálta az ott élők egészségi állapotát, a halálokokat, és a krónikus betegségek megoszlását. Vezető haláloknak a szívinfarktust találta. A krónikus beteg-

ségek listáján az általa bemutatott 62 esetből első helyen álltak a vese megbetegedései (tíz esetben), melyet hasonló gyakorisággal, nyolc-nyolc említéssel követettek a szív-koszorúér megbetegedés, a fül megbetegedései, valamint a légúti megbetegedések; viszonylag jelentős volt még a gyomor-és szívizom betegségek említése, valamint a magas vérnyomás. Ezek a betegségek kutatásunkban is az elsők között szerepeltek. Szirtes a cigányoknak a „környező lakosságtól” eltérő, említett megbetegedéseit, általánosabban egészségi állapotát az öröklött tényezőkkel, a szociális helyzettel és az elmaradott egészségkultúrával magyarázta (Szirtesi, 1998: 18).

A romák egészségi állapotával foglalkozó írások gyakran hivatkoznak Puporka Lajos és Zádori Zsolt írására (1998). A jelentés a romák szocio-ökonómiai helyzetének elemzése mellett foglalkozik mortalitási, morbiditási kérdésekkel, az életmód és az egészségmagatartás, a szociális kohézió és az anómia kérdéseivel is, a romák egészségi állapotának a strukturális és kulturális magyarázatára törekszik, a témára vonatkozó szakirodalom, és több, kismintás kutatás eredményei alapján. Wilkinson és Kaplan alapján azt állítják, hogy a fejlett országok halálozási arányai nem a GDP-vel, hanem a társadalmon belüli egyenlőtlenséggel állnak kapcsolatban, mely egyenlőtlenségek a magas munkanélküliséggel, a nagyobb bűnözési aránnyal, a munkaképtelenséggel, az alacsony súlyú újszülöttek arányával, a felsőfokú végzettségűek kisebb számával, és az oktatásra fordított alacsonyabb összegekkel is jellemezhetőek (Puporka–Zádori 1998: 10–12). A szerzők két, a hetvenes évek végén lefolytatott megyei elemzés alapján fogalmazzák meg, hogy a cigányok nemcsak társadalmi helyzetük alapján, de egészségi állapotukban is különböznek a nem cigány lakosságtól, így pl. a hetvenes évek végén gyakoribb volt a fertőző és élősdiek okozta megbetegedések, és a légzőrendszer betegségeinek az előfordulása, miközben alacsonyabb a keringési rendszer betegségei. Utalnak arra is, hogy a romák morbiditási struktúrája a hetvenes évek végén a 20, 30 évvel korábbi, összlakossági adatokkal mutatott hasonlóságot (ez magyarázta a fertőző, és emésztőszervi betegségek arányát, valamint a magas perinatális halandóságot), és feltételezték, hogy lényeges változás következett be az elmúlt évtizedekben e területeken; feltételezzük, hogy ez magyarázza az említett eltéréseket is. A szerzők a romák egészségi állapotát alakító tényezőkként kezelik a fertőzések és járványok kérdését, amit a higiénés körülményekkel, és a tájékozottság hiányával magyaráznak. Az életmód hatását emelik ki a tüdőtágulás, az idült hörgőhurut, és az asztma esetében – e területeken viszont nem tapasztaltunk különbségeket, ami a romák egészségi állapotát meghatározó életmód elemek és egészségmagatartás, azaz az etnikai kultúra változatlanul érvényesülő mintáiból fakad. A szenvedélybetegségek kapcsán kiemelik, hogy szakirodalmi adatok alapján a romák körében magasabb az alkoholfüggőség és a dohányzás, mint a nem romák körében, ennek lehetséges okaiként említik a rossz körülményeket, a kirekesztettséget és a másságot. Úgy látják, hogy a szociális kohézió gyengülése és az anómia miatt a hazai cigányság a többségi lakosznál erősebben ki van téve a depressziós eredetű betegségeknek; saját kutatásaink eredményei is ezt igazolják.

Babusik Ferenc vezetésével két kutatás foglalkozott a romák szociális helyzetével és egészségi állapotával. 2002-ben Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 1500 roma háztartás viszonyait vizsgálták (Babusik–Papp é.n.). E kutatás keretében dolgozták ki azt a metodológiát, melynek célja a romák egészségi állapotának a megismerése volt. A tünetekből álló listájuk alkalmas volt a betegségcsoportok azonosítására. Újabb, orszá-

gos kutatásukban is ezt a metodológiát alkalmazták; ekkor 1200 háztartást, és az azokban élő romák szociális helyzetét, iskolázottságát, gazdasági aktivitását, jövedelmét és lakásviszonyait, valamint egészségi állapotukat, az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésüket vizsgálták. Másik, országos kutatásukban a hozzáférési különbségeket elemezték (Babusik–Papp é.n.: 115–223). Megyei és országos kutatásuknak a *betegségarányokra vonatkozó adatai között lényeges eltérés tapasztalható*, ez olykor két, háromszoros különbséget is mutat, ezért az országos elemzésük eredményeit vesszük figyelembe. Saját, 2003-as Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei, lakossági, háztartási kutatásunk eredményei (Filepné et al. 2004), és a 2004-es, ugyancsak a megyében, csak roma háztartások körében folytatott vizsgálatunk eredményei között is hasonló különbségeket tapasztaltunk; e tanulmányunkban ezért a roma háztartásokat vizsgáló kutatásunk eredményeit vesszük alapul.

A Babusik Ferenc vezette kutatócsoport kutatásának eredményei közül tanulmányukban a romák egészségi állapotára vonatkozó eredményekre koncentrálunk, a kutatás más dimenzióit nem elemezzük. Eredményeik alapján az egyes betegségcsoportokat tekintve a *következő területeken érvényesült lényeges eltérés a teljes népesség és a romák között: vakság és csökkentlátás, tbc, sükettség és csökkent hallás, asztma, gyomorfekély, hátgerinc elváltozások, pajzsmirigy betegségek, ischaemiás szívbetegségek, daganatos betegségek* (Babusik–Papp é.n.). Ez azt is mutatja, hogy melyek azok a betegségek, betegségcsoportok, amelyek gyakrabban fordulnak elő a romák körében. A magasabb, alkalmanként tíz, tizenötszörös különbséget két tényezővel magyarázzák Babusikék a szociális helyzet következményeivel – azaz a strukturális okokkal – és a romák egészségmagatartásával, életmódjával, melyre az etnikai kultúra is jelentős hatást gyakorol.

Saját kutatásaink eredményei alapján megfogalmazható, hogy a *szív-, érrendszeri, ezen belül a magas vérnyomás, szívkoszorúér betegség és az agyi keringési zavarok, a gyomor-és nyombélfekély, a látásproblémák, a légzőszervi betegségek, az asztma, valamint az idegi és pszichés betegségek* magasabb arányban fordulnak elő a romák, mint a nem romák között. Hasonló helyzetet tapasztaltak a 2003-as telepi kutatás során is: a megkérdezettek 23 százaléka számolt be szív-és érrendszeri megbetegedésekről, hasonló arányban ideg-és érzékszervi betegségekről, a megkérdezettek egyötöde említette a csontváz-és izomrendszeri betegségeket, 16 százaléka a krónikus légzőszervi, 12 százaléka az allergiás légúti betegségeket (Bényi 2006).

Kutatásaink morbiditási adatai a szív-és érrendszeri betegségek esetében hasonlóak ugyan a teljes népesség körében tapasztalható folyamatokhoz, a *magasabb előfordulási gyakoriság* mellett a Babusik-féle kutatáshoz hasonló területeken tapasztaltunk a *teljes népességtől eltérő betegségstruktúrát*, amit mi is a strukturális (szociális helyzet, iskolázottság, aktivitás, jövedelmi, lakásviszonyok, települési és iskolai szegregáció, munkaerő-piaci diszkrimináció) és kulturális hatások (egészségmagatartás, az egészségre és betegségre vonatkozó vélekedések, hiedelmek és szokások, életmód) érvényesülésével, azok egymást felerősítő hatásával magyarázunk. 2003-as megyei kutatásunk is e területeken jelez szignifikáns eltéréseket a megye roma és nem roma népessége között.⁹ Az elérő adatfelvételi metodikájú kutatások a következő területe-

9 Milyen betegségekkel, panaszokkal fordult orvoshoz, etnikai hovatartozás szerint:

Szívinfarktus: Pearson Chi-négyzet = 7,941, Df = 3, P < 0,447.

ken adnak módot az összehasonlításra, alapvetően a betegségeknek a megkérdezettek által megnevezett területein (saját kutatásainkban erre a „Milyen panasszal, betegséggel fordult orvoshoz” kérdéssel kérdeztünk rá, Babusik Ferencék a betegségek lehetséges tüneteinek a listája révén nyertek adatokat).

11. táblázat Betegségek és panaszok említésének gyakorisága (százalékban)

	Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei kutatások*			A Delphoi Consulting kutatásai**		
	2003-as megyei kutatás		2004-es megyei roma kutatás	B.A.Z. megyei romák	Országos	
	Romák	Nem romák			Romák	Teljes népesség
Magas vérnyomás	34,3	33,3	30,2	12,2	21,0	22,0
Gyomor, vagy nyombélfekély	12,7	7,2	6,2	6,6	17,1	3,0
Asztma	5,9	3,6	4,2	3,6	9,3	1,4
Diabetesz	6,9	8,1	4,0	1,2	5,2	5,8
Májbetegség	3,9	1,6	1,4	1,0	1,5	2,3
Daganat	5,9	2,5	1,2	1,0	3,4	2,0

*Forrás: saját kutatások 2003: 1500 háztartás (ebből roma: 103); 2004: 500 roma háztartás.

**Forrás: Delphoi Consulting: Borsod-Abaúj-Zemplén megyei reprezentatív kutatás (Babusik–Papp é.n.: 15); 1500 roma háztartás, országos reprezentatív kutatás, 1200 roma háztartás (Babusik–Papp é.n.: 64).

MENTÁLIS ÁLLAPOT

Elemzett kutatásunkban a hazai anómia és elidegenedés kutatásokban használt kérdésekkel vizsgáltuk a megkérdezett romák mentális állapotát, az anómiára és az elidegenedésre utaló jeleket, valamint a suicidumra való készletet. Kutatásunknak az anómiára és az elidegenedésre, lelkiállapotra vonatkozó kérdéseit Spéder Zsolt, Paksi Borbála és Elekes Zsuzsanna (Spéder et al. 1998) kutatási alapján terveztük. E kérdések egy részét a hetvenes évektől alkalmazta Andorka Rudolf; Spéderék is e kutatások eredményeivel vetették össze saját eredményeiket. A hivatkozott szerzők a kilencvenes években folytatták kutatásukat, ennél frissebb adatok csak egy nemzetközi vizsgálat eredményei alapján állnak rendelkezésre, ezek alapján megállapítható, hogy a preferenciák alig változtak az elmúlt évtizedben (*Az anómia elterjedtsége...* 2001), ami hosszú távú folyamatok érvényesülésére utal, ezért más adatok híján az 1997-es adatokat hasonlítjuk össze saját kutatásunk megfelelő adataival. A mentális állapot mutatói közül lássuk elsőként az anómiára és az elidegenedésre utalókat.

Anginás roham: Pearson Chí-négyzet = 25,295, Df = 3, P < 0,000.

Magas vércukorszint: Pearson Chí-négyzet = 9,274, Df = 3, P < 0,026.

Krónikus légzőszervi betegségek: Pearson Chí-négyzet = 14,210, Df = 3, P < 0,003.

Asztma: Pearson Chí-négyzet = 12,3, Df = 3, P < 0,006.

Idegrendszeri: Pearson Chí-négyzet = 12,132, Df = 3, P < 0,007.

Pszichés: Pearson Chí-négyzet = 11,724, Df = 3, P < 0,008.

12. táblázat Az anómia és az elidegenedés megnyilvánulásai (százalékban)

Anómia és elidegenedés	1997, ország*		2004, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, roma minta**	
	Teljesen igaz	Részben igaz	Teljesen igaz	Részben igaz
Sorsom alakulását alig tudom befolyásolni	11,1	38,7	17,4	33,4
Gondjaim többségén alig tudok enyhíteni	11,6	33,7	17,6	37,7
Gyakran fontos dolgokban is tehetetlen vagyok	10,1	32,4	19,7	27,3
Problémáimat nem tudom megoldani	8,1	37,3	20,5	24,0
Gyakran érzem magányosnak magamat	9,0	13,6	21,4	18,3

*Forrás: Társadalmi riport 1998: 499.

** Forrás: saját adatfelvétel (N=500).

A mintába került romák az anómiára és az elidegenedésre utaló kijelentéseket sokkal inkább igaznak tartják önmagukra, mint ahogy azt az 1997-es országos kutatás során tapasztalták. Mintánkban minden ötödik személy komoly mentális problémákkal küzd, úgy érzik, hogy tehetetlenek, sorsuk alakulására szinte semmi hatásuk nincs, és problémáikat nem tudják megoldani. Ez kellően megmagyarázza a szomatikus betegségek és tünetek jelentős részét is. A problémáival megküzdeni képtelenek jelentős aránya a roma lakosság egyik súlyos társadalmi problémáját jelenti, ami – a szegénységből, a kirekesztésből, szegregációból és a megkülönböztetésből, az underclass helyzetből következően – a romák jelentős részének jellemző életérzését fejezi ki. Az anómia és az elidegenedés különösen magas a *nők* körében, ami a roma nők fokozott társadalmi hátrányaiból fakad. Az élet anómiás és elidegenedett átélése kellően magyarázza a lelkiállapot problémáit, melyekben összefonódnak a lelki, mentális és szomatikus panaszok.

13. táblázat A lelkiállapot problémáit jelző tünetek elterjedtsége
(az „igen” válaszok százalékos eloszlása)

Anómia és elidegenedés	1997, ország*	2004, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, roma minta**
Gyakran kimerült, letört	51,1	52,2
Gyakori erős szívdobogás	25,7	52,6
Állandóan izgatott, ideges	21,6	40,6
Gyakori remegés	15,3	32,9
Úgy érzi, nincs szerencséje	47,2	57,4
Sokat aggódik az egészsége miatt	33,0	50,3
Összezavarodik, ha egyszerre több tevékenységet kell végeznie	22,7	40,6
Gyakran erős fejfájás	25,4	52,4
Félelmeitől, szorongásaitól nem tud megszabadulni	14,7	36,4

*Forrás: Társadalmi riport 1998: 494.

** Forrás: saját adatfelvétel (N=500).

Az anómia és elidegenedés mutatók kellően magyarázzák a megkérdezett romák kifejezetten rossz lelkiállapot mutatóit. Életük „alapélménye” az állandó izgatottság, kimerültség, aminek következtében nagyon magas a gyakori fejfájásra, az erős szívdobogásra és remegésre utalók aránya. Ennek a lelkiállapotnak és általános egészség-percepciónak egyenes velejárója az aggodalom egészségi állapota miatt, továbbá a kilátástalanság, a szorongás és az összezavarodottság érzése. Ezek a lelki problémák különösen magasak a nők körében. Az anómia és elidegenedés, valamint a kiegyensúlyozatlan lelkiállapot következtében a vizsgált mintában megjelennek az öngyilkosságra, mint lehetséges probléma megoldási módozatra utaló válaszok. Minden huszadik válaszoló el tudná képzelni, hogy öngyilkosságot kövessen el, a férfiak 4,1 százaléka, a nők 2,0 százaléka gondolt erre az elmúlt egy évben, és ugyanekkora részükről már kísérelt meg öngyilkosságot – közülük csaknem mindenki részesült pszichiátriai kezelésben. A férfiak családjainak 6,0 százalékában, a nőkénél a 3,2 százalékában történt már öngyilkossági kísérlet – a suicidumot elkövetők fele meg is halt. Ezek az adatok arra utalnak, hogy az általunk vizsgált roma populációban a magas anómia és a lelkiállapot problémái miatt minden huszonötödik roma felnőtt el tudja fogadni az öngyilkosságot, mint lehetséges probléma megoldási módot.

ÖSSZEGZÉS

A vizsgált roma populációban szoros kapcsolat van a szociális státusz, az etnikai hovatartozás és az egészségi állapot között. Ez azt is jelenti, hogy a mintabeli romák körében tapasztalt szociális és egészségi állapot mutatók csak átgondolt, rendszerszerű „beavatkozások” esetében változhatnak, 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 feltét-

elei által meghatározottak, így az etnikai kultúra értékei is komoly hatást gyakorolnak pl. az egészségképre-és magatartásra. Ebből az következik, hogy a romák egészségi állapotát jelentős mértékben befolyásoló szegénység, etnikai alapú 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, melyek önmagukban is növelik a romák körében tapasztalható anómiás és elidegenedési jelenségeket, hozzájárulhatnak a lelkiállapot egyensúlyzavaraihoz, a mentális problémák magas arányához is.

Elemzéseink másik csoportja a „szegénység etnicizálódására” és az underclass társadalmi helyzetre vonatkozott. Kutatási eredményeink megerősítik a szegénység „eticizálódásának” tézisét, hisz az általunk vizsgált minták többsége a létminimum, és a relatív szegénységi küszöb alatt él. 2003-as, a megyében folytatott kutatásunk is azt mutatta, hogy a szegények között meghatározó csoportot alkotnak a romák, akik ezen túlmenően az underclass társadalmi helyzetet alakító kirekesztődések valamennyi dimenziójában a kirekesztettek között vannak. Iskolai végzettségük alacsony, iskolai szegregációjuk magas, foglalkoztatottságuk szintje alacsony, a települési szegregáció szintje a településeken belül és a települések között („poszt-szocialista gettósodás”, (Ladányi-Szelényi 1997) ugyancsak magas. Más kutatásaink is azt igazolják, hogy a megyében kialakult egy szűk roma vállalkozói elit, valamint egy még szűkebb diplomás és érettségizett középosztály, amely jelentős mértékben külön térszerkezetben él, mint a szegény romák. Ez annak a jele, hogy a megyében élő romák helyzete valóba underclass helyzetű, nem jellemzi az under-caste, vagy a lower class helyzet.

Kutatásunk fontos eredményének tartjuk azt a feltételezésünket, mely szerint az egészségi állapot – mentális állapot *egyszerre következménye a kirekesztődéseknek, és egyszerre a mutatója ennek a helyzetnek.* Ez azt jelenti, hogy a rossz egészségi–mentális állapot részben az (etnikai) kirekesztések következményeként alakul ki, és jelzi magát a kirekesztést is, pl. az anómia és elidegenedés, vagy a lelkiállapot területén, de a szomatikus egészség mutatók területén is, melyek egymással szoros kapcsolatot mutatnak. A „kirekesztések” magukban foglalják a strukturális és kulturális hatásokat és összetevőket; a strukturális hatásokat gyakran az etnikai hovatartozás magyarázza.

IRODALOM

- Az anómia elterjedtsége és a normaszegés elfogadottsága három visegrádi országban: Magyarország, Csehország és Lengyelország 2001. Kelet-közép-európai összehasonlítás.* Budapest: TÁRKI.
- Babusik F.–Papp G. (é.n.): A cigányság egészségi állapota – szociális, gazdasági és egészségügyi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében. <http://www.delphoi.hu>
- Bényi M. (2006): Cigánytelepek Magyarországon, 2003. *Család, gyermek, ifjúság*, 2.
- Csepeli, Gy.–Simon, D. (2004): Construction of Roma Identity in Eastern and Central Europe: Perception and Self-Identification. *Journal of Ethnic & Migration Studies*, 1: 129–150.
- Filepné N.É.–Fónai M.–Fábián G. (2004): A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei népesség szociális helyzete és egészségi állapota. *Szabolcs-Szatmár-Bereg Szemle*, 1: 78–92.
- Forray R.K.–Hegedűs T.A. (2003): *Cigányok, iskola, oktatáspolitikai*. Budapest: Oktatókutató Intézet–Új Mandátum Kiadó.
- Fónai M. (2005): Underclass és etnicitás: a tézis empirikus tesztelése. In Szabadfalvi J. szerk.: *Amabilissimus. A legszeretetremlőbbak egyike. Loss Sándor emlékkönyv*. Debrecen: Debreceni Egyetem Állam-és Jogtudományi Kar, 183–207.
- Fónai M.–Czibere I.–Zolnai E. (2004): Roma, és hátrányos helyzetű nem roma háztartások szociális és egészségi állapot mutatói Hajdúböszörményben. Hajdúböszörmény: Kézirat.
- Fónai M.–Filepné N.É. (2002): Egy megyei romakutatás főbb eredményei. *Szociológiai Szemle*, 3: 91–116.
- Fónai M.–Pénzes M. (2006): A roma lakosság szociális helyzetének és egészségi állapotának néhány mutatója. *Szabolcs-Szatmár-Bereg Szemle*, 2: 123–148.
- Gábos A.–Szívós P. (2004): Szegénység Magyarországon az EU-csatlakozás küszöbén. In Kolosi T.–Tóth I.Gy.–Vukovich Gy. szerk.: *Társadalmi riport 2004*. Budapest: TÁRKI, 96–121.
- Gyukits Gy. (2000): A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In Horváth Á.–Landau E.–Szalai J. szerk.: *Cigánynak születni. Tanulmányok, dokumentumok*. Budapest: Aktív Társadalom Alapítvány–Új Mandátum Könyvkiadó, 471–489.
- Háztartás-statisztikai közlemények 27.* (2005) Budapest, KSH.
- Horváth Á.–Landau E.–Szalai J. szerk.: *Cigánynak születni. Tanulmányok, dokumentumok*. Budapest: Aktív Társadalom Alapítvány–Új Mandátum Könyvkiadó.
- Kapitány B.–Spéder Zs. (2004): *Szegénység és depriváció. Társadalomszerkezeti összefüggések nyomában*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Kemény I.–Janky B.–Lengyel Gy. (2004): *A magyarországi cigányság 1971–2003*. Budapest: Gondolat–MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet.
- Kligman, G. (2001): On the Social Construction of „Otherness”: Identifying „the Roma” in Post-Socialist Communities, In Szelényi, I. ed.: *Poverty, Ethnicity, and Gender in Transitional Societies*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 61–78.
- Kósa, Zs.–Széles, Gy.–Kardos, L.–Kósa, K.–Németh, R.–Ország, S.–Fésüs, G.–McKee, M.–Ádány, R.–Vokó, Z. (2007): A Comparative Health Survey of the Inhabitants of Roma Settlements in Hungary. *American Journal of Public Health*, 5: 853–859.
- Ladányi J.–Szelényi I. (1997): Szuburbanizáció és gettósodás. *Kritika*, 7: 4–11.
- Ladányi, J.–Szelényi, I. (2001): The Social Construction of Roma Ethnicity in Bulgaria, Romania and Hungary during Market Transition. In Szelényi, I. ed.: *Poverty, Ethnicity, and Gender in Transitional Societies*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 79–90.
- Ladányi J.–Szelényi I. (2002): Cigányok és szegények Magyarországon, Romániában és Bulgáriában. *Szociológiai Szemle*, 4: 72–95.
- Ladányi J.–Szelényi I. (2004): *A kirekesztettség változó formái. Közép-és délkelet európai romák történeti és összehasonlító szociológiai vizsgálata*. Budapest: Napvilág Kiadó.

- Lewis, O. (1961): *Sanchez gyermekei*. Budapest: Európa Kiadó.
- Mitev, P.E. (2001): Dynamics of Poverty. In Szelényi, I. ed.: *Poverty, Ethnicity, and Gender in Transitional Societies*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 11–37.
- Nazroo, J.V. (2003): The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *American Journal of Public Health*, 2: 277–284.
- Neményi M. (2000): Az egészségre ható tényezők strukturális, etnikai és kulturális összefüggései. MTA Kézirattár.
- Neményi M. (2005): Szegénység – etnicitás – egészség. In Neményi M.–Szalai J. szerk.: *Kisebbségek kisebbsége*. Budapest: Új Mandátum Kiadó, 152–193.
- Neményi M.–Szalai J. szerk. (2005): *Kisebbségek kisebbsége*. Budapest: Új Mandátum Kiadó.
- OLEF 2003 gyorsjelentés*. Budapest: Egészségügyi Minisztérium, .
- Östlin, P.–Sen, G.–George, A. (2004): Paying Attention to Gender and Poverty in Health Research: Content and Process Issues. *Bulletin of WHO*, 82(10).
- Puporka L.–Zádori Zs. (1998): *A magyarországi romák egészségi állapota*. Budapest: Roma Sajtóközpont.
- Smith, G.D.–Chaturvedi, N.–Harding, S.–Nazroo, J.–Williams, R. (2000): Ethnic Inequalities in Health: A Review of UK Epidemiological Evidence. *Critical Public Health*, 4: 375–408.
- Spéder Zs. (2002): *A szegénység változó arcai. Tények és értelmezések*. Budapest: Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság–Századvég Kiadó.
- Spéder Zs.–Paksi B.–Elekes Zs. (1998): Anómia és elégedettség a 90-es évek elején. In Kolosi T.–Tóth I.Gy.–Vukovich Gy. szerk.: *Társadalmi riport 2004*. Budapest: TÁRKI, 490–514.
- Szelényi, I. ed. (2001): *Poverty, Ethnicity, and Gender in Transitional Societies*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Szirtesi Z. (1998): *A cigányság egészségügyi helyzete*. Budapest: Agroinform Kiadó.
- Szuhay P. (1999): *A magyarországi cigányok kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája*. Budapest: Panoráma.
- Wilson, W.J. (1987): *The Truly Disadvantaged. The Inner City, the Underclass and Public Policy*. Chicago: The University of Chicago Press.