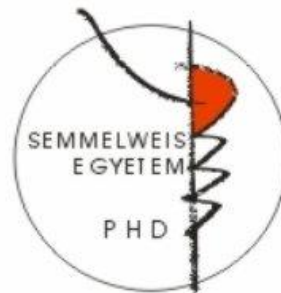


Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra

Doktori értekezés

Dr. Csépe Péter

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Vokó Zoltán egyetemi docens, Ph.D.

Hivatalos bírálók: Dr. Makara Péter egyetemi docens, Ph.D.
Dr. Mucsi István egyetemi docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Kopp Mária egyetemi tanár, DSc.
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Sándor János egyetemi docens, Ph.D.
Dr. Vingender István főiskolai tanár, Ph.D.

Budapest

2010

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS, IRODALMI ÁTTEKINTÉS	4
1.1. A hátrányos helyzet fogalma és jellemzői	4
1.2. A prostituált populáció általános jellemzői.....	9
1.3. A homoszexuális populáció általános jellemzői	13
1.4. A roma populáció általános jellemzői	20
1.5. A magyarországi roma populáció demográfiai jellemzői.....	27
1.6. A magyarországi roma populáció egészségi állapota	31
2. EGYES HÁTRÁNYOS HELYZETŰ CSOPORTOK EGÉSZSÉG- MAGATARTÁSÁT FELMÉRŐ SAJÁT KUTATÁSOK BEMUTATÁSA	37
2.1. Utcai prostituáltak AIDS-szel kapcsolatos ismeretei, magatartása és attitűdje ...	37
2.2. HIV/AIDS kockázatos viselkedés budapesti homo/biszexuális férfiaknál.....	41
2.3. Kockázati tényezők, egészségi állapot és a roma etnikum összefüggése.....	52
3. ROMA POPULÁCIÓK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK JAVÍTÁSÁT CÉLZÓ NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMOK BEMUTATÁSA ÉS KRITIKAI ELEMZÉSE	60
3.1. Modellprogram a HIV fertőzés megelőzésére egy roma közösségben.....	60
3.2. Idős romák egészségklub hálózata három dunántúli megyében	66
3.3. Modellprogram a roma populációban ajak és szájüregi daganatok szűrővizsgálatára.....	75
4. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK: EPIDEMIOLOGIAI ÉS ANTROPOLÓGIA MÓDSZEREK HASZNÁLATA EGYES HÁTRÁNYOS HELYZETŰ POPULÁCIÓK EGÉSZSÉGFELMÉRÉSÉBEN ÉS EGÉSZSÉGMEGŐRZÉSÉBEN	79
5. ÖSSZEFOGLALÁS - SUMMARY	86
ÁBRÁK, TÁBLÁZATOK	88
IRODALOMJEGYZÉK	99
SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	111
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	115

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

EU	Európai Unió
i.e.	Időszámításunk előtt
MTA	Magyar Tudományos Akadémia
EBESZ	Európai Biztonsági és Együttműködési Szervezet
OSI	Nyílt Társadalom Intézet
HIV	Humán Immundeficiencia Vírus
AIDS	Szerzett Immunhiányos Szindróma
UNAIDS	Az Egyesült Nemzetek Szervezetének HIV/AIDS programja
NEVI	Nemzeti Egészségvédelmi Intézet
OEFI	Országos Egészségfejlesztési Intézet
WHO	Egészségügyi Világszervezet
UAI	Unprotected Anal Intercourse (Védekezés Nélküli Anális Közösülés)
IKT	Interkvartilis tartomány
MT	Megbízhatósági tartomány
OLEF	Országos Lakossági Egészségfelmérés
TRE	Telepi Roma Egészségfelmérés
C-POL	Community Popular Opinion Leader (Közösségi Véleményformáló Személy)

1. BEVEZETÉS, IRODALMI ÁTTEKINTÉS

1.1. A hátrányos helyzet fogalma és jellemzői

A hátrányos helyzetet szociológiai és epidemiológiai tanulmányokban a kutatók legtöbbször a kedvezőtlen gazdasági tényezők külön-külön vagy együttes fennállásával jellemzik (1.). A hátrányos helyzetű személy, család vagy csoport jellemzően alacsony jövedelemmel rendelkezik, amelynek nagy része vagy akár teljes egésze segély, nyugdíj, vagy alkalmi munka után járó juttatás. A szociálisan hátrányos helyzetűek lakáskörülményei szűkösek, általában kis lakásban többen élnek együtt, az egy személyre jutó alapterület csekély. A lakhatási feltételek egészségtelenek (vizes, salétromos falak, alagsori lakás, szükséglakás, szuterén, putri), rossz a felszereltség (konyha, fürdőszoba, beltéri WC, alapvetőnek tartott háztartási készülékek hiánya). A hátrányos helyzet kialakulásához hozzájárul, sőt okozhatja azt az alacsony iskolai végzettség, a szakképzettség hiánya vagy olyan szakképzettség, amelynek aktuálisan nincs munkaerő-piaci értéke. Kialakulásában fontos szerepet játszanak a deviáns környezet szocializációs ártalmai, például alkoholista vagy drogfüggő hozzátartozók és/vagy barátok, játékszenvedély és következményei, az egészségi vagy szociológiai értelemben ép család hiánya (például csonka család, beteg, vagy korlátozott képességű szülők), Hátrányos helyzetűek az állami gondozásba vett illetve onnan kikerült fiatalok. A hátrányos helyzet ezen definíciója az életkörülményekre és az életminőségre összpontosít. A munkanélküliség, a szociális adaptáció nehézsége, az etnikai kisebbséghez tartozás növeli a hátrányos helyzet kialakulásának esélyeit (2.).

Hátrányos helyzetűek mindazok az egyének, illetve az általuk alkotott csoportok, populációk, melyek az őket körülvevő többségi populáció átlagától kedvezőtlen vagy kedvezőtlen következményekkel járó irányban, jelentős mértékben eltérnek biológiai-szomatikus, szellemi-lelki vagy szociális-gazdasági szempontból. Hátrányos helyzetűek közé tartoznak a társadalom periferiájára szorultak, mindenekelőtt a szegények, a munkanélküliek, egyes etnikai kisebbségek, szexuális magatartásuk miatt kisebbségben lévők, a gyakori diszkriminációnak kitett csoportok, így például a romák, a homoszexuálisok és a prostituáltak. A hátrányos helyzetű csoportokat vulnérabilis populációnak is nevezhetjük, mert az átlagosnál kedvezőtlenebb egészségmagatartásuk,

az őket ért megkülönböztetés, kirekesztés és az ezzel járó negatív stressz testi-lelki-szociális egészség szempontjából sérülékennyé teszi őket. A különböző csoportok között gyakoriak az átfedések: a romák általában szegények, a homoszexuálisok között lehetnek prostituáltak, a prostituáltak között romák; a társítások számtalan változatban fordulhatnak elő. Egyes hátrányos helyzetű vagy potenciálisan hátrányos helyzetű csoportok, például a testi fogyatékosok, a gyermekek, a nők, a hajléktalanok és a menekültek csoportjaival az értekezés nem foglalkozik. Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy e populációk hátrányos helyzetét nem tartjuk fontosnak, de a kutatások és egészségfejlesztő programok, melyekre az értekezés épül a prostituáltak, a homoszexuálisok és a romák egészségi állapotára és egészségmagatartására irányultak.

A hátrány az átlagos szociális szerep betöltésére való egyéni képtelenséget jelenti, a hátrányos helyzet általában a társadalommal való kommunikáció során jelenik meg. A hátrányos helyzet nem magánügy: a kapcsolatos problémákat, így az egészségügyi problémákat társadalmi szinten kell megoldani. Itt kell megemlíteni az utóbbi időben mind a szakirodalomban, mind a köznyelvben gyakran használt kifejezést, a „másságot”. Egy leegyszerűsítő meghatározás szerint „a hátrányos helyzet nem más, mint maga a másság”. A másság relatív fogalom, csak a normativitás fogalmával együtt értelmezhető. Mondhatjuk, hogy statisztikai értelemben a norma az átlag, a másság pedig a szórás. A másság tudata a másságot hordozó személyt (legyen az szegény, etnikai kisebbséghez tartozó vagy a többségtől eltérő szexuális magatartású), taszítóvá teheti, szegregációs viselkedésformákat válthat ki, pszichés problémákat például büntudatot válthat ki. A másság érzetét jelentős részben a kirekesztés, a másság el nem fogadása, a kulturálisan korlátozott környezet hozza létre és termeli újra. A közgondolkodás egyik mutatója, hogy mennyire toleráns a többség a hátrányos helyzetűekkel, például az etnikai vagy szexuális kisebbségekkel. A közösség, a társadalom kulturális sajátosságai határozzák meg a társadalomban jelenlévő tolerancia szintjét. Az eredményes beilleszkedés szükséges, de nem elegendő feltétele a megfelelő szintű tolerancia, illetve az intézményes segítség (3.). A diszkrimináció az egészségügyben legtöbbször az egyéni interakciók szintjén (az elszenvedők által azonnal vagy később felismert módon), elsősorban az aránytalan bánásmódban valósul meg. Ennek megváltoztatásához hatékony módszerek tekinthető az egészségügyi dolgozók kommunikációs és másság-elfogadási képességeinek fejlesztése. A szükséges

háttér az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló törvény (2003. évi CXXV. törvény) mellett a társadalmi szintű, másság elfogadást segítő programok működtetése, valamint a meglévő emberi és betegjogi törvények betartása lehet.

A kereszténység előtti ókori etika az ént helyezte a középpontba, a (mai terminológia szerinti) hátrányos helyzetűeket magukra hagyták, kiközösítették, sőt bizonyos korokban és helyeken egyszerűen elpusztították (4.). A másikkal való törődés fontosságát, a szeretet jelentőségét a kereszténység fogalmazta meg először az európai kultúrában, mint ahogyan ezt Pál apostol leveleiben is olvashatjuk. A keleti kereszténységben az elesett, gyenge, beteg és szegény embertársak gyámolítása feladatként már a legkorábbi szerzetesi szabályzatokba is bekerült, bár például Remete Szent Antal (251-356) mozgalma idején még nem kapcsolódott szorosan a szerzetesi életformához. Nagy Szent Vazul (330?-379) idejében már látunk erre példát. A nyugati kereszténység körében az 529-ben alapított Benedek-rendben kezdettől fogva együtt jelentkezett a szerzetesi életforma a hátrányos helyzetűeknek nyújtott különböző szolgáltatásokkal. Az érett középkor második felében néhány jelentős személyiség és a szerzetesek mellett a lovagrendek lettek a gyengék és rászorulókat oltalmazói, védelmezői (5.). A középkorban az öngondoskodáshoz tartoztak a különböző bányatársládák, melyek célja a betegekről, özvegyekről és árvákról való gondoskodás volt. Magyarországon az első bányatársláda 1496-ban Thurzó János bányájában alakult. A hátrányok kompenzálására történő kísérletek mindazonáltal esetlegesek voltak, intézményessé, feladatszerűvé jóval később, az abszolút, az alkotmányos, majd a parlamentáris monarchia során váltak. Ezen államformák világi intézményrendszerében helyet kaptak a „kegyes cselekedeteket” gyakorló intézmények is, melyek gondoskodtak a szegényekről, az árvákról, az özvegyekről és a betegekről. Az újkorban a társadalmi egyenlőség gondolatát a francia Felvilágosodás korában vetették fel először. A polgári forradalmak korát követően az államok törekedtek is ennek megvalósítására. A társadalmi egyenlőség megteremtésére tett kísérletek kudarca már akkor azt mutatta, hogy a hátrányokat csak bizonyos mértékig lehet kiegyenlíteni, a cél inkább csak az egyenlőség esélyének megteremtése lehet (6.). A későbbiek során az állam bizonyos mértékű visszavonulása megerősítette a civil szerveződéseket: a közös gondokkal

küzdők megtalálták egymást, szervezeteik alakultak, együtt próbálták meg problémáikat orvosolni.

Az Európai Unióban az 1990-es évek második felétől erősödött fel a szegénység, a társadalmi kirekesztődés miatt fenyegetett társadalmi csoportok iránti érdeklődés. Az 1999-ben hatályba lépett Amszterdami Szerződés arról rendelkezik, hogy a társadalmi kirekesztődés elleni harcnak az Európai Unió (EU) új szociálpolitikai törekvésévé, az európai szociális modell egyik alappilléreivé kell válnia. 2000-ben Nizzában az EU határozatot hozott a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem célkitűzéseiről, 2001 decemberében pedig az Európa Tanács ülése elfogadta a társadalmi kirekesztés, szegénység mérésére szolgáló mutatószámokat („Laeken indikátorok”), ugyanakkor meghirdette a szegénység és társadalmi kirekesztődés elleni stratégiáját.

Hazánkban a halmozottan hátrányos helyzet következményei az 1970-es évektől rejtetten, majd az 1980-as évektől egyre hangsúlyosabban, súlyos társadalmpolitikai problémaként jelentkeztek. A 1970-es években a jelenséget elfedte, hogy a gazdaság fejlődésének eredményeként bővült a különböző társadalmi szolgáltatásokban részesülők száma, szélesebbé váltak a felemelkedés útjai. Az 1980-as évek elejére azonban kikerülhetetlen problémává vált a társadalom peremére szorult rétegek és csoportok helyzete, egyre több hátránnyal kellett szembenéznük. A kirekesztődés társadalmi súlyának felismerését mutatták a korabeli szegénység-vizsgálatok, valamint azon elméleti kutatások és empirikus törekvések, melyek az egyén és a környezet felelősségének problémáit elemezték. A többszörösen hátrányos helyzet és a depriváció fogalma is akkor jelent meg. Az 1980-as években fokozatosan, majd az 1990-es években radikálisan felgyorsult a társadalom piacgazdasági átalakulása, melynek terhei aránytalanul sújtották mindazokat a társadalmi rétegeket, melyek nem tudtak alkalmazkodni az új helyzethez. A társadalmi-gazdasági változások elősegítették az új egyenlőtlenségek kialakulását és a meglévők elmélyülését. Egyes társadalmi csoportok olyan elszigetelődési, lecsúszási folyamatnak lettek áldozatai, amely többszörösen hátrányos helyzetet, kirekesztődést, egyre mélyülő elszegényedést hozott számukra. Közöttük aránytalanul magas a romák részesedése. Különböző felmérések azt mutatják, hogy napjainkban a népesség jelentős része az átlagjövedelemnél kevesebb összegből

gazdálkodik, közel egyharmada pedig a létminimum szintje alatt áll. 2008-ban a segélyezették száma kétmillióra volt tehető. Sok hátrányos helyzetű ember a segélyezésből is kimarad információhiány, szegényérzet vagy egyéb okok miatt.

Magyarország 2004-ben csatlakozott az Európai Unióhoz. Még abban az évben az Unió elvárásának megfelelően dolgozta ki a társadalmilag hátrányos helyzet és a társadalmi kirekesztődés elleni programját, majd 2005-ben megkezdődött a program megvalósítása. A szegénység kezelési módszerei ugyanakkor elégtelennek bizonyultak. A szociális ellátórendszer jelenleg is képtelen számos gondra megfelelően válaszolni, és sokszor nem tud megoldást nyújtani az élethelyzetekben bekövetkező változásokra. Ezen a téren az utóbbi évtizedben alig volt érdemi változás. A szociális jövedelmek (elsősorban a segélyek) enyhítették ugyan a kedvezőtlen helyzetet, de nem biztosítottak elfogadható megélhetést, így csak a problémák felszínes, tüneti kezelésének bizonyultak. A hátrányok halmozott jelenléte gátolta és gátolja az egyéni felemelkedési lehetőségeket. Azok a gyermekek, akik halmozottan hátrányos környezetbe és a köré szövődő rossz szociális rendszerbe születnek, szüleikhez hasonló hátrányokkal kezdik az életüket. A hátrányok nemzedékeken át éreztetik hatásukat. A helyzet romlásának és krónikussá válásának legfontosabb okai az alacsony iskolázottság, a szakképzettség hiánya, a munkanélküliség, a szegénység, a területi egyenlőtlenségek erősödése és a lakhatási körülmények megoldatlansága.

A társadalmi-gazdasági környezet, a szociális helyzet és a velük szorosan összefüggő életmódbeli jellemzők döntő hatással vannak az életminőségre, valamint az egészségi állapotra. A hátrányok következménye lehet a betegségek korai kialakulása, a rokkanttá válás, az idő előtti elhalálozás. A halmozottan jelentkező hátrányok következményei markánsan kifejeződnek a mortalitási és morbiditási mutatókban, például a hátrányos helyzetű férfiak egészségi mutatói szignifikáns eltérést mutatnak az azonos korosztályú nem hátrányos helyzetű férfiakéhoz viszonyítva: magasabb közöttük a betegek, rokkantak és az elhaltak gyakorisága, egészségügyi ellátásuk is kedvezőtlenebb. A hátrányos helyzetűek befogadását elősegítő társadalmi intézmények nem képesek hatékonyan kezelni a problémát. A betegségek következményei többnyire az egészségügyi szolgálatot terhelik, amely nem alkalmas az alapvető okok megoldására.

Azok kezelése nemcsak a szolgálat lehetőségeit, de feladatait is meghaladja. Az életmóddal befolyásolható betegségek megelőzése túlmutat a közvetlen betegellátáson és a preventív medicina adta lehetőségeken. Egy, a hátrányos helyzetűeket bevonó Baranya megyei morbiditási vizsgálat szerint kiugróan magas volt a pszichoszomatikus kórképek aránya (40,6%), ezt követték a neurotikus és depressziós kórképek (20,5%). Az alkoholizmus előfordulása a klinikai kép alapján 13,4% volt. Összességében a vizsgáltak 60,7%-a volt betegnek tekinthető, 16,5%-uknál kettő vagy annál több betegség is előfordult. Paradox módon a társadalmi létrán feljebb kerültek csoportjában a betegség aránya lényegesen magasabb (72%) volt, mint pszichológiai és szociális okok miatt az eredeti helyzetükben megmaradtak csoportjában (40,7%). Az előrejutók csoportjának adatai azt mutatták, hogy a felnőtt korban tett pótlólagos erőfeszítések eredményeként megvalósuló előrejutás szinte természetes velejárója („ára”) valamilyen pszichoszomatikus megbetegedés (7.). A személy azzal, hogy kilépett eredeti közegéből olyan distresszként ható életmódot és személyközi kapcsolatokat vállalt, amelyek feldolgozására, elviselésére korábbi szocializációs problémái miatt csak fokozott erőfeszítéssel volt képes (ha egyáltalán képes volt). A betegségek háttérében döntő kóroki szerepe lehet olyan, a mindennapi élet okozta stressznek, melyet az egyén konfliktus megoldó stratégiáival feldolgozni nem tud, ám hosszú ideig elviselni kényszerül. A krónikus stressz olyan többletterhet jelent számára, amelynek megbetegítő hatása szervi károsodásban is jelentkezhet. Szerepet játszanak ebben a korai szocializációs folyamat zavarai, az indulatkezelési mechanizmusok hiányosságai, valamint azon szociális támogató tényezők, mindenekelőtt az interperszonális viszonyok elégtelensége, amelyek az egyénnek lehetővé teszik a feszültségek adaptív feldolgozását. További tényezőként az életmódbeli sajátosságok, az egészségmagatartással összefüggő kockázatok emelhetők ki. A felsorolt oki tényezők összefüggenek egymással, gyakran egymást erősítik.

1.2. A prostituált populáció általános jellemzői

A prostitúció fizetség ellenében nyújtott szexuális szolgáltatás. A prostituált szó a latin „prostituo, -ere, stitui, stitutus” igéből származik, jelentése: kiáll, árul, árulja magát. A papnőkre alkalmazott sumér nyelvű kifejezés jelentése: szent szajha. Az ókor számos kultúrájában találkozunk a szakrális, valláshoz kötődő prostitúció jelenségével. A

templomi prostituáltakat az általuk szolgált istennő időleges megtestesülésének tekintették, aki szeretkezés közben fizető vendégét is „isteni állapotba” emelte, a fizetség, mint áldozati adomány a templomé lett. A prostitúció irodalmi adatok szerint létezett már – hogy csak néhány példát említsünk - az ókori Egyiptomban (elsősorban Amon isten és Bászset istennő kultuszához kapcsolódva), az antik Görögországban (Aphrodité korinthuszi templomában előfordult, hogy egyidejűleg ezer prostituált is tevékenykedett), Rómában, Indiában, Kínában valamint Japánban. A keresztény középkor szintén ismerte a prostitúciót, amely gyakran a templomok közelében levő bordélyokban virágzott. A szifilisz 1500 körüli váratlan és gyors terjedése után a prostitúciót közegészségügyi és társadalmi szempontból egyre inkább fenyegetőnek ítélték, így Európa számos országában több hivatalos korlátozó rendelkezést hoztak (8.). Néhány országban bezárták a bordélyházakat (bár ezzel az utcai prostitúció terjedését segítették), máshol rendszeres orvosi vizsgálatokat vezettek be a prostituáltak számára (9.). A XVIII. században, amely a szekularizáció kezdetét is jelentette, a nemi erkölcs általában szigorodott, a prostitúciót élesen elítélték, de ezzel együtt paradox módon egyre inkább a mindennapi élet részévé vált, nőttek az igények, ezért több nő és lány, sőt fiú kényszerült prostitúcióra. A prostitúció a XX. század elejére jelentős, de sokszor elfojtott szociális problémává nőtt. A gazdasági problémák, a szegénység hozzájárultak a prostituáltak számának növekedéséhez. A mai világban a prostitúció helyzete országonként igen különböző. Van, ahol bűncselekmény van, ahol a szexuális szolgáltatásokat igénybe vevőket büntetik meg (például Skandináviában, de ez utóbbi lehetőség újabban hazánkban is felvetődött). Több országban a prostitúció teljes egészében kivonja magát a törvényes ellenőrzés alól, de Hollandiában foglalkozásként ismerik el, Németországban pedig a szex-munkások (itt jegyezzük meg, hogy ma ez a prostituáltak egyik politikailag korrekt megnevezése, bár többen azt állítják, hogy a prostituáltak tulajdonképpen szexuális szolgáltatásra erőszakkal kényszerített áldozatok) társadalombiztosításban is részesülnek.

A prostitúció történetének egyik legfontosabb tanulsága, hogy nem lehetett és úgy tűnik, nem lehet megszüntetni. Mindig létezett és lesz is többek között azért, mert az emberek közötti gazdasági és hatalmi különbségek állnak fenn. Az anyagi szükség hatására a prostituáltak száma általában növekszik, jobb életfeltételek esetén pedig csökken. Valószínűleg kevesebb a prostituált ott, ahol a nőknek jobb kereseti lehetőségei vannak,

és ahol a munkában több jogot és nagyobb képzési esélyt biztosítanak nekik. Kevesebb a prostituált az olyan társadalmakban, ahol a férfiak és nők saját kezdeményezésük alapján könnyen egymásra találhatnak akár alkalmi kapcsolat létesítése céljából. A keretfeltételek melyek között a prostitúcióra sor kerül, megváltoztathatók. Szabályozható a helyszín, mely lehet utca (kijelölt terület), bordély, bár vagy telefonos, internetes szolgáltatás. Változhat a jogi szabályozás a tiltás, a túrés és az engedélyezés között, mint említettük akár foglalkozásként is elismerhetik (általában orvosi ellenőrzés mellett).

A szexológia a prostitúciót kezdettől fogva központi kérdésként kezelte, a prostitúcióban találkozunk ugyanis a szexuális tevékenység biológiai igénye, valamint az igények kielégítésének sajátos, ősi, mondhatnók kulturális megformálása. Ezért a jelenség vizsgálata a természet- és társadalom-kutatók együttműködését igényelte. Wilhelm von Humboldt (1767-1835) szerint a függőség az egész problémakör kulcsfogalma: a női nem messzemenően függ a férfi nemtől, nemcsak gazdaságilag, hanem politikailag és kulturálisan is, ezt többnyire kiegészíti a pszichológiai függőség (10.). A prostitúció-ipart évtizedek óta, napjainkban is jelentős részben behálózza a szervezett bűnözés, például a drog- és nőkereskedelem, ez igencsak megnehezíti a területen végzett kutatásokat (11.).

1950-ben a kommunista kormányzat Magyarországon „megszüntette” a prostitúció intézményét. Bezárták a bordélyházakat, a lányokat átképezték más foglalkozásra. Ugyanezen évben Magyarország aláírta a New York-i Egyezményt, amelyben garantálta a prostitúció és nőkereskedelem felszámolását. Ennek ellenére nem hivatalosan és szoros rendőri felügyelet alatt dolgozhattak a lányok. A 1970-es években a liberálisabbá váló társadalmi légkör és a növekvő idegenforgalom hatására számuk egyre nőtt. Az 1989-es rendszerváltást követő társadalmi polarizáció, a növekvő munkanélküliség és az új, keleti drog- és fegyverpiacok terjeszkedése következtében a prostitúció robbanásszerű mértéket öltött Magyarországon. Mivel a kormányzat és a társadalom képtelen volt ezt megfékezni, felmerült a nyilvánosházak újbóli megnyitásának gondolata. A New York-i Egyezményt ezt nem teszi lehetővé, kikerülése azonban lehetséges: az 1980-as években ún. „masszázsszalonokat” hoztak létre. A „vállalkozások” a hatóságok előtt fő tevékenységükként az „egészségügyi masszázst”

jelölték meg, de mindenki számára nyilvánvaló volt, hogy az ott dolgozó lányok szexuális szolgáltatást nyújtanak. Az 1990-es években a prostitúció fő munkaterülete áttevődött a városok perifériájára, be- és kivezető útjaira, az országutakra és kamionparkolóba. Az Alkotmánybíróság döntése alapján a szexuális aktust illetően mind a lányoknál, mind a fiúknál a betöltött 14. életév a beleegyezési korhatár. Budapest egyik rendőrkapitányának nem hivatalos állítása szerint a fővárosban 2004-ben körülbelül 1000 bordély üzemelt (nem ismert, hogy a becslésnek mi volt az alapja, elképzelhető hogy a lakásokban dolgozó, és/vagy a telefonon és interneten „rendelhető” lányokat is ide sorolta). Korábban Magyarországon a prostitúció szabadságvesztéssel sújtott büntetést vont maga után. Ma a települések által kijelölt türelmi zónákban, ezek hiányában a védett zónán kívül legálisan folytatható tevékenység. Védett övezet például a közút, a népképviselői, igazságszolgáltatási szervek, diplomáciai képviselők, köz- és felsőoktatási, köznevelési, feladatok ellátására rendelt épületek környéke, személyforgalom célját szolgáló terminálok és a kegyhelyek. Magyarországon a szex-munkások kiválthatnak (pontosabban az erre vonatkozó törvény szerint ki kell váltaniuk) vállalkozói igazolványt, és háromhavonta kötelező, térítéses szűrővizsgálaton kell részt venniük. Egyéni vállalkozóként adóznak és járulékot fizetnek, biztosítottként ingyenes egészségügyi ellátásra és nyugdíjra jogosultak (15.). A prostitúció jogi szabályozása a szervezett bűnözés elleni törvény keretében történik. Megjegyzendő, hogy a szex-munkásoknak csak töredéke legalizálta működését.

A magyarországi prostitúció szerkezete jelentősen változott a XX. század utolsó éveiben (a század első harmadával összehasonlítva). Nemcsak a nők, hanem a férfiak is nagy számban dolgoznak a szex-iparban. A férfi prostitúció csoportosítható aszerint, hogy azonos, vagy ellenkező neműek számára ajánlják fel szolgáltatásaikat. A prostituáltak között, hasonlóan a társadalom más csoportjainak tagozódásához, megfigyelhető egy bizonyos hierarchia. A csúcson lévő elit kisszámú: elegáns, intelligens, több nyelvet beszélő lányok („call-girl”) tartoznak ide, őket követik a zárt klubok vagy szalonok alkalmazottai, majd az úgynevezett „társközvetítők” segítségével rendelkezésre állók, utánuk a „peep-show”-ban, bárókban dolgozó lányok és fiúk; végül (a legnagyobb számban) az utcán, országúton, parkolóban olcsó szolgáltatást nyújtó szex-munkások következnek (12.). Korábbi vizsgálatunkban ez utóbbi, leghátrányosabb

réteggel foglalkoztunk, ezért részletesebben ismertetjük a budapesti utcai prostitúciónak a XX. század utolsó éveiben kutatott szociológiai hátterét.

Az 1980-as évek fokozatosan átalakuló társadalmában hazánkban is szabadabb lehetőséget biztosított az utcai és az egyéb helyszíneken folyó prostitúciónak. Hangsúlyozottabbá vált a politikai, gazdasági változás, megindult a szabadpiaci verseny, a magánosítás. Megjelentek a piacgazdálkodással járó negatív jelenségek, így például a munkanélküliség (13.). Mindez a szabadossággal együtt elősegítette a prostitúció terjedését. A szexuális szolgáltatást nyújtók kockázatos magatartása nemcsak a szexuális úton fertőző betegségek terjedésével jár együtt, hanem a szex-munkás életmódját kísérő, azt elviselni segítő legális és illegális kábítószeres (dohány, alkohol, különböző drogok) használatával, és a szervezett bűnözés elterjedésével is. A rendszerváltozás első éveiben a politika nem támogatta a prostitúciót vizsgáló kutatási programokat. Később HIV/AIDS járvány terjedése, a hepatitisz B és C fertőzöttek számának emelkedése Magyarországon is fontosabbá tette a prevenciót, illetve az ezzel kapcsolatos kutatásokat, így lehetőség nyílt a szexualitással összefüggő kérdések alaposabb tanulmányozására. Az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában és egyes fejlődő országokban korábban epidemiológiai felmérés és kulturális antropológiai tanulmány írta le a kockázatos szexuális magatartást kiváltó tényezőket, így a szociális, a pszichés és a népegészségügyi faktorok gyakoriságát, valamint morbiditásban és mortalitásban játszott szerepét (14.), az 1990-es évek közepétől Buda Béla és Szilágyi Vilmos nálunk is több hasonló vizsgálatot végzett.

1.3. A homoszexuális populáció általános jellemzői

Az emberek neme többféleképpen is leírható: egyrészt genetikailag (vagyis milyen nemi kromoszómákat hordoz), másrészt hormonálisan (milyen hormonokat termelnek az ivarmirigyek), harmadrészt anatómiai (külső jegyek alapján), ezen kívül pszichológiailag (minek érzi, tartja, tudja magát), valamint a nemi szerep szerint. Az öt tényező nem mindig esik egybe, többek között ez teszi a kérdést sokváltozósá és bonyolulttá.

A homoszexualitás valószínűleg egyidős az emberiséggel, ezt bizonyítja számos ókori művészi ábrázolás. Görögországban Érosz (az érzelmek, a szeretett lény erkölcsi javulásán munkálkodó akarat és a szellemi tisztaság istene) örködött az ilyen szerelmek

felett. A homoszexualitást (fogalomhasználatukban: pederasziát) a heteroszexualitásra való természetes felkészülésként, oktató és beavató tevékenységként élték át, amelynek során a fiúból kiűzték női felét és ezután felkészített férfiként léphetett a házasesetbe. Az i.e. V. századtól kezdődően a szigorú szabályozás szabadosabbá vált, egyre gyakrabban fordult elő, hogy két férfi csak az élvezetért kereste az intim kapcsolatot. E változás elleni tiltakozásként írta Platón a Törvények című munkájában a következőket: "...meg kell gondolnunk, hogy a női és a férfiúi természetnek, ha a nemzés végett egyesülnek, a vele járó gyönyörűség természettől adatott - férfinak férfival, vagy nőnek nővel való egyesülése ellenben természetellenes." Platón szerint az emberi nemek száma kezdetben három volt: férfi, nő és az androgünosz, vagyis a férfinő. (16.). Minden emberi lény négy kézzel és lábbal rendelkezett, egy koponyához két ellentétes oldalon ülő egyforma arc és négy fül tartozott, mindemellett két nemi szervvel látta el őket teremtőjük. A mitológiai magyarázat szerint a hím a naptól eredt, a nő a földtől, a kettős nemű a holdtól. Ezek a lények fellázadtak isteneik ellen, ezért Zeusz büntetésként kettévágatta őket. Szándéka szerint "Ha a férfi nővel talál ölelkezni, termékenyítse meg és hozzon létre utódot, ha pedig férfi másik férfival, együttlétükből származzék kielégülés, és miután abbahagyták, forduljanak munkájuk felé és foglalkozzanak az élet egyéb dolgaival."

Az ókori rómaiak kezdetben kevésbé voltak toleránsak a homoszexuálisokkal, mint a görögök, de ez az elutasítás később jelentősen enyhült. A rómaiak a homoszexualitást nem tartották sem szégyennek, sem dicsőségnek - egyszerűen elfogadták létezését, bár a passzív nemi szerepet játszó felnőtt férfit és a prostituálódást elítélték.

Az iszlám a kereszténységhez hasonlóan átvette a zsidó Szentírás homoszexualitást elítélő felfogását. Allah elleni lázadásnak tekintette ezt a fajta másságot, amely sérti a világ rendjét és egyben a rossz megtestesülése, az anarchia forrása lehet, már amennyiben nyilvánosan történik. A férfinak be kell töltenie a társadalmilag kirótt szerepet, tehát gyermeket kell nemzenie.

A korai középkorban országonként, területenként eltérő viselkedést váltott ki a jelenség. I. Justinianus bizánci császár (527–565) 533-ban a homoszexualitást korlátozó törvényeket hozott, III. Leó bizánci császár (711-741) törvénykönyvében a

„természetellenes” kapcsolatok 12 év feletti résztvevőit kard általi halálra ítélte. A XI. századtól a városok fejlődése viszont gazdag homoszexuális kultúrának teremtett teret, amely a XII. századra nagy mennyiségű és esztétikailag is jelentős irodalmat hozhatott létre (17.). A kereszténység kezdeti szakaszában a Bibliára hivatkozva ítélték el a paráznaságot, a kéjvágyon alapuló együttlétet. Az egyik sokat emlegetett hivatkozási pont Mózes III. könyvében a 18. fejezet 22. verse: "Férfiúval ne hálj úgy, amint asszonnyal hálnak: utálatosság az, és ha valaki e bűnt elköveti, halállal lakol". A másik gyakran idézett szabályt, a paráznaság vétsége elleni fellépést Pál apostol több helyen említette leveleiben. Aquinói Szent Tamás (1224-1274), a skolasztika meghatározó teológusa a homoszexualitást a természet rendjét sértő, kéjvágyból elkövetett bűnök közé sorolta. A szexuális magatartást az egyház szabályozta, és az ettől való eltérés gyakorlatilag egyet jelentett az egyházi doktrínák megszegésével tehát legtöbbször az eretnekké minősítéssel. A XIII. századtól a korábban többé-kevésbé elfogadó magatartás mindinkább elutasítóvá vált a feudális államokban létrejövő központosításnak, az egyházi tanok kanonizálásának, az inkvizíció határozott fellépésének köszönhetően, amely a másként gondolkodókkal, másként viselkedőkkel mereven szemben álló magatartást képviselt. 1250 és 1300 között a legtöbb európai törvénykönyv a homoszexuális aktust főbenjáró bűnné nyilvánította. A protestantizmus sem hozott újat a homoszexualitás megítélésében, Luther Márton (1483-1546) például az azonos neműek viszonyát az ördögtől származtatta.

A XVIII. században a Felvilágosodás korában a homoszexualitást már nem bűnnek, hanem betegségnek tartották, de büntethetősége ellen nem léptek fel. A XIX. század végére a szexuális élet szabadabb lett, a vágyakat sem kellett mélyen elfojtani, egyre nagyobb számban jelentek meg a homoszexuálisok, egyre többen mentek orvoshoz azzal, hogy ki szeretnének gyógyulni ebből a "betegségből". A XIX.-XX. század fordulójának éveiben különféle érdekszövetségek, pártok harcoltak azért, hogy a felnőtt homoszexuálisok megegyezésen alapuló párkapcsolatát törvényesen is engedélyezzék.

Az I. Világháborút követően megfogalmazták egy röpiratot, mely a homoszexuálisok vonatkozásában is a kisebbségvédelmi megállapodásokban megfogalmazott és a középkelet-európai etnikumokra alkalmazott előírásokat tekintette mérvadónak (18.). A náci Németországban 1936-ban felállították a „Homoszexualitás- és Abortuszellenes

Birodalmi Főhivatalt”. A meleg férfiakat a német vér megrontójának bélyegezték, nyíltan üldözték az azonos neműek iránt vonzódókat, az ilyen férfiakat rózsaszín, a nőket fekete háromszög viselésére kötelezték. Körülbelül százezer férfit tartóztattak le 1945-ig homoszexualitás miatt, mintegy felüket elítélték. A koncentrációs táborba küldöttek számát 5–15 ezer közé teszik, a többiek közönséges börtönökbe kerültek.

A második Világháború után fokozatosan terjedt a tolerancia. Az angol parlament egy bizottsága 1954-től vizsgálatot folytatott a homoszexualitás tárgykörében, és arra a következtetésre jutott, hogy ez egy gyermekkortól tartó, folyamatosan kialakuló, akarattal vagy gyógyító beavatkozással meg nem szüntethető állapot, amelyet el kell fogadni biológiai eredetű nemi változatként, és önmagában büntetni nem szabad. E megállapításra hivatkozva az Egyesült Királyságban, majd Európa legtöbb országában olyan törvényi szabályozást alkottak, amely csak a kiskorúak sérelmére elkövetett homoszexuális cselekményt sújtja retorziókkal, a felnőttek közötti szabad megegyezésen alapuló kapcsolatokat nem.

A középkortól napjainkig a világvallások felemás módon, de inkább elítélően viszonyulnak a homoszexualitáshoz (a buddhizmus az egyetlen, amely nem ítéli el az azonos neműek kapcsolatát). Az utóbbi évtizedekben a nyugati, a szekularizáció ellenére még mindig keresztény dominanciájú civilizációban a radikális hozzáállás egyre ritkább, bár az elítélés és üldöztetés bizonyos formái miatt a homoszexuális lét még ma is különböző társadalmi problémákhoz és személyes gondokhoz vezethet, a többi között például politikai támadásra, lejáratásra is felhasználható.

Láthatjuk, hogy az egyes korok és társadalmak viszonyulása a homoszexualitáshoz jelentősen eltérő. A skála a teljes elfogadástól a közömbösségen át a teljes elutasításig, sőt az üldözésig terjed. Egyes becslések szerint ma a homoszexualitás a társadalmak nagyobb részében elfogadott, az adott kultúrába valamilyen módon beépült. A társadalmak mintegy harmada toleráns, tehát a homoszexualitás nem része a szociális kultúrának, de nem jelent súlyos társadalmi problémát. Kisebbségben vannak azok a társadalmak, amelyek tiltják a homoszexualitást, és különféle rendszabályokat hoznak ellene. Természetesen egyes társadalmakon belül is jelentős különbségek vannak a különböző társadalmi-gazdasági helyzetű vagy különböző lakóhelyű csoportok között.

Az 1960-as évek második felétől (nem sokkal a radikális nyugati diákmozgalmak kezdete után) egyre elterjedtebbé és jelentősebbé vált a homoszexuálisok jogvédő mozgalma. A mozgalom meghatározó eseménye az 1969-es Stonewall-lázadás volt, amikor egy meleg bár közönsége szembe szállt az őket zaklató rendőrökkel. Ennek emlékére rendezik meg számos országban minden évben a meleg büszkeség napját. A közvélemény tájékoztatására, toleránsabb magatartás kialakítására különböző akciók és kampányok indultak, egyebek mellett ezeknek köszönhetően a társadalom többségének hozzáállása a legtöbb európai országban pozitívan változott, bár előfordulhatott, hogy ez az aktivitás a szándékolttal ellenkező, negatív hatást váltott ki (19.). Néhány évvel később Nyugat-Európa több országában és az Egyesült Államok egyes részein a homoszexuálisoknak lassan a heteroszexuálisokét megközelítő jogokra sikerül szert tenniük, például házasságot is köthettek. A bejegyzett élettársi kapcsolat Magyarországon is törvényes gyakorlattá vált. Más országokban (például az iszlám világ radikális részében) az azonos neműek szexuális élete mind a mai napig bűncselekménynek számít.

A homoszexualitás társadalmi megítéléséről érdekes információkat kaphatunk a szexuális magatartást leíró kifejezések áttekintésével. A „homoszexualitás” műszót egy magyar homoszexuális író, Kertbeny Károly alkotta meg, aki olyan nevet akart alkotni, amely tárgyyszerűen és semlegesén utal a jelenségre, annak minősítése nélkül (20.). 1869-ben Kertbeny Mária Károly néven nyílt levelet írt a porosz igazságügyi miniszterhez, amelyben a melegeket érintő diszkriminatív intézkedések eltörlését kérte. A kifejezés szó szerinti jelentése „azonos nemű”, mely az „azonos” jelentésű görög homo előtagból és a „nem” jelentésű latin sexus szóból származik. Sokáig ezt a szót alkalmazta a tudományos és jogi nyelv és az intelligens emberek nagy része, ma már azonban jórészt visszaszorult a szűkebb orvosi szaknyelvbe, mert csak magát a szexualitást hangsúlyozza, sokan túlzottan tudományos jellegűnek és elidegenítőnek találják. A „meleg” szó pontos átvétel a német populáris szóhasználatból, magyarul korábban semmilyen metaforikus jelentése nem volt. Homoszexuálist jelentő értelme sokáig bizalmas jellegűnek számított, az 1990-es évek közepére azonban a tudományos életben és a hivatalos nyelvben is polgárjogot nyert, a homoszexualitás politikailag korrekt megfelelője lett. Az utóbbi években a meleg szót tágabb értelemben használják, beleértve az azonos neműekhez vonzódó szexuális kisebbségek teljes skáláját.

Tudományos ismeretterjesztő és tájékoztató anyagokban, melyekben az azonos neműekkel szexuális kapcsolatot folytató férfiakat akarták megszólítani, próbáltak még pontosabb és természetesen politikailag korrekt kifejezést választani. Ebből a praktikus megfontolásból született a „férfiak, akik férfiakkal szexuális tevékenységet folytatnak” („males who make sex with males”, MSM) szófordulat, mely később elterjedt az orvosi szakirodalomban is. Vannak vulgáris, becsmérlő jellegű kifejezések, megjegyzendő azonban, hogy ellenséges felhanggal a meleg és a homoszexuális szavak is lehetnek bántóak, másfelől egy meghitt, közvetlen viszonyban vulgáris szó lehet szeretetteljes. A homoszexuális populációban szervezett kutatásoknál és egészségfejlesztési programoknál fontos a megfelelő kifejezés használata. Lényeges, hogy a homoszexualitást a Nemzetközi Pszichiátria Társaság és a Nemzetközi Pszichológiai Társaság 1974 óta nem tekinti betegségnek, törölték a Betegségek Nemzetközi Osztályozásából.

A homoszexualitás eredetének kiderítésére komolyabb vizsgálatok akkor kezdődtek, amikor ezt a magatartást bűnnek aposztrofáló egyházi megközelítés veszített hiteléből. Okaival kapcsolatosan konszenzusos, összefoglaló elmélet jelenleg sincs. Többen a biológiai, pontosabban a genetikai hátteret hangsúlyozzák (21.). Egy amerikai mikrobiológus 33 meleg testvérpár többségében azonosítani tudott az X kromoszóma hosszú karján a q28-as régióban egy olyan gént, amelyet azután a homoszexuális magatartás kialakítójának tartottak (22.). Szerinte a megtalált génváltozatot hordozó férfiak 80%-a a vele azonos neműek iránt érez vonzalmat. Az eredményt alátámasztja az a tény, hogy a vizsgált személyek heteroszexuális testvéreinek szervezetében nincs meg az említett génváltozat. A fenti álláspontot elfogadók szerint genetikai okok magyarázhatják azt, hogy a homoszexuális férfiak agyában (ellentétben a heteroszexuális férfiakéval) gyakran nem a bal félteke a domináns, a két féltekét összekötő corpus callosum 30-40 %-kal fejlettebb heteroszexuális társaikénál, valamint azt, hogy a tarkólebenyben a szexualitásért felelő négy terület közül a melegeknél hiányzik a hármaskör. Egypetűjű ikervizsgálatok során kiderült, hogy ha az egyik testvér homoszexuális, akkor 50% a valószínűsége annak, hogy a másik is az. A kétpetűjűeknél, akik genetikailag nem azonosak, ez az arány csak 15%. A hormonális elmélet egyik első publikációjában, 1914-ban egy német orvos azt állította, hogy a férfi és női nemi hormonok arányának felbomlása okozza a homoszexualitást (23.).

Alfred Kinsey(1894-1956) 1948-ban végzett felmérése szerint, a férfi lakosság 37%-nak (minden öt férfiből kettőnek) volt valamilyen homoszexuális tapasztalata, 8% homoszexuális volt legalább három éven keresztül, 4% pedig egész életében az maradt. A férfiak egyharmada és a nők 13%-a életében legalább egyszer átélt orgazmust azonos nemű partnerrel (24.). Ezen felmérés és a serdülőkori szexuális viselkedés újabb kutatásai szerint sokkal magasabb azoknak a száma, akik arról számoltak be, hogy életük során volt homoszexuális jellegű kapcsolatuk, mint azok, akik homoszexuálisként írták le önmagukat (25.). Több kultúrában a serdülőkori homoszexualitást nem tekintik a szexuális identitás életre szóló kifejezésének (26.). Számos kortárs kutató fontosnak tartja három jelenség egymástól való elkülönítését a homoszexualitással kapcsolatban. Az egyik a homoszexuális irányultság, mely a saját nembeliek felé irányuló szexuális vagy erotikus érzelmek túlsúlya. A másik a homoszexuális viselkedés- és gyakorlat, mely a saját nembeliekkel folytatott szexuális érintkezést jelenti, míg a harmadik a homoszexuális identitás, mely az egyén saját maga számára megfogalmazott, homoszexuális irányultságával, és/vagy a homoszexuális közösség identitásával való tartós azonosulás. Sokszor a fenti három jelenség különféle kombinációi figyelhetők meg (27.). A modern nyugati kultúrában belül a homoszexualitás négy típusát különböztették meg (28.). Az alkalmi homoszexualitás olyan nemi érintkezést jelent, amely nem hat ki az egyén általános szexuális életére. A helyzettől függő tevékenység azokra a körülményekre utal, amelyek során rendszeresen kerül sor homoszexuális aktusokra, miközben azok nem válnak az egyén elsődleges preferenciájává. A megszemélyesített homoszexualitás olyan egyénekre utal, akik a homoszexualitás tevékenységét preferálják, de elszigetelten élnek azoktól a csoportoktól, amelyek könnyedén elfogadják az azonos neműek közötti szexuális kapcsolatot. A homoszexualitás, mint életforma azt jelenti, hogy az ebbe a csoportba tartozók életük meghatározó részévé tették a hasonló szexuális szokásokkal rendelkező egyénekké váló kapcsolatok fenntartását.

A homoszexualitáshoz való viszonyulás és a homoszexuális egyénekké váló kapcsolattartás egyes heteroszexuálisok számára problémát okoz. Az idegenkedésnek ezt az érzését, mint cselekvési motívumot homofóbiának nevezik. A probléma sokszor csak akkor jelenik meg, ha tudomást szereznek valakinek meleg/leszbikus voltáról. A „láthatatlan” homoszexuálisok aránya nagy valószínűséggel sokszorososan meghaladja az

ismertekét. A homoszexualitás nyílt vállalása az úgynevezett „coming out” gyakran ellenérzéseket vált ki. A melegektől idegenkedő heteroszexuálisok számára rendszerint nem maga a homoszexuális ember jelenléte okoz problémát, (kollégájukkal vagy ismerősükkel jó kapcsolatban vannak, ha az nem fedi fel magát), hanem az a tudat, hogy az illető homoszexuális, valamint az ehhez fűződő, általában tanult asszociációk. Semmilyen veleszületett tényező, félelem vagy betegség nem ismeretes, amely valakit a melegektől való tartózkodásra indítana. Az esetleges ellenérzések kizárólag tanulás, szocializáció útján alakulnak ki, a környezetben tapasztalt minták alapján (29.). Mindez befolyásolja a meleg közösségekben végzett egészségfejlesztési programok kidolgozását és végrehajtását is.

1.4. A roma populáció általános jellemzői

A cigányság eredetével, vándorlásával, néprajzi leírásával számos könyv és tanulmány részletesen foglalkozik (30.). A cigányság őshazája Észak-India. Vándorlásuk során Görögországban töltöttek el hosszabb időt, ezt a területet lehet a cigányok második őshazájának tekinteni. A vándorlások során alakult ki népük neve a görög – eretnek szektát jelentő – atszinganosz szóból, később ez került át a latin nyelvbe cingarusként, a német nyelvbe Zigeunerként, a magyarba pedig cigányként. Nagyobb cigány csoportok az 1400-as években indultak el Görögországból, később a Duna mentén felfelé haladva, többek között Magyarországra is megérkeztek. A cigányság egy része a XV.-XVII. században a török hódítók ellen vívott háborúk idején jutott szerephez a magyar társadalomban. Az állandó hadi készülődés, a kézművesek hiánya munkaalkalmat jelentett számukra. Az erődítési, építkezési munkák, a fémművesség, fegyvergyártás, a lókereskedés, a fafaragás és kovácsolás, a postaszolgálat nemcsak megélhetési forrásul szolgált, hanem az ország szempontjából is fontos tevékenységnek bizonyult. Ezért Zsigmond (1387-1437) és Mátyás (1458-1490) királytól kezdődően, egészen a XVIII. század elejéig egyes cigány csoportok privilégiumokat kaptak. Szolgáltatásaik megszerzése érdekében számos földesúr igyekezett letelepíteni a „kompániákat”. Sok cigány közösség a biztosabb megélhetés érdekében ekkortájt adta fel vándorló életmódját. A törökök kiűzése után azonban a cigányság említett munkáját jelentős részben feleslegessé tette a földművesek, állattenyésztők, iparosok kereskedők bevándorlása és betelepítése. A XVIII. század derekán, Mária Teréziának (1717-1780) 1761-ben kibocsátott rendelete értelmében a cigányokat humánus módon kezdték

letelepíteni a Bánságban, ez az intézkedés azonban nem volt eredményes. 1767-ben Mária Terézia egy újabb, már szigorúbb rendeletben elrendelte, hogy a cigányok gyermekeit szüleiktől vegyék el, és más nemzetbeli embereknek adják át őket nevelésre fizetség fejében, cigány férfinak pedig ne legyen szabad cigány nővel házasságra lépni. Később rendeletben tiltotta meg a cigány népnév használatát, helyette az „új-parasztot”, az „új-magyart” tette kötelezővé, de ez a rendelet sem vezetett a kívánt célhoz. A gyermekek csakhamar megszöktek nevelő szüleiktől, házasság dolgában pedig a cigányok nem igen törődtek a rendelettel. II. József német-római császár, a „kalapos király” (1741-1790) 1783-ban kelt rendeletében a cigányok földművelésre szoktatását, vallásos nevelését tűzte ki célul. Néhány magánember is megkísérelte (sikertelenül) a vándorcigányok letelepítését. A szatmári püspök 1857-ben cigányiskolát alapított, mely azonban csakhamar tanuló nélkül maradt ugyanúgy, mint egy másik nemesember cigányiskolája Érsekújvárott. A XVIII. század végétől a kényszertelepítést vagy éppen a kitoloncolást váltogatva próbálták megoldani a cigánykérdést Magyarországon. A legnagyobb szabású és legsikeresebb kísérletet a letelepítés terén József nádor fia, József főherceg (1833–1905) tette, aki tudományos munkássága kapcsán és 40 éves gazdag személyes tapasztalatból alaposan megismerte a cigány népet valamint nyelvet, és nagylelkű, nemes szívű pártfogója lett a cigányoknak. A főherceg távoli országok cigányai közt is ismert volt, szinte misztikus alakká vált, személye körül számos legenda keletkezett. Egész vagyont költött a puszták cigánytelepeire és ezek ügyeit személyesen intézte. Fáradozása azonban elszigetelt kísérlet maradt.

Az erőszakos asszimiláció végül is sikeresnek bizonyult: a XIX. és a XX. század során a több száz éve betelepült, szokásait és kultúráját sokáig megőrző cigányság döntő többsége feladta, sőt elfelejtette anyanyelvét, és betagozódott a magyar társadalomba. Jelentős részük a megélhetést biztosító kovács, szegkovács, fafaragó, vályogvető foglalkozást művelte, leginkább azonban a zenélés révén kaptak lehetőséget a társadalmi felemelkedésre. A cigány bevándorlás új hulláma a jobbágyfelszabadítást és a kapitalista fejlődést követően a XIX. század második felében történt. A betelepülési hullám hatására elrendelték az ország cigány lakosságának összeírását. A magyarországi cigányok történetének egyik legfontosabb dokumentuma, az 1893. évi összeírás szerint 280 ezer cigány élt az országban. A XX. század elejére kialakult a magyarországi cigányság tagozódása. A korábban érkezett, nyelvüket és kultúrájukat elvesztő,

legnagyobb csoportot nevezik „romungróknak”, magyar (cigány) embereknek, akik többségükben ma is megkülönböztetik magukat a cigányság többi részétől, ők a kárpáti cigányok. A második nagyobb csoport a XIX. század végétől érkezett Magyarországra. Ők őrzik a cigány kultúrát a legerősebben, beszélnek cigány anyanyelvükön; érkezésük iránya miatt „oláh cigányoknak” nevezik őket. Létezik még egy kis lélekszámú harmadik csoport: ők a főleg Magyarország dél-nyugati részén letelepedett „beások”, akik a román nyelv archaikus dialektusait használják, többségük a XX. század elején vándorolt be (31.). A magyarországi cigányság valamivel kevesebb, mint háromnegyed része kárpáti, egyötöde oláh és körülbelül 10% beás cigány. A hazai cigányság nem egységes népcsoport, és ennek nemcsak néprajzi, antropológiai és szociológiai, hanem az egészségi állapotot meghatározó jelentősége is van (32.). Különböző betegségek különböző cigány csoportoknál nem egyforma gyakorisággal és súlyossággal jelennek meg. Az egyes törzseknek más a testalkata és öröklődési jegyei, például a kárpáti cigány alacsonyabb, mint az oláh cigány, hajlamosabb az alma típusú elhízásra, közöttük gyakoribb a magas vérnyomás, a szív-és keringés rendszer megbetegedései és az elhízással járó egyéb elváltozások (33.). Itt kell megjegyeznünk, hogy a cigányság egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálatok túlnyomó többségében nem veszik figyelembe ezt a különbséget.

Kiseb mértékű cigány bevándorlás egészen a II. Világháborúig tapasztalható volt. Az 1944. március 19-i német megszállás előtt hozott rendészeti és járványügyi rendeletek a mintegy 200 ezer főre becsült cigányság elnyomását is szolgálták, elsősorban a vándor életmódot folytató csoportok tagjai ellen irányultak. 1944 tavaszától a cigánykérdés úgynevezett „megoldását” népiirtásnak nevezhetjük. A kutatások legalább 5000-re teszik a holocaustban elpusztítottak cigányok számát, egyes becslések 30 ezer áldozatról beszélnek. Az 1945–1948-ig tartó demokratikus időszak pozitív változást hozott a cigányságnak a többségi társadalomhoz való viszonyában, gazdasági téren viszont rontotta a cigányság helyzetét a nagybirtokok felosztása, mert ez számukra egyet jelentett bizonyos munkalehetőségek elvesztésével. Többségük kimaradt a földreformból, noha azelőtt sokak megélhetése származott mezőgazdasági munkából. A háború utáni újjáépítés, majd az erőltetett iparosítás során foglalkoztatottságuk javult, de túlnyomó részük csak segédmunkához jutott. A többi nemzetiségi szövetség mintájára 1957-ben megszerveződött a Magyarországi Cigányok Kulturális Szövetsége,

amely célul tűzte ki, hogy megteremti, illetve megújítja az eredeti cigány irodalmat, a zenét és más művészeteket, segít megőrizni az ősi nyelvet. Az alapító okiratban szerepelt a munkahelyteremtés, az iskoláztatás, az egészségügy, az életkörülmények javításának általános igénye is. Mindez lényegében a nemzetiségi státus elfogadtatását célozta, amit azonban a hatalom gyanakvással fogadott. A szövetség működése így egyre inkább az egyéni panaszos ügyek intézésére korlátozódott, majd 1961-ben megszűnt. A Magyar Szocialista Munkáspárt 1961-ben hozott határozata a következő évtizedekre meghatározta a cigánypolitika elvi alapjait. A határozat a cigánykérdést nem nemzetiségi, hanem szociális problémaként fogalmazta meg: „A cigány lakosság felé irányuló politikában abból az elvből kell kiindulni, hogy bizonyos néprajzi sajátossága ellenére sem alkot nemzetiségi csoportot. Sokan nemzetiségi kérdésként fogják fel, és javasolják a cigány nyelv fejlesztését, cigány nyelvű iskolák, kollégiumok, termelőszövetkezetek létesítését. Ezek a nézetek nemcsak tévesek, de károsak is, mivel konzerválják a cigányok különállását és lassítják a társadalomba való beilleszkedésüket.” A határozat a kommunista pártnak a „szociális válságkezelés” alakjában kifejeződő asszimilációs törekvését jelentette meg, akkor még nem fogalmazódott meg az etnikum és a nemzetiség kettőssége. Az MTA Szociológiai Kutatóintézetének munkatársai korábban több helyütt kifejtették, hogy a szocializmusban a cigánykérdés szociális és kisebbségi tartalma összemosódott. Egysíkián szociális kérdéssé vált minden, a cigányság kapcsán felmerülő probléma, a szegények csoportján belül pedig a különböző támogatási, kedvezményi rendszerek versenyeztették egymással a cigányokat és a nem cigányokat. Ebből jelentős társadalmi feszültség és gyűlölködés fakadt a szűkölködő közösségekben, melynek hatása máig érvényesül. Az 1960-as évek táján a modernizációs folyamat mintegy ötven év késéssel a tradicionális cigány közösségeket is elérte, ennek következtében zártságuk felbomlott, a cigányság állampolgárként és munkavállalóként is bejutott a társadalom áramába, a többségi társadalom pedig szembekerült a kérdéssel: hogyan viszonyuljon hozzájuk? Kisebbségként kezelje őket (a cigányság – kellő összetartó eszköz, érdekvédelem híján – maga sem tudta megfogalmazni kisebbségi identitását) vagy szociális problémaként, a szegénység speciális formájaként lássa őket.

A cigányok életkörülményeire vonatkozó megbízható adatokat először az 1971-ben végzett országos kutatás szolgáltatta. Abban az évben 320 ezer roma élt

Magyarországon, 71 százalékuk volt magyar, 21 százalékuk cigány és nem egészen 8 százalékuk román anyanyelvű. A cigány lakosság mintegy kétharmada élt a községek és városok peremén található telepeken.

Az 1950-es és 1960-as évek iparosításának hatására 1971-re a munkaképes korú cigány férfiak körében 85%-os volt a foglalkoztatottak aránya. Politikai döntés hatására felgyorsult ugyan a telepek felszámolása, azonban az új, csökkentett komfortfokozatú lakások építésével is szeparált, csupán cigányok által lakott településrészek jöttek létre. Az 1980-as években lelassult, majd végleg megszűnt az állami lakásépítési program, anélkül, hogy megoldotta volna a cigányság lakásproblémáit. 1971-ben a cigány gyermekeknek körülbelül a 60%-a járt óvodába, fele elvégezte az általános iskolát, egyre többen tanultak közülük szakmát, nőtt a középiskolába járók száma is. A cigánygyerekeket azonban gyakran elkülönített osztályokban tanították, vagy fogyatékosukra hivatkozva gyógypedagógiai oktatásban részesítették őket (ez több helyen mindmáig élő probléma). Abban az időben formálódott a cigány értelmiség első generációja, amelynek tagjai főleg a művészetek és a népművelés területén értek el sikereket. A kedvező változásokkal párhuzamosan tovább éltek a nyílt és rejtett előítéletek, fennmaradt, sőt elterjedtebbé vált a cigányokkal kapcsolatban a „munkakerülő/bűnöző” roma sztereotípiája.

A látványosan induló, de ingatag alapokon álló felemelkedés az 1990-es rendszerváltozás során gyakorlatilag összeomlott. A legtöbb cigányt foglalkoztató építőipar és bányászat válságba került. A legkevesebb szakértelmet igénylő feladatokat végző, leginkább segédmunkásként foglalkoztatott cigányok váltak először fölöslegessé a privatizált vállalatoknál. Rövid időn belül a cigány családok jelentős része az évtizedekkel korábbi anyagi szintre süllyedt, mert képzetlenségük miatt egyre kisebb esélyük volt a munkavállalásra. A többségi társadalom egyes rétegeiben felerősödtek az előítéletek a cigánysággal szemben. Az 1990-es évek első felében megszorodtak a diszkriminációs jelenségek az oktatás, a foglalkoztatás, a lakáshoz jutás terén. Ugyanakkor a rendszerváltozás utáni időre tehető a cigányság politikai ébredése, önszerveződésének kibontakozása is. A rendszerváltást követő első parlamenti ciklusban három, cigány származását vállaló képviselő ült az országgyűlésben. Reményt keltően megszorodtak a cigány civil szervezetek: 1991 végén már 96 volt hivatalosan

bejegyezve, és bár működésüket gyakran anyagi nehézségek és belső ellentétek hátráltatták, 2001-ben számuk 260-ra növekedett. 1994-ben megalakultak az első Cigány Kisebbségi Önkormányzatok, melyek működése, bár ellentmondásoktól soha nem volt mentes, igen fontosnak tekinthető.

Az Első Roma Világkongresszuson 1971-ben Londonban a különböző cigány népcsoportokhoz tartozó küldöttek konszenzussal elfogadták, hogy a cigány származású emberek közös és hivatalos elnevezése a „rom” (ember) szó többes számú alakja, azaz a „roma” legyen. A hagyományos cigány elnevezés ma számos országban negatív jelentéstartalmat hordoz, ezért vannak, akik a közéletben kerülendőnek tartják. Magyarországon jelentős csoportok továbbra is cigánynak nevezik magukat, az elnevezés a romák céljait támogató egyes szervezetek nevében is tovább él, például Országos Cigány Önkormányzat. A beás nyelvben egyébként nincs is „roma” szó. A romák európai lélekszámát 7 – 9 millió főre becsülik – ebből Közép- és Kelet-Európában 6 millióan élnek (34.). Európa legnagyobb, legszegényebb és leggyorsabban növekedő kisebbségéről van szó. A XX. század végén a közép-kelet-európai országokban, így Magyarországon is végbement társadalmi-gazdasági rendszerváltozás a társadalmat versenyképesség szerveződési szintje szerint vesztesekre és nyertesekre osztotta. A cigányság sajátos kultúrája, munkakultúrája, területi elhelyezkedése, életminősége, iskolázottsága, szociális környezete, az infrastruktúrához való hozzáférési egyenlőtlenségei, a szocializációs akadályok és a beszűkült integrációs lehetőségek miatt egyértelműen a vesztesek közé került.

Magyarországon az egyik legelutasítottabb kisebbségi csoport a cigányság bár a Marketing Centrum 2009-ben végzett felmérése szerint a megkérdezettek a cigányokat valamivel jobban elfogadják, mint az arabokat és kínaiakat, ugyanakkor a romák elutasítottsága magasabb, mint a zsidóké vagy a románoké. A romákat munkatársként 66%, szomszédként 51% fogadná el. Összehasonlításként, ezek az arányok a zsidók esetében magasabbak (73-73%). Zárt közösséget alkotnak, sajátos normákkal és szokásokkal, kulturális különbözőségük egészségügyi ellátásuk során is problémát okozhat. A roma kisebbséggel kapcsolatos politika ma már nem Magyarország belügye: az Európai Tanács 1993. júniusi ülésén a csatlakozás előtti országok számára négy

kritériumot határozott meg, melyek közül az egyik a kisebbségi jogokra vonatkozott. Hazánk 2004. május 1.-én csatlakozott az Európai Unióhoz. Ez is szükségessé tette a Koppenhágai Kritériumok teljesítését, mely többek között a kisebbségek tiszteletben tartását és védelmüket garantáló intézmények biztosítását írja elő (35.).

A szegénység tudományos igényű meghatározása összetett kérdés. Szegénységen leggyakrabban a jövedelmi szegénységet értjük – a folyamatos életvitelhez szükséges jövedelem alacsony szintjét. Emellett beszélhetünk egyéb dimenziókban megnyilvánuló szegénységről is, például vagyoni szegénység, rossz lakáskörülmények, speciális szükségletek kielégítésének hiánya (betegség, fogyatékosság miatt fellépő szükségletek). A szegénység fogalma az Európa Parlament meghatározása szerint az anyagi erőforrások szűkösségéhez vagy elégtelenségéhez kapcsolódik. Emellett beszélünk abszolút és relatív szegénységről. Relatív szegények csoportjához tartoznak az átlagjövedelem felével rendelkezők, míg abszolút szegények a létminimum alatt élők (36.). A létminimum olyan összeg, amely még éppen biztosítja a folyamatos életvitellel kapcsolatos nagyon szerény, a társadalom adott fejlettségi szintjén alapvetőnek minősülő szükségletek kielégítését. A létminimum szintjén élőket általában nem tekintik szegénynek, mert bár feszes beosztással és szerényen élnek, de az alapvetőnek számító javakat és szolgáltatásokat elvileg nem nélkülözik, nem éheznek, van ruhájuk, van tető a fejük fölött. Ebből következik, hogy a létminimum szintje alatt élők viszont már komoly nélkülözések közepette élnek.

Számos szociológiai kutatás igazolta azt az általános vélekedést, hogy a Magyarországon élő cigány közösségek többsége az átlagosnál jóval kedvezőtlenebb, igen szerény anyagi körülmények között él (37, 38.). A cigányság túlnyomó többsége a magyar társadalom legszegényebb rétegét adja. Jövedelmi helyzete szerint, a relatív szegénységi küszöböt tekintve (mely a teljes lakosság medián jövedelmének 60%-a) 2005-ben Magyarország lakosainak körülbelül 15%-a volt szegény. A KSH ugyanazon évre vonatkozó adatai szerint az összes háztartások 28%-a, az összes gyermekes háztartások 41%-a volt szegény, vagyis a hivatalosan megállapított létminimum alatt élt. A romák szegény népességen belüli aránya mintegy 20% (39.). A magyar népesség 5-7%-át kitevő magyarországi romák jelentősen felülreprezentáltak a szegények körében (40.). A szegénység a romák esetében sokszor mélyebb, elhúzódóbb,

generációk között öröklődő, tartalék nélküli szegénységi állapot. Ennek háttérében megemlítendő – a Világbank 2000-ben keltezett tanulmánya is ír erről – a munkaerő piacról való kirekesztettség szerepe (41.). Magyarországon a munkaképes korú cigány népesség körében a foglalkoztatottság az 1990-es évekre 26%-ra csökkent. Az utóbbi évtizedek szociálpolitikájában a szegénység mellett a kirekesztés, kirekesztődés és/vagy ennek veszélye is gyakran használt fogalom. A társadalmi életből való kirekesztés magában foglalja a társadalmi, gazdasági, politikai és kulturális életben való részvétel nem megfelelő szintjét, egyenlőtlenségeit vagy teljes hiányát. Ehhez kapcsolódik a különböző társadalmi intézmények által nyújtott szolgáltatások (például az egészségügy vagy az oktatás) elérésének nehezítetttsége.

1.5. A magyarországi roma populáció demográfiai jellemzői

A roma és a nem roma társadalom demográfiai szerkezetének eltérése ugyan szakmai és laikus körökben is ismert, mindazonáltal kevés megbízható adat áll rendelkezésünkre. Az Alkotmány és az adatvédelmi törvény megnehezíti, helyenként kifejezetten tiltja az etnikai hovatartozást feltüntető adatgyűjtést (42.). A magyarországi romák számáról átfogó és hivatalos adatunk a 2001. évi népszámlálás alapján van. A kérdőív a nemzetiséggel kapcsolatosan négy kérdést tartalmazott. Az összeírt személy minden befolyástól mentesen, állampolgárságától, anyanyelvétől, nyelvtudásától függetlenül jelölhette meg azt a nemzetiséget, amelyhez tartozónak érezte és vallotta magát. A népszámlálás kérdése volt, hogy a válaszadó melyik nemzet kulturális értékeihez, hagyományaihoz kötődik, függetlenül a nemzetiséghez tartozástól, illetve a nyelvtudástól. Anyanyelvként azt az élő nyelvet kellett megjelölni, melyet az összeírt személy gyermekkorában elsőként tanult meg, melyen családtagjaival általában beszél, összefoglalva anyanyelvének vall. A hazai cigányság körében a cigány, mint a kisebbségi törvényben szereplő nyelv mellett a nemzetiségi nyelvhasználatában két nyelv: a beás és a romani fordult elő. A népszámlálás során azt is megkérdezték, hogy a válaszadó családi, baráti közösségben milyen nyelvet használ általában. A kérdőívek kialakításakor a statisztikáról szóló, az adatvédelemről szóló és a nemzeti és etnikai kisebbségek jogairól szóló törvények rendelkezései szerint kellett eljárni. Az adatvédelmi törvény a nemzeti, etnikai hovatartozásra vonatkozó adatokat különleges védelemben részesíti, így e kérdésekre a válaszadás nem volt kötelező, mindazonáltal a nemzetiségi hovatartozással összefüggő kérdések esetében az összeírtaknak csak

mintegy 6%-a tagadta meg a választ. Folytatódott a cigány nemzetiségüket vállalók számának 1990-ben tapasztalt ugrásszerű növekedése: közel kétszázezren vallották magukat a roma közösséghez tartozónak. A cigányság lélekszáma valószínűleg ennél sokkal nagyobb. Elfogadott tudományos becslés szerint hazánkban a népesség 6-8%-a tehát több mint 600.000 – 800.000 fő roma él (43.). Magyarország 3200 településéből legalább 2000 településen élnek romák, kétharmad részük kistelepüléseken. Kevésbé ismertek a demográfiai eltérések következményei, a szakértőktől sokszor csak átpolitizált értelmezéseket olvashatunk. Többen azt is kétségbe vonják, talán dogmatikusan értelmezve a politikai korrektség fogalmát, hogy meg lehet-e határozni a roma kisebbség nagyságát és egyéb jellemzőit, sőt: egyáltalán ki lehet-e valakiről jelenteni, hogy roma. (44, 45.)

Az mindenesetre bizonyos, hogy a roma népesség a demográfiai fejlődés más szakaszában van, mint a nem roma többség. Demográfiai elemzések szerint a roma populáció még az átmeneti fázis jegyeit mutatja: fiatal a korösszetétele, magas a termékenysége, viszonylag magas a halandósága (46.). A 60 évesek és idősebbek aránya a teljes népességben ötször akkora, mint a cigányoknál: 20 illetve 4% (47.). Több szerző idézi, hogy a roma népesség várható élettartama átlagosan tíz évvel rövidebb, mint a nem roma népességé, de ezen adat forrását vagy a számítás módját nem írják le. A roma népesség rövidebb átlagos élettartamát közvetett módon igazolja, hogy a halálozás azon térségekben és településeken nagyobb, ahol a cigány népesség aránya magasabb. A demográfiai átmenet fázisában lévő roma népesség várható élettartama, korösszetétele, illetve az egy nőre jutó élve születések száma (a termékenység) összefüggő rendszert alkot: a fiatal korösszetétel, a várható rövid élettartam és a magasabb gyermekszám kapcsolatosak egymással. Amennyiben növekedne a roma népesség várható élettartama, úgy várhatóan csökkenne a termékenységi ráta. Az 1990-es években a társadalmi, gazdasági és politikai átalakulás mellett „rendszerváltozás” zajlott le a demográfiában is (48.). Miközben a termékenység folyamatosan csökkent, idősebb korra tolódott át a gyermekvállalás, emelkedett a szülő nők átlagos életkora, megváltozott a fiatalok családalapítási és gyermekvállalási stratégiája (49.). A társadalom egy rétege az országos tendenciával ellentétben a gyerekvállalás kamaszkorra történő előrehozásával alkalmazkodott az élethelyzetében bekövetkező változásokhoz. Míg az elbizonytalanodó életfeltételekre a közép és felső rétegekhez tartozók a szülések

számának visszafogásával reagáltak, addig a legszegényebbeknél (így a romák jelentős csoportjánál) éppen demográfiai robbanás figyelhető meg (50.). Durst Judit tanulmányban egy apró falusi, mély szegénységben élő cigány közösség gyermekvállalási szokásait, illetve az elmúlt 50 év során bekövetkezett változásokat írja le (51.). Az elmúlt tíz évben a tizenéves lányok esetében anyáik, illetve nagymamáik generációjához képest is jelentősen előretolódott az első gyermek születésének ideje. Míg a nagymamák illetve az anyák generációja átlagban 19-20 évesen adott életet első gyermekének, addig a mai fiatal lányok zöme az előző generációkhoz képest három évvel korábban 16 éves korára már anya lesz. Huszonegynéhány évesen többségüknek 4 gyereke van, mely az országos átlag négyszerese.

Az úgynevezett „stratégiai gyermekre” vonatkozó elmélet szerint a szegények a gyermekek után járó szociálpolitikai juttatások elnyeréséért vállalkoznak újabban szülésre (52.). A „stratégiai gyerek” vállalása nem etnikumhoz vagy sajátos szubkultúrához kötődő jelenség, hanem egy élethelyzethez való igazodás, melyet alapvetően a munkaerő-piaci pozíciók határoznak meg, a közvélekedésben azonban a cigányokra leszűkített változata terjedt el. A Kemény István vezette országos reprezentatív cigányvizsgálat adatai szerint 1971-ben a munkaképes korú cigány nők közel egyharmada volt foglalkoztatott (55.), 1987-re már minden második munkaképes korú roma nőnek volt munkahelye (56.). A rendszerváltozás után ez a tendencia megfordult, közismertek a mai ijesztően magas munkanélküliségi ráták. Az egyébiránt megkérdőjelezhető biológiai-kulturális magyarázat szerint a cigányok biológiai adottságából, kultúrájából, a hagyományos cigány nagycsaládos modellből következik az évszázadok óta jellemző nagy termékenység, illetve korai gyerekszülés. Az átlagpopulációval összehasonlítva egyre több újszülött születik a cigány családokban, bár a születésszám egyes roma csoportokban is csökkent. A roma újszülöttek életésélyei rosszabbak. Míg az 1960-as években a cigány csecsemőknek 18%-a volt koraszülött egy bizonyos faluban (az országos átlag ekkor 10% körül mozgott), addig ugyanez az arány az 1980-as évekre már 32%-ra emelkedett. Mindeközben a nem cigány újszülötteknek 82%-a született éretten a hatvanas években (53.), az arány tovább javult a későbbiekben. Tekintettel az egészségügyi ellátórendszer fejlődésére, ennek elsősorban szociokulturális és életmódbeli okai lehetnek, bár az ellátórendszerhez való egyre nehezebb hozzáférés is szerepet játszhat. Mindazonáltal a különböző élethelyzetű,

különböző társadalmi státusú cigány nők termékenység-története karakteresen eltér egymástól, vagyis nem helytállóak az olyan általános állítások, miszerint a cigányok közös demográfiai jellemzője a magas termékenység (54.). Az ötvenes-hatvanas, illetve hatvanas-hetvenes éveikben járó, azaz „befejezett termékenyséű” generációkhoz képest (akik átlagosan hét-nyolc gyereket szültek), az anyák mai középkorú nemzedékét a maga átlagosan öt gyerekével már visszafogottabb szülési kedv jellemzi.

Számos antropológiai kutatás szerint a fiatalon anyává vált lányok az adott pillanatban a számukra elérhető lehetőségek alapján mérlegelnek, és ez befolyásolja viselkedésüket, többek között demográfiai magatartásukat (57.). Ha a társadalmi feltételek változatlanok maradnak az okból egy idő után okozat lehet, hiszen az iskolázatlan, szegény, fiatalkorú anyától született gyerekek nagy valószínűséggel maguk is szegény, tanulatlan felnőttekké válnak. A cigányközösség körében az elmúlt tíz évben „divattá” vált fiatalkori anyaság új jelenség, amellyel ezek a fiatalok a társadalmi változások okozta új élethelyzetre reagálnak. A mozgatórugó tehát nem a „mindenkori, hagyományos cigány kultúra”, illetve az e népcsoportra jellemző „örökletes biológiai adottság” – nevezetesen a fiatalabb korban bekövetkező nemi érettség (ami egyébként kétségtelenül ténykérdés), sokkal inkább a sajátos élethelyzet az ok, a társadalom peremére szorult lét, olyan erőforrások elérhetetlensége, amelyek a többségi társadalom tagjai számára rendelkezésre állnak, hogy felnőtté válhassanak, önálló egzisztenciát teremthessenek. A cigánylányok, akik a többségi társadalomtól elszakadva, szigetszerű létben, a lakóhelyet és az iskolázottságot tekintve is szegregációban, tartós mélyszegénységben élnek, és akik úgy érzik semmi lehetőségük nincs arra, hogy munkát találjanak a formális munkaerőpiacon, azért vállalkoznak már kamaszkorukban a gyerekszülésre, mert ez az egyetlen esemény, ami értelmet ad életüknek, ami a helyi felnőtt közösség megbecsült tagjává teszi-teheti őket. A gyerekszülés legtöbbször tehát nem a felelőtlen magatartás következménye. Egyes amerikai antropológusok álláspontja is hasonló: a többségi társadalom erőforrásaitól elzárva élő szegény lányok számára a korai gyermekvállalás az egyetlen lehetőség a felnőtté válásra, a régi családban betöltött nagylány szerepből való kitörésre, és ezzel együtt saját helyük megtalálására az adott közösségben, olyan eszköz, amellyel értelmet adnak életüknek (58.).

1.6. A magyarországi roma populáció egészségi állapota

A hazánkban élő 600.000 – 800.000 roma túlnyomó többségének kedvezőtlen egészségi állapota jelentős népegészségügyi problémát jelent. A roma népesség szociális-gazdasági helyzet és környezet-egészségügyi szempontjából a legrosszabb körülmények között élő társadalmi csoport Magyarországon. Számos, egészségi állapottal kapcsolatos mutató (egészségmagatartás, morbiditás, mortalitás) kedvezőtlen, a rutinszerűen gyűjtött statisztikai adatok (59.) mellett az Országos Lakossági Egészségfelmérések eredményei (60.) és Kopp Mária vizsgálatai (61.) is ezt igazolták. A szegénység és a rossz egészségi állapot közötti összefüggést több nemzetközi és hazai vizsgálat igazolta. A cigány populáció egészségi állapotát jellemző morbiditási és mortalitási adatok közigazgatási típusú gyűjtését viszont törvényi szabályozás tiltja, így a tudományos célú adatgyűjtés, a megfelelő módszertannal végzett epidemiológiai vizsgálat is nehézségekbe ütközik. Mindazonáltal elfogadhatjuk, hogy a romák szociális-gazdasági helyzete, egészségmagatartása és egészségi állapota kedvezőtlen, sőt sokkal rosszabb a nemzetközi összehasonlításban szintén kedvezőtlen átlagos magyar populációhoz viszonyítva (62.). A cigány emberek gyakrabban betegszenek meg és korábban halnak meg. Egyes becslések szerint a cigány népességben a születéskor várható élettartam akár 10 évvel is kevesebb lehet, mint az átlagpopulációban (63, 64, 65.). Lényegesen magasabb a szív- és érrendszeri és a légúti megbetegedések és halálozások gyakorisága (66.). A teljes magyarországi népességben a 60 évesnél idősebbek között a romák csak 4%-ot képviselnek, míg a nem-roma populáció 21%-a idősebb 60 évesnél.

A romák lakás- és életkörülményei sok kívánnivalót hagynak maguk után, számos helyen hiányoznak a megfelelő higiénés körülmények, a szemétszállítás, a folyóvíz néhol még a villanyáram is. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) munkatársai egy 2005-ben végzett átfogó vizsgálat során pontos képet rajzoltak a roma telepek kedvezőtlen higiénés viszonyairól (67.). Hasonlóan kedvezőtlen leírást adott a Népegészségügyi Iskola (Debrecen) kutatócsoportja, mely 14 megyében vizsgálta a telepek környezet-egészségügyi jellemzőit (68.). Ez nemcsak Magyarországra és Kelet-Európára igaz. Angliában, Bristol környékén a helyi önkormányzati telkeken vagy a közutak mentén élő cigányok vizsgálata során azt találták, hogy 39% nem jutott friss vízhez a lakóhelyén, 42% nem rendelkezett vécével

és 44%-nál nem volt szemétygyűjtés. Hasonlókat tapasztaltak Olaszországban, a közép-kelet-európai országok EU csatlakozása után bevándorolt és hatóságilag engedélyezett táborokban élő cigányoknál. Mindezen tényezők elősegítik a fertőző betegségek terjedését és megnehezítik gyógyításukat. A roma telepeken ma is fennáll egyes fertőző betegségek terjedésének veszélye, például tbc, a hepatitisz A vírus által okozott májgyulladás, a rühesség, a tetvesség és más bőrbetegség.

A tbc orvosi-epidemiológiai szempontból jól meghatározható megbetegedés, jól körülírt kóroktani és fokozó tényezőkkel, alapja közismerten bakteriális fertőzés. A fogékonyságot az immunrendszert gyengítő állapotok segítik elő, mint például a hiányos táplálkozás, az alkoholizmus, krónikus megbetegedések elsősorban a tüdő betegségei, melynek háttérében legtöbbször a dohányzás áll (69.). Becslések szerint a tbc-ben megbetegedettek aránya a roma népességben 1,48 százalék, vagyis valamivel több, mint tízszerese a magyarországi átlagnak. A vizsgált adatok közül, az átlagtól való eltéréseket figyelembe véve a nem, a gazdasági aktivitás valamint a lakóviszonyok szerepe a leginkább meghatározó. A nők, a háztartásban elhelyezkedettek betegségaránya magasabb, a gazdaságilag aktívaké valamint a jobb lakókörülmények között élőké alacsonyabb (70.). A nem és a lakáskörülmények együttes hatását tekintve a rossz körülmények között élő nők a legveszélyeztetettebbek (arányuk az átlaghoz képest közel négyszeres). Hasonlóan magas veszélyeztetettségi faktort jelent az elkülönült, szegregációval jellemezhető életforma (közel háromszoros az arány). Az aktivitás hiánya és a lakáskörülmények együttes veszélyeztető hatása a háztartásban foglalkoztatottakat érinti, a nők magas reprezentációjának következtében (a jó körülmények között élő férfiak aránya 1,1%, a rossz lakáskörülmények között élő nők aránya 5,5%).

A hepatitisz A vírus terjedésében a kedvezőtlen higiénés viszonyok játszanak döntő szerepet. Magyarország az A-típusú fertőző májgyulladást illetően az alacsonyan fertőzött országok közé sorolható, csökkenő tendencia a figyelhető meg a fertőzöttség területén, bár évről évre előfordul kisebb-nagyobb májgyulladás járvány. Az 1990-es évek elején évente átlagosan 2500 volt a megbetegedések száma, ez 2003-ra 800-ra csökkent. Ennek okát sokan a higiénés helyzet javulásában látják, de bizonyára

közrejátszik a védőoltások elterjedése is. Az A-típusú májgyulladások területi megoszlásának szembetűnő eltérései vannak, 2003-ban például megbetegedések háromnegyede Borsod-Abaúj-Zemplén megyében történt, míg országosan 100 ezer emberre 5,5 megbetegedés esett, Borsod megyében ez a szám 52,3 volt. Szabolcs, Hajdú és Heves megyében is jelentős számú megbetegedést regisztráltak. Néhány évvel ezelőtt egy kis kelet-magyarországi falu 700 lakója kapott védőoltást májgyulladás járvány miatt, és a járvány során egyébként negyvenen kerültek kórházba. A járvány a település cigányok lakta utcáiban kezdődött.

Egy 2001-ben készült egészségügyi minisztériumi kutatás szerint csaknem százezer ember él az ország 483 cigánytelepén, katasztrófális infrastrukturális és közegészségügyi szempontból fokozottan kockázatos körülmények között (71.). Drámai javulást az utóbbi években végzett felmérések sem mutattak. A cigányok lakásviszonyai valamelyest javultak ugyan a korábbi évtizedekhez képest, de a különbségek nem szűntek meg. A romák mintegy 30 százaléka él egyszobás lakásban, villannyal ugyan el vannak látva, de csak 70%-nál van a házban vízvezeték, és mindössze felének van vízőblítéses WC-je. Az utcák jelentős részben csatornázatlanok, a telepek majd felén nincs vezetékes ivóvíz, sokszor szemétszállítás sem. Ahol van csatorna és vízvezeték, a roma lakások közül kevesen csatlakoznak a közműre, inkább közkutakat használnak, mert rossz az épületek állaga, sokan nem is tudnák fizetni a vízdíjat. Előfordul, hogy a romák nem arra használják az ivóvizet biztosító közkutakat amire valók, hanem ott mosnak és tisztálkodnak. Az emberek legtöbb helyen árnyékszékeket használnak, ami a gyerekek számára azért veszélyes, mert ők inkább a WC környékét használják, ez egyik oka lehet a megbetegedéseknek. Több településen előfordult, hogy a vízművek a díjhátralékos roma kolóniákban elzárta a vizet. Valószínűsíthetően emiatt tört ki az egyik keleti megye egyik cigánytelepén, nem sokkal később pedig két másik településen májgyulladás-járvány, ahol az összes fertőzött roma volt. Több példát hozhatnánk még fel az Országos Epidemiológiai Központ jelentései alapján, ahol a fertőzöttek nagy része vagy mindegyike roma volt, jelentős többségük gyermek. A járványügyi kérdés sokszor politikai kérdéssé vált, az egyik faluban a polgármester a járvány terjedését megakadályozandó hirdetményt tett közzé a faluban, melyben ahhoz kötötte a szociális juttatások kifizetését, hogy árnyékszéknek és kézmosási lehetőségnek kell lenni minden

portán. Egy másik helyen felelős kormányzati vezető azt mondta, hogy ez nem cigánykérdés, hanem a gond az, hogy az alapvető higiénés szabályokat nem tartják be az érintett népesség körében. Egyes településeken (helyi rendeletre) a cigánygyermek az általános iskolákban és óvodákban csak fertőtlenítő oldatban való kézmosás után ülhetek be a padokba. A telepek felszámolása tehát járványügyi szempontból is fontos volna. Több országos és helyi cigány vezető ugyanakkor úgy véli, hogy lejárato kampány folyik a romák ellen. Az tény, hogy a májgyulladás járványok leginkább a cigánytelepekről indulnak el, nem a higiénés szokásokat, hanem inkább a higiénés lehetőségek hiányát jelzi. A járványok kialakulását és terjedését nem lehet csak a klasszikus epidemiológia módszertani eszközeivel megmagyarázni és kontrollálni, figyelembe kell venni az érintett populáció kulturális sajátosságait is. Magyarországon a fertőző betegségek ellen adható kötelező védőoltásokat még a leghátrányosabb helyzetben lévő roma közösségek gyermekei is csaknem teljes számban, megkapják, az átoltottságot hivatalos források 95-98% közé teszik. A szomszédos Szerbiában is kötelező számos védőoltás, így a kanyaró elleni vakcina, de az ottani roma közösség tagjai nem mindig részesülnek védőoltásban, mivel sokszor költöznek, nem járnak iskolába, nincsenek nyilvántartva az egészségügyi ellátórendszerben. A szerbiai roma populáció általános átoltottságáról nincs megbízható információ, de egy vajdasági cigánytelepen végzett vizsgálat szerint az átoltottság nem érte el az 50%-ot. Az elmúlt év telén Észak-Szerbiában kanyarójárvány zajlott, több mint száz kanyarógyanús megbetegedést jelentettek. A laboratóriumi vizsgálattal megerősítetten kanyarós betegek egy kivétellel a roma populációhoz tartoztak (72.). Ez a járvány újabb példa arra, hogy csupán közegészségügyi intézkedésekkel nem lehet teljes sikert elérni a betegségek megelőzésében. A járvány megfékezésére természetesen meghozták az ilyenkor szokásos intézkedéseket, de a további endémiák megelőzésére kulturálisan adaptált felvilágosító programokat kell kezdeni, illetve folytatni a szerbiai roma populációban.

Több felmérés is bizonyította, hogy az egészségi állapotot a szociális státusz jelentősen befolyásolja, a szociális helyzet pedig összefügg az iskolázottsággal, amelynek foka alacsony roma népesség körében (73, 74.). A társadalmi egyenlőtlenség három legfőbb mutatója az iskolázottság, a foglalkozás és a jövedelem. A cigányok egészségmagatartása, egészségi állapota és egészségügyi ellátása több kutatás szerint

nem különbözik számottevően a nem-roma szegényekétől (75, 76.). Megfordítva is igaz lehet, hogy a romák alacsony iskolázottsága fontos oki tényezője szociális hátrányuknak, ez pedig felelőssé tehető alacsony egészségkultúrájukért, rossz egészségi állapotukért. Egészségüket veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági elmaradottság. A hátrányos szociális-gazdasági helyzet, az alacsonyabb iskolai végzettség és az átlagnál alacsonyabb jövedelem a legtöbb betegség kialakulásban jelentős kockázati tényező. Számottevő területi különbségek vannak az országon belül, lakóhely szerint az egészségtudatosság és az egészségmagatartás színvonalában. A területi különbségek háttérében sokszor gazdasági és/vagy etnikai különbségek állnak (77.).

Hazai és külföldi tanulmányok szerint a romák ritkábban és a szükségesnél később fordulnak orvoshoz (78, 79.). Az egészségmegőrzésben és az egészségügyi ellátásban nemritkán tapasztalt előítéletes gondolkodás, a kirekesztés, a diszkrimináció és az orvos-beteg kapcsolat problémái is hozzájárulhatnak a szegények és a romák, különösen a szegény romák prevenció és egészségügyi ellátásának nehézségeihez (80.).

Számos próbálkozás történt a romák egészségmagatartásának és egészségi állapotának javítására, de ezek nem eredményeztek érezhető javulást sem az egészségmagatartásban, sem az egészségi állapotban, sem a morbiditási és mortalitási mutatókban. A társadalomból bizonyos mértékig és különböző módon kirekesztett lakossági csoportok egészségügyi ellátórendszerhez és a megelőzési programokhoz való egyenlő, diszkriminációmentes hozzáféréseinek biztosítása része az „Egészség Évtizede” Népegészségügyi Programnak, melyet az Országgyűlés 46/2003 számú határozatával fogadott el. „Az egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása” fejezetben belül a négy alprogram egyike az „Esélyegyenlőség az egészségért” kiemelten foglalkozik a társadalomból kirekesztett lakossági csoportok (elsősorban a romák) a többségi társadalomhoz képest jelentősen rosszabb egészségi állapotát előidéző okok gyakoriságának csökkentésével (rövidtávon) és megszüntetésével (hosszútávon). Nem ismerjük a roma népesség és az egészségügyi ellátórendszer egyes intézménytípusai (házi orvosok, szakrendelők, kórházak.) közötti kapcsolatrendszer sajátosságait, nem tudjuk pontosan, hogy az egészségügyben dolgozók egészében milyen előítéletességgel

közelednek a romákhoz, és hogy a romák milyen előítéleteket vagy félelmeket táplálnak az egészségügy és dolgozói iránt. Ezen a területen számos vizsgálatot végeztek, de ezek többsége komoly metodikai hibákat tartalmaz, eredményük megkérdőjelezhető. Mindazonáltal az orvos – beteg viszonyban jelentkező kommunikációs problémák hatása kimutatható a romák betegségeinek megítélésében. A házi orvosok nem ismerik teljes mélységében a roma népesség egészségi állapotát, illetve halálozási viszonyait. Valószínűtlen, hogy az átlagosnál nagyobb figyelmet fordítanak roma betegeikre. A Népegészségügyi Program célkitűzései közé tartozik az egészségügyi szakemberek előítéletes magatartásának befolyásolása és a hátrányos megkülönböztetés okainak pozitív befolyásolása. Ennek egyik eszköze az egészségügyi dolgozók képzésének kiegészítése a roma népesség egészségi állapotára, szociális-gazdasági helyzetére, kulturális sajátosságaira vonatkozó ismeretekkel és a toleranciát erősítő tréningekkel. A kormányzati programok önmagukban nem képesek hosszú távon megoldást hozni a jelentősebb problémára sőt, rövid és középtávon sem várható jelentős eredmény. Elengedhetetlenül szükség van a civil kezdeményezésekre, a civil és a kormányzati szféra összefogására, valamint a nemzetközi együttműködésre. A Soros Alapítvány által 2000-ben finanszírozott „interetnikus orvosképző program” keretén belül több, egészségügyi dolgozókat és orvosokat képző felsőoktatási intézményben szerveztek egyéves programokat, de ezek egy kivételtől eltekintve nem folytatódtak. Jelenleg három egymással párhuzamos kezdeményezésről számolhatunk be. Az Európa Tanács finn kezdeményezésére az Európai Roma Fórum létrehozásán fáradozik, amely az európai országok roma közösségeinek demokratikus, reprezentatív nemzetközi testületként az ET mellett konzultatív funkciót látna el. Az EBESZ 2003-ban Roma Akciótervet munkált ki, amely részletesen összefoglalja a romák társadalmi integrációjának és esélyegyenlőségének megteremtése érdekében szükséges teendőket, a kormányzati szféra egészére kiterjedően. A harmadik kezdeményezés Közép- és Délkelet-Európa kilenc országára vonatkozik. A Nyílt Társadalom Intézet (OSI) javaslatára 2005-ben kezdődött a „Roma integráció évtizede” program. Ebben Bulgária, Csehország, Horvátország, Magyarország, Macedónia, Montenegró, Románia, Szerbia és Szlovákia vesz részt kormányzati szinten, civil szervezetek bevonásával. A résztvevők konszenzussal állapodtak meg abban, hogy alapjában négy fő területen kell prioritást biztosítani, az oktatás, a foglalkoztatás, az egészség és a lakásépítés probléma-

halmazaira kell koncentrálni az erőket. A program finanszírozása azonban nem megoldott, az OSI a jelentős célokhoz aránytalanul kevés pénzt biztosít. Eredetileg sem állt szándékukban teljes programokat támogatni, csak a programok előszítéséhez, indításához és monitorozásához biztosítanak forrásokat. A résztvevő országok sem képesek (különösen nem a jelenlegi gazdasági válságban) a programok finanszírozására. A program éves jelentései alapján megállapíthatjuk, hogy nem történt áttörés a fentebb említett célok megvalósítása érdekében.

2. EGYES HÁTRÁNYOS HELYZETŰ CSOPORTOK EGÉSZSÉG-MAGATARTÁSÁT FELMÉRŐ SAJÁT KUTATÁSOK BEMUTATÁSA

2.1. Utcai prostituáltak AIDS-szel kapcsolatos ismeretei, magatartása és attitűdje

Háttér

Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint a heteroszexuális populáció HIV/AIDS fertőződésének veszélye folyamatosan növekszik Európában és Magyarországon is. 1983-ban az AIDS betegek kevesebb, mint egy százaléka fertőződött heteroszexuális kapcsolat útján, 1993-ban ez az arány 9,9% volt. A UNAIDS jelentése szerint Kelet-Európában a HIV-fertőzött nők aránya 2007-ben 26 % volt (81, 82.). Magyarországon is folyamatosan növekedett a (túlnyomó többségükben heteroszexuális kapcsolat során) fertőződött nők száma: 1985 és 2003 között a kumulatív incidencia 141 volt. 2008 végére ez a szám 209-re növekedett, mely az összes HIV fertőzött mintegy 13%-a. 2009 első félévében 6 újonnan fertőződött nőt regisztráltak, ez időarányosan több mint az előző évben, bár az alacsony esetszám miatt ebből messzemenő következtetéseket nem vonhatunk le. Részben szexuális magatartásuk, részben drogfogyasztásuk miatt a prostituáltak a HIV terjedése szempontjából fokozott kockázatú csoportba tartoznak. Különösen veszélyeztetettek az utcán dolgozó szex-munkások, akik legtöbbször a kliensek minden kívánságát teljesítik (óvszer nélküli közösülés, anális szex) tekintet nélkül arra, hogy ez fokozott fertőződési kockázattal jár (83.).

Célkitűzés

1993-ban-ben végzett felmérésünk célja, melyet a Nemzeti Egészségvédelmi Intézettel közösen végeztünk, az volt, hogy megismerjük a budapesti utcán dolgozó prostituáltak AIDS-szel kapcsolatos ismereteit, valamint objektív képet kapjunk a fertőzés kockázatát növelő magatartási tényezőkről. Tudomásunk szerint Magyarországon ez volt az első ilyen jellegű vizsgálat, a kis esetszám és a kapott eredmények statisztikai feldolgozásának hiányosságai ellenére ezért tartottuk fontosnak, hogy ismertessük az értekezésben.

Módszer

Teljes diszkréciót biztosítandó 27 kérdésből álló önkitöltős kérdőívet használtunk, melyet a válaszolók felbélyegzett borítékban, név nélkül küldtek vissza. A kérdések között csak néhány személyes demográfiai adat szerepelt, így a válaszadó kora és iskolai végzettsége. Információt kértünk a válaszadók HIV/AIDS-szel kapcsolatos tudásáról, így a vírus terjedésének módjáról, a megelőzés lehetőségeinek ismeretéről. Szerepeltek kérdések a HIV-fertőzéssel kapcsolatos kockázatos magatartásról (alkohol-és drogfogyasztás, közös tűhasználat injekciós kábítószer-fogyasztásnál, szexuális partnerek száma, gumióvszer-és síkosító használatának gyakorisága). A kérdőívet 1. számú mellékletként csatoljuk. A mintavételt „kényelmességinek” vagy „alkalminak” nevezhetjük. A kérdőívek szétosztását a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet (NEVI) felkészített „street-worker” (utcai segítő) csapata végezte Budapest VIII. kerületében, amely a felmérés idején az utcai prostitúció legjelentősebb színtere volt. Az utcai segítők a NEVI által felkészített és alkalmazott egészségnevelők, akik tevékenységük során a veszélyeztetett csoportok tagjaival közvetlen kontaktust alakítottak ki, közülük többen maguk is ilyen csoportok tagjai voltak. A kérdőívet 1. számú mellékletként csatoljuk.

Eredmények

Kétszáz szétosztott kérdőívből 78 darab, vagyis 39% érkezett vissza, 2 kérdőív értékelhetetlen volt, így 76 prostituált válaszait dolgoztuk fel. Tekintettel arra, hogy az utcán dolgozó prostituáltak számáról csak igen durva becslésünk lehetett (talán 500-1000 lány dolgozott azon a területen), így a reprezentativitásra vonatkozólag megbízható adattal nem rendelkezünk. A válaszolók átlagéletkora 25 év, közöttük a legfiatalabb 14, a legidősebb 45 éves volt. Több mint kétharmad részük iskolai végzettsége nem haladta meg

a 8 általános iskolai osztályt. Egyetemet, főiskolát senki sem végzett közülük. Tizenhárom kérdés a betegséggel kapcsolatos ismeretanyagra vonatkozott, különös tekintettel a vírus lehetséges terjedési módjaira. Ezekre a kérdésekre többségükben helyes válaszokat adtak. Többen úgy gondolták, hogy az hogy AIDS csak a homoszexuális férfiak betegsége, és a fertőzés fogamzásgátló tablettával, esetleg védőoltással megelőzhető. A válaszolók több mint négyötöde tudta, hogy az AIDS hüvelyi nemi érintkezéssel terjedhet, ezzel szemben alig több mint 50%-uk volt biztos abban, hogy a szájba jutott ondó is fertőzhet. Az analízis közöseléssel kapcsolatos fertőződési lehetőségről még kevesebb ismerettel rendelkeztek. Az AIDS megelőzése szempontjából a gumióvszer használata alapvető fontosságú, hatásosságát 84%-ban ismerték, ez más országokban végzett hasonló felmérésekkel összehasonlítva kedvezőnek mondható eredmény (84.). Bár a prostituáltak ismeretei ebben a tárgykörben megfelelőek, magatartásukról ugyanez már nem mondható el: csak a megkérdezettek 43 %-a használt minden közöselésnél óvszert (85.).

Az életmódra, szexuális szokásokra és a magatartására vonatkozó kérdésekre adott válaszokból megtudtuk, hogy a válaszolók kétharmadát kezeltek szexuális úton terjedő betegségek miatt. Magas volt a rendszeres alkoholfogyasztók száma (a válaszolók 50%-a) a rendszeres kábítószer fogyasztók száma viszont alacsonyabb (6%). Ketten használtak intravénás kábítószerrel, mindketten megosztották a tűt és a fecskendőt másokkal.

A válaszolók közül 18% többször, 27% pedig legalább egyszer volt HIV szűrővizsgálaton. Egyszer sem számoltak be pozitív vizsgálati eredményről, hárman nem tudták az eredményt, mert nem mentek vissza a leletért.

Megbeszélés

Az eredmények értékelése előtt rá kell mutatnunk, hogy a kérdőívet azok a prostituáltak kapták meg, akik a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet "street-worker" csoportjának tagjaival rendszeresen találkoztak, tehát az AIDS-szel kapcsolatosan valószínűleg az átlagosnál jobban informáltak voltak. A vizsgálat korlátai között megemlíthetjük az alacsony válaszadási arányt melynek okai között szerepelt, hogy abban az időben a prostitúció büntetendő cselekmény volt, ez a kérdőív névtelensége ellenére bizonyos félelmeket gerjeszthetett. A kérdőívet vissza nem küldők között feltételezhetően alacsonyabb volt a HIV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretanyagra vonatkozó jó válaszok

aránya. A valósánál pozitívabb képhez hozzájárult az is, hogy a kérdőívet szétosztók egy része - a kapott utasítás ellenére - segített a kitöltésben. Mindezek figyelembevételével nem adhat okot az elégedettségre az sem, hogy a HIV terjedésével kapcsolatos válaszok átlagosan 76%-ban helyesek voltak.

A válaszok elemzése rámutatott az ismeretek hiányosságaira is, így például arra, hogy a szexuális terjedési módok közül az orális és az anális közösülés szerepe kevésbé ismert. A veszélyérzetet és ezzel az eredményes megelőzést akadályozhatják bizonyos téves ismeretek, mint például, az hogy AIDS csak a homoszexuális férfiak betegsége, vagy az hogy a fertőzés fogamzásgátló tablettával, esetleg védőoltással megelőzhető. Összességében tehát az AIDS-szel kapcsolatos ismeretek szintje megfelelőnek volt mondható, de a kockázatos magatartásra vonatkozó válaszok alapján jóval kedvezőtlenebb kép rajzolódott ki. Ez egyértelműen igazolja az irodalomból jól ismert tény, miszerint a megfelelő ismeretanyag nem feltétlenül jár együtt a kockázatos viselkedés kerülésével (86.). Kedvezőtlennek tartjuk, hogy a válaszolók kisebb része figyelmezteti partnerét minden alkalommal, ha az nem akar óvszert használni. A rendszeres alkohol- és kábítószer fogyasztás a belátási képességet nagymértékben csökkenti. Az alkoholista vagy drogfüggő prostituált hajlamosabb arra, hogy kliensének minden kívánságát teljesítse tekintet nélkül arra, hogy az mennyire veszélyes a HIV terjedése szempontjából. Bár csak ketten használtak intravénás kábítószer, mindketten megosztották a tűt és a fecskendőt másokkal, ez a HIV terjedése szempontjából közismerten jelentős kockázati tényező. Tekintettel arra, hogy a vizsgálat idején a kábítószer fogyasztása is bűncselekmény volt, valószínűleg ennek használatát sem vallotta be mindenki. Megjegyzésre érdemes, hogy az utcai segítők személyes tapasztalata szerint mind a kábítószer-élvezők, mind a rendszeres alkoholfogyasztók sokkal nagyobb számban voltak a prostituáltak között, mint ahányan erre a kérdésre pozitív választ adtak. Az a tény, hogy a válaszolók túlnyomó többségét kezelték szexuális úton terjedő betegségek miatt, a biztonságos szexuális gyakorlat hiányát jelzi. Bizonyos nemi betegségek növelik a HIV fertőzés valószínűségét. A HIV szűrővizsgálaton résztvevők száma alacsony volt, különös tekintettel arra, hogy az adatfelvétel idején ez minden rendőrségi eljárás alá vont prostituált számára rendeletileg kötelező volt (a kérdőívet visszaküldött nők jelentős része valószínűleg ebbe a csoportba tartozott). A felmérést elővizsgálatnak tekintethetjük, mely Magyarországon az első kísérlet volt ezen populáció egészségmagatartásának epidemiológiai módszerekkel felmért,

kvantitatív eredményeket adó jellemzésére. Vizsgálatunk rámutatott arra, hogy a prostituáltak körében végzett, irodalmi adatok alapján is hasznosnak tartott kortárs („sorstárs”) felvilágosító munkát szélesebb körre kell kiterjeszteni. A jövőben nagyobb súlyt kell fektetni az attitűd és a magatartás megváltoztatásra, melynek csak első, bár kétségkívül fontos lépése az ismeretek bővítése. Az alacsonyabb tudásszintet jelző kérdéseket alaposabban kell tárgyalni a hagyományos egészségnevelő módszerekkel, de új, a kedvezőtlen attitűdöt és a kockázatos magatartást hatékonyabban megváltoztató módszereket is ki kell dolgozni. A jövőben nagyobb figyelmet kell fordítani a programok monitorozására és az eredményesség vizsgálatára, ebben segíthet a vizsgálat bizonyos időközönként történő megismétlése.

2. HIV/AIDS kockázatos viselkedés budapesti homo/biszexuális férfiaknál

Háttér

Magyarországon 1987 és 2003 között a HIV fertőzöttek több mint fele, a diagnosztizált HIV/AIDS betegek 70%-a és az AIDS-ben elhunytak túlnyomó többsége homoszexuális vagy biszexuális férfi volt. A legtöbb fertőzött Budapesten és környékén élt. Az Országos Epidemiológiai Központ legutóbbi adatai szerint (2009. I. félév) a HIV fertőzött homoszexuális vagy biszexuális férfiak kumulatív incidenciája 1289 volt (ez az összes fertőzött 75%-a). Kevés megbízható, epidemiológiailag korrekt információ áll rendelkezésünkre a HIV járvány által Magyarországon leginkább érintettek szexuális magatartásáról. 1994-ben önként jelentkezők körében nem reprezentatív kérdőíves adatfelvételt végeztek, melynek alapján megállapították, hogy a melegek viszonylag jól tájékozottak voltak a HIV/AIDS problémával kapcsolatban, kockázatmentes magatartást viszont kevesen folytattak (87.). A vizsgálatban résztvevő 455 férfi 52%-ának hatnál több szexuális partnere volt. A válaszolók 84%-ának volt alkalmi partnere, egyharmada nem használt kondomot anális közösülés során. 1996-ban az ÓVEGYLET Alapítvány HIV/AIDS megelőzési programját értékelő munkacsoport végzett felmérést budapesti homoszexuális közösségekben, melynek során 656-an válaszoltak a betegséggel és a szexuális magatartással kapcsolatos tudásra, attitűdre és gyakorlatra vonatkozó kérdésekre. Az előzőekben említett vizsgálat eredményeihez hasonlóan túlnyomó többségük AIDS-szel kapcsolatos tudása megfelelő volt. Szinte valamennyi

válaszadó tisztában volt a gumióvszer védőhatásával, 28%-uk ezzel kapcsolatos attitűdje azonban negatív volt. A kockázatos magatartásformák, így az óvszer nélküli anális közösülés is gyakorinak mutatkozott.

Célkitűzés

A megelőző programok tervezéséhez fontos, hogy megértsük a kockázatos magatartást befolyásoló pszichoszociális tényezőket. A kockázatos magatartással kapcsolatos elméletek a tudás, attitűd, magabiztosság és a „felfogott” (perceived) csoportnormák fontosságát hangsúlyozzák, mint a magatartás lehetséges meghatározóit illetve befolyásolóit. Ha pontosan meghatározzuk a kockázatos magatartást befolyásoló tényezőket, lehetőségünk nyílik arra, hogy megfelelő kockázatcsökkentő intervenciót fejlesszünk ki.

Módszer

2001 júniusában Budapesten 469 önmagát homoszexuálisként vagy biszexuálisként azonosító, 18 éven felüli férfi töltötte ki a szexuális magatartásra, tudásra és attitűdre vonatkozó kérdéseket tartalmazó kérdőívet a város meleg közössége által használt találkozóhelyeken. A felmérés során kényelmességi (nem véletlenszerű) mintavételezési módszert alkalmaztunk. A felméréshez az Egyesült Államokban és Oroszországban hitelesített önkitöltős kérdőívet használtunk, de a magyarországi vizsgálat előtt elvégeztük a kérdőív kulturális adaptációját. A helyszíni adatgyűjtést végző csoport egy civil melegszervezet felkészített tagjaiból állt, és a munkát a Semmelweis Egyetem két tudományos munkatársa ellenőrizte. Az adatgyűjtés előtt felvettük a kapcsolatot a szórakozóhelyek tulajdonosaival. Pontos adatgyűjtési menetrendet és standard protokollt állítottunk össze figyelembe véve a bárók látogatottsági adatait. A kérdőívek kitöltésére való ösztönzésként a résztvevők óvszereket, valamint a civil szervezetről és az AIDS-ről szóló tájékoztató anyagokat kaptak. A kérdőív kitöltése előtt a résztvevők elolvasták és aláírták a beleegyezési nyilatkozatot, amely ismertette a vizsgálat célját, megnevezte a vizsgálatot végző intézményeket, és hangsúlyozta a válaszok névtelenségét. A kérdőív kitöltéséhez az esetek többségében 20 percnél kevesebb időre volt szükség. A felkért férfiak több mint 80%-a vállalta a kérdőív kitöltését. A kérdőívet 2. számú mellékletként csatoljuk.

Demográfiai és gazdasági-szociális jellemzők

A résztvevőktől a kérdőívben megkérdeztük korukat, iskolai végzettségüket és foglalkozásukat.

Kockázatos szexuális magatartás

A válaszadókat kértük, hogy határozzák meg szexuális irányultságukat (homoszexuális, biszexuális vagy heteroszexuális). Kérdeztük, van-e állandó partnerük, valamint azt, hogy életük során, az elmúlt évben és a vizsgálatot megelőző három hónapban hány férfi és hány női partnerük volt. Megkérdeztük, hogy a válaszadó kizárólagos nemi kapcsolatot folytat-e egy másik férfivel, és ha igen, hány hónap telt el azóta, hogy valaki mással közösült. Válaszoltak arra is, hogy ebben az időszakban hány alkalommal és hány férfivel folytattak befogadó illetve beható anális közösülést. Az anális közösülésről beszámoló 11 pontos skálán (0%-tól 100%-ig) jelölték meg, hogy a befogadó vagy beható aktus során milyen arányban használtak óvszert. Azt is megkérdeztük, hogy a legutóbbi anális közösülésükkor használtak-e óvszert. Ezzel párhuzamosan az elmúlt három hónap során női partnerekkel folytatott vaginális és anális közösülésekről is kértünk információkat.

Kérdésként szerepelt, hogy kezelték-e őket bármiféle nemi úton terjedő betegséggel (STD), és ha igen hány alkalommal. Kérdés volt arról, hogy adtak-e, fogadtak-e el pénzt vagy értéktárgyat férfivel folytatott szexuális kapcsolatért cserébe. Végül azt kérdeztük meg, hogy voltak-e valamikor HIV vizsgálaton, és ha igen az eredmény negatív vagy pozitív volt.

HIV fertőzés kockázatával járó magatartás

A vizsgálat résztvevői az "igen", "nem", "nem tudom" választási lehetőségek segítségével kilenc olyan állítás helyességét ítélték meg, melyek a HIV fertőzés kockázatával járó magatartásra, valamint a kockázatcsökkentési lépésekre vonatkozó gyakorlati tudásra vonatkoztak. Így például megkérdeztük, hogy az óvszer nélküli anális közösülés nagyobb veszélyt jelent-e a HIV fertőzésre, hogy síkosító anyagként olajos vagy vizes alapú anyag használata tanácsos-e, hogy a külsőről meg lehet-e állapítani, hogy valaki HIV pozitív, valamint azt, hogy a gondos mosakodás hatékonyan véd-e a

HIV fertőzéstől. Egyes állításokat az „automatikus” válaszadás okozta esetleges torzítás miatt negatív formában szerepeltettünk.

Magatartásváltoztató szándék a kockázat csökkentésére

Az "igen", "nem tudom" és "nem" válaszadási lehetőségek segítségével a résztvevők jelezték, hogy mennyire értenek egyet a biztonságosabb szexuális magatartásra vonatkozó szándékuk erősségét vizsgáló öt megállapítással. Például: "Feltétlenül csak biztonságosabb szexet fogok alkalmazni a következő szexuális partneremmel", "Vissza fogom utasítani a nemi közösülést, ha túl részeg vagy túl drogos vagyok a biztonságosabb szexhez", "Ha partnerem fiatal és vonzó, akkor nem fogok biztonságosabb szexet alkalmazni". A pontszámok 5 ponttól (leggyengébb magatartás-változtató szándék) 15 pontig terjednek (legerősebb szándék).

A biztonságosabb szexszel kapcsolatos attitűd

A válaszadók három pontos skálán jelezték egyetértésük fokát az óvszerhasználattal és a biztonságosabb szexszel kapcsolatos attitűdre vonatkozó nyolc megállapítással. Például: "Az óvszer használata nagyon élvezetes lehet" vagy "A biztonságosabb szex izgató szexuális játékká teszi az aktust" és "Az óvszer a partnerek közötti bizalom hiányát jelzi". A pontszámok 8 és 24 pont között változtak, a magasabb pontszámok pozitívabb attitűdre utaltak.

Az óvszer és a biztonságosabb szex elfogadottsága

A válaszadók három pontból álló skálán válaszoltak arra az öt megállapításra, hogy a biztonságosabb szex alkalmazása mennyire elfogadott norma a kortársak és a szexuális partnerek között. Például: "A biztonságosabb szex nagyon népszerű a barátaim körében", "Barátaim a biztonságosabb szexről többet beszélnek, mint alkalmazzák". A skálán 5 tétel szerepelt, a pontszámok 5-től 15-ig terjedtek. A nagyobb pontszámok erőteljesebb elfogadottságot mutattak.

Pozitív önértékelésen alapuló kockázatesökkentés („self-efficacy”)

Hét megállapítás mérte a válaszadók önértékelését arra vonatkozóan, hogy el tudják-e kerülni a kockázatos szexuális magatartást. Például: "Könnyen tudok barátaimmal

beszélni a biztonságosabb szexről és az óvszerekről" vagy "Tudok óvszert vásárolni anélkül, hogy zavarba jönnék". A résztvevők minden megállapításra "igen", "némiképp" illetve "nem" választ adhattak. A pontszámok 7-től 21-ig terjedhettek, a nagyobb pontszámok nagyobb önbizalmat tükröztek.

Alkoholfogyasztás, kábítószer-használat

Vizsgáltuk az alkoholfogyasztás mértékét és a tiltott kábítószeresek használatát. Megkérdeztük, hogy fogyasztanak-e, és ha igen mennyi és milyen alkoholt hetente; használtak-e tiltott kábítószer az elmúlt három hónapban, és ha igen hányszor használták ezeket ezen időszak alatt.

Személyes kapcsolat HIV fertőzöttel vagy AIDS-beteggel

A válaszadókat megkérdeztük, hogy ismernek-e személyesen bárkit, aki HIV fertőzött vagy AIDS-beteg. Igenlő válasz esetén megmondták azt is, hogy hány HIV/AIDS beteget ismernek.

Óvszerhasználat

A résztvevőket megkérdeztük, hogy van-e elég pénzük óvszer-vásárlásra, vásárolják-e rendszeresen, és van-e mindig kéznél, ha szükség van rá. Megkérdeztük azt is, hogy tudják-e, hogyan kell kiválasztani a megfelelő óvszert és síkosító-szert, valamint azt, hogy mennyire fontos számukra az óvszer.

Mindegyik, több tételből álló skála esetében kiszámítottuk a Cronbach-alpha együtthatók értékét. A Cronbach-alpha összegző skálákra számítható megbízhatósági mutató, amely a skála belső konzisztenciáját fejezi ki egy 0 és 1 közötti számmal. Értékét 0,70-0,85 között tartjuk elfogadhatónak, ez alatt nem elég konzisztens a skála, fölötte viszont már redundáns (88.). Vizsgálatunkban 0,50-0,63 között változott, tehát abban a tartományban helyezkedett el, mely álló rövid skálák esetében várható volt. A Cronbach-alpha a kérdőív tökéletesítésével javítható.

Elemzési módszer

Az elemzéshez SPSS statisztikai programcsomagot használtunk. A deskriptív analízis során kategorikus változók esetén az egyes jellemzők relatív gyakoriságát, folytonos

változók esetén az átlagot, a mediánt és a szórást számítottuk. A magas kockázati viselkedéshez tartozó tényezőket egyváltozós elemzéssel vizsgáltuk: összehasonlítottuk azokat a férfiakat, akik beszámoltak a kérdezést megelőző három hónap során történt védekezés nélküli anális közösülésről, azokkal, akik ezt nem említették. Kétmintás t-próbával vizsgáltuk az eltéréseket normális eloszlású folytonos változók esetén. Mann-Whitney U-próbát alkalmaztunk nem normális eloszlású folytonos változók, illetve khi-négyzet próbát bináris változók esetén.

Az egyváltozós elemzéseket követően logisztikus regressziós analízist használtunk azon célból, hogy meghatározzuk az alábbi két, dichotom módon kategorizált kockázatos magatartásforma milyen tényezőkkel állt kapcsolatban: (1) legalább egy anális közösülés történt az elmúlt 3 hónapban kondom használat nélkül (2) nem használt kondomot a legutóbbi anális közösülés során. Ezt az elemzést külön-külön elvégeztük a befogadó és a behatoló anális közösülés esetében.

Többszörös lineáris regressziós analízissel határoztuk meg, hogy mi befolyásolja a kondomhasználat gyakoriságát az anális közösülések során. Ezt az elemzést szintén külön elvégeztük a befogadó és a behatoló anális közösülés esetében.

Eredmények

A résztvevők demográfiai és szociális-gazdasági jellemzői

A mintában szereplő férfiak átlagos életkora 29,2 év volt. A résztvevők 44%-a fejezte be a középiskolát, 40%-ának volt felsőfokú végzettsége; a többiek általános iskolai vagy szakiskolai végzettséggel rendelkeztek. A férfiak 88%-a állt alkalmazásban, főként szellemi (61%) illetve fizikai dolgozóként (16%).

A szexuális magatartás jellemzői

A mintában szereplő mindegyik férfi azt válaszolta, hogy élete során valamikor volt szexuális kapcsolata férfivel. Szexuális irányultságuk nagyobb változatosságot mutatott: a válaszolók 75%-a homoszexuálisnak, 24%-a biszexuálisnak, 1%-a heteroszexuálisnak tartotta magát.

A válaszolóknak számos férfi partnerük volt mind egész életük során, mind a vizsgálatot megelőző évben, mind a kérdőívfelvételt közvetlenül megelőző három

hónapban (1. táblázat). A résztvevők válasza alapján az elmúlt három hónap során a férfi partnerek számtani átlaga 39, míg a medián értéke 5 volt. A válaszolók egy kisebb csoportjában a partnerek száma igen magas, 50%-uk esetén pedig legfeljebb 5 volt. A leggyakrabban előforduló (35,5%) partnerszám az 1 volt.

A válaszadók 50%-a közösült anélkül legalább egyszer a vizsgálatot megelőző 3 hónapban. A védekezés nélküli anélküliség igen gyakori volt. A válaszadók 40%-ának beható anélküliség közösülési aktusai védekezés nélkül történtek és a befogadó anélküliség közösülések 50%-ában nem használtak óvszert. A férfiak 25%-a közösült anélküliség több mint egy férfi partnerrel a három hónap során. A válaszadók 17%-a válaszolta, hogy pénzért vagy értéktárgyért vett részt szexuális aktusban, és ugyanennyien mondták azt, hogy fizettek a szexért. Gyakorinak találtuk a biszexuális magatartást, a résztvevők több mint 77%-a közösült női partnerrel élete valamelyik szakaszában. A vizsgált évben a megkérdezettek 26%-ának volt női partnere, 14%-a közösült vaginálisan a kérdést megelőző három hónap során. A biszexuális férfiak óvszerhasználati szintje alacsony volt női partnerrel való közösülés esetén: a vaginális közösülések csupán 23%-ában védekeztek gumióvszerrel.

Szexuális úton terjedő betegségek előfordulása

A mintában résztvevők 19%-a mondta azt, hogy kezelték a múltban nemi úton terjedő betegség miatt. A nemi úton terjedő betegséggel kezelt férfiak közül a korábbi kezelési események átlagos száma 1,8 volt. A férfiak 73%-a volt már HIV vizsgálaton valamikor régebben, 97% eredménye akkor negatív volt, 39% válaszolta azt, hogy személyesen ismer HIV fertőzöttet vagy AIDS beteget.

Kábítószer-használat

A résztvevők 20%-a számolt be arról, hogy tiltott kábítószerrel használt a három hónap során. A leggyakrabban használt kábítószer a marihuána és az ecstasy tableta volt. Csak ötven válaszolták azt, hogy injekciós kábítószerrel fecskendeztek be maguknak az elmúlt három hónap során.

A HIV fertőzés kockázatának ismerete

A résztvevők átlagosan 75%-át választották meg helyesen azoknak a kérdéseknek, amelyek a HIV-fertőzés kockázatára és a kockázatot csökkentő lépésekre vonatkozó gyakorlati tudást vizsgálták (9 kérdésből az átlag 6,75). Számos területen találtunk azonban a kockázattal kapcsolatosan téves elképzeléseket. A résztvevők 52%-a nem tudta, hogy az óvszert nem szabad olajjal vagy vazelinnel síkosítani. A válaszolók 37%-a hitte azt, hogy az aktus utáni gondos mosakodás megvédi az embert a HIV fertőzéstől. A megkérdezettek 33%-a hitte azt, hogy a kinézetéről, külső jegyekből meg lehet állapítani azt, hogy valaki HIV pozitív. A válaszolók 31% úgy gondolta, hogy olyan partnerekkel, akik azt mondják magukról, hogy HIV negatívak, nem kell biztonságosabb szexet alkalmazni.

Azon férfiak egyváltozós összehasonlítása, akik folytattak, illetve nem folytattak a három hónap során védekezés nélküli anális közösülést

Összesen 310 férfi adott megfelelően részletezett információt arra vonatkozóan, hogy milyen arányban használtak óvszert a behatoló illetve befogadó aktusok során. Ebből meg lehetett határozni, hogy folytattak-e védekezés nélküli anális közösülést. Összesen 235 férfi (76%) folytatott védekezés nélküli anális közösülést partnerével ezen időszak alatt, míg 75 férfi (24%) védekezett gumióvszer használatával. A veszélyeztetett és a nem veszélyeztetett csoportba sorolt férfiak szignifikáns eltérést mutattak a HIV fertőzéssel összefüggő magatartást és pszichoszociális jellemzőket mérő skálákon (2. táblázat). A védekezés nélküli anális közösülést („unprotected anal intercourse”, UAI) folytató férfiaknak alacsonyabb volt a HIV fertőzés szempontjából kockázatot jelentő magatartásra vonatkozó tudása ($p=0,05$), és kevésbé szándékoztak változtatni ezen a magatartáson ($p<0,001$), mint azok a férfiak, akik a három hónap során tartózkodtak a nagy kockázatot jelentő szexuális magatartástól. Ugyanakkor negatívabb attitűdöt mutattak az óvszer és a biztonságosabb szex tekintetében ($p<0,001$), az óvszer használatát és a biztonságosabb szexet kevésbé támogató normákat fogadtak el ($p<0,001$), és alacsonyabb szinten volt az önerőből történő kockázatcsökkentésük ($p<0,001$). A védekezés nélküli anális közösülést folytató férfiaknak egész életük során több férfi partnerük volt ($p=0,04$) és általában több férfi partnerük volt a vizsgált három hónap során is ($p=0,10$). A veszélyeztetett férfiak több befogadó anális aktusban vettek

részt az elmúlt három hónap során, mint az óvatosabb férfiak ($p=0,002$). Mind befogadó, mind behatoló anális közösüléseknél több partnerük volt az elmúlt három hónap során ($p=0,02$ illetve $p=0,09$).

Az óvszerhasználat jelentőségének megértése és az óvszerhez való hozzájutás különbözött a védekezés nélküli anális közösülést folytatók körében. A veszélyeztetett csoportban található férfiak gyakrabban mondták azt, hogy nincs elég pénzüik óvszer vásárlására ($p=0,05$), ritkábban vásároltak óvszert, és az óvszer nem állt rendelkezésükre, amikor szükség volt rá ($p<0,001$). Nem kedvelték, illetve nem tartották fontosnak az óvszert ($p<0,001$), és kevesebbet tudtak arról, hogy hogyan kell az óvszert használni ($p=0,01$). A kockázatos magatartást folytató férfiak kisebb valószínűséggel válaszolták azt, hogy valaha már voltak HIV vizsgálaton ($p=0,05$).

Többszörös elemzés a védekezés nélküli anális közösülésekről, és arról hogy használtak-e óvszert a legutóbbi behatoló illetve befogadó anális közösülésnél

A lépcsőzetes logisztikus regressziós analízis eredményei jelzik az elmúlt három hónapban történt védekezés nélküli anális közösülés kapcsolatát egyes tényezőkkel az elmúlt három hónapban. A háromlépéses modell szignifikánsan jelezte a nem biztonságos magatartást (3. táblázat). A kockázatsökkentő magatartásra irányuló gyengébb változtatási szándék (esélyhányados (EH: 1,56), az a tény, hogy nem áll rendelkezésre óvszer, amikor szükség lenne rá (EH: 6,25), valamint az óvszer és a biztonságosabb szex tekintetében kevésbé pozitív attitűd (EH: 1,25) egymástól függetlenül erős kapcsolatban állt védekezés nélkül folytatott anális közösüléssel.

A lépcsőzetes logisztikus regressziós analízis eredményei azt mutatták, hogy az utolsó behatoló anális közösülés esetében az óvszer használata kapcsolatban állt azzal, hogy kéznél volt-e óvszer amikor arra szükség volt (EH: 3,35), élete során valamikor részt vett-e HIV-vizsgálaton (EH: 2,45), erős-e a kockázatsökkentő magatartásra való változtatási szándék (EH: 1,20), valamint azt, hogy fogyasztott-e alkoholt a megelőző héten (EH: 2,43). A válaszadó utolsó befogadó anális közösülésénél történő óvszerhasználatát előre jeleztük egy olyan modellel, melyben szerepel a kockázatsökkentő magatartásra való kifejezett változtatási szándék (EH: 1,38), a jelenlegi állandó kapcsolat hiánya (EH: 2,13), az óvszerrel és a biztonságosabb szexszel kapcsolatos pozitívabb attitűd (EH: 1,13), a fiatalabb kor (EH: 1,05) valamint hogy

kéznél van az óvszer amikor szükség van rá (EH: 2,26). Ez a modell a válaszadók 75%-ánál helyesen jelezte, hogy használtak-e óvszert az utolsó *befogadó* anális közösülésnél, 86%-nál pedig helyesen jelezte az utolsó *behatoló* anális közösülésnél az óvszerhasználatot.

Többszörös elemzés annak előrejelzésére, hogy a vizsgálatot megelőző három hónapban az anális közösülések milyen százalékában használtak óvszert

Lineáris regressziós elemzést használtunk annak előrejelzésére, hogy a behatoló illetve befogadó anális közösülésnél milyen százalékban használnak óvszert (4. ábra). Mindkét regressziós modell illeszkedését vizsgáló F-próba eredménye statisztikailag szignifikáns volt. Mindegyik modellben ugyanazt az öt változót használtuk, de némileg eltérő sorrendben. Az illesztett modellek az óvszerhasználat varianciájának 32 illetve 24%-át magyarázták. A behatoló illetve befogadó anális közösülés során történő nagyobb mértékű óvszerhasználatot a kockázatesökkentési magatartásra való erősebb változási szándék, az óvszerre és a biztonságosabb szexre vonatkozó pozitív attitűd, az állandó kapcsolat hiánya, a szükség esetén rendelkezésre álló óvszer valamint az önmeghatározott, meleg szexuális irányultság jelezte.

Megbeszélés

Magyarországon, és a legtöbb közép-kelet-európai országban az Országos Epidemiológiai Központ adatai szerint a homo-és biszexuális férfiaknál fordul elő a HIV fertőzések túlnyomó többsége, mindazonáltal kevés vizsgálatot végeztek a kockázatot jelentő magatartási szokásokkal, valamint a kockázatot befolyásoló tényezőkkel kapcsolatosan, ezért felmérésünk hiánypótlónak tekinthető. Vizsgálatunk megállapításai rámutatnak arra, hogy az érintett közösségben igen gyakori a HIV/AIDS kockázatos magatartás. A mintában szereplő férfiak nagy része számolt be a közelmúltra vonatkozóan kockázatos szexuális magatartásról, többek között védekezés nélküli anális közösülésről. Mindezekből egyértelműen következik, hogy a továbbiakban is nagy szükség van meleg férfiak számára szervezett HIV/AIDS megelőző programokra. A kockázatot jelentő viselkedés magas aránya a meleg közösségben új megbetegedések előfordulását vetíti előre. A kockázat azonban nem korlátozódik az azonos neműek közötti kapcsolatokra: a meleg férfiak több mint egynegyedének volt nőpartnere a kérdezést megelőző évben. A férfiak közötti szexet

gyakorlók ritka óvszerhasználata a női partnerekkel való közösülés során kiemelt kockázatot jelent. Vizsgálatunk alapján a kockázati tényezők ismeretében előre jelezhető a biztonságos és a nem biztonságos magatartás. A kockázati tényezők közül sok pszichológiai természetű, beleértve a kockázatsökkentési viselkedésre irányuló változási szándék erősségét valamint a biztonságosabb szexre vonatkozó attitűdöt. A pszichológiai tényezők mellett az óvszerhez való hozzájutás és az óvszer hozzáférhetősége igazolódott, mint a biztonságosabb magatartás egyértelmű meghatározója. A meleg találkozóhelyeken az óvszerek rendelkezésre állása, forgalmazása és szociális marketingje jelenti a homo- és biszexuális férfiak számára tervezett hatékony HIV megelőzési program sarokpillérét. A kockázatos gyakorlatot folytató férfiak nagy része azt mondta, hogy nem engedheti meg magának az óvszer vásárlását, ebből következik, hogy az óvszer ingyen vagy alacsony költségen való elérhetősége meghatározó fontosságú. A nőkkel is viszonyt folytató, magukat biszexuálisnak tartó férfiak kockázata nagyobb. A megelőző programokban ezért többek között azokat a hiedelmeket, attitűdöket is meg kell változtatni, melyek befolyásolhatják a biszexuális férfiak kockázatát. Végül megállapítottuk, hogy a kockázatra vonatkozó meghatározó mindennapos félreértések is léteznek, így például nem-megfelelő síkosítószerek használata, továbbá az a hiedelem, hogy a partner szerológia állapotára vonatkozó kijelentésben meg lehet bízni, valamint az hogy a HIV fertőzés megállapítható az illető külső tulajdonságaiból. A HIV megelőzési programok egyik fontos része kell, hogy legyen a félreértések korrigálása.

Vizsgálatunk korlátai közül megemlíthetjük, hogy csak azok a férfiak kerültek be a mintába, akik a meleg közösség által kedvelt szórakozóhelyeket látogatták. Akik nem járnak ezekre a helyekre különbözőek lehetnek, eredményeink alapján tehát nem általánosíthatunk a teljes homo/biszexuális populációra. Mindazonáltal a férfiak, akik ezekre a helyekre járnak, jellemzően gyakrabban fogyasztanak alkoholt és létesítenek alkalmi kapcsolatokat, tehát kiemelten kockázatos magatartásúnak tekinthetők, ezért számukra még fontosabbak a HIV/AIDS prevenciós programok. Bár a kérdőívre adott válaszadási arány általában magas volt, számos résztvevő az adott időszak szexuális gyakorlatára vonatkozó részletes kérdésekre nem válaszolt, ez szelekciós hibát okozott. A vizsgálat keresztmetszeti volt, így lehetőség nyílt arra, hogy vizsgáljuk a statisztikai összefüggést a pszichológiai jellemzők és a kockázatos magatartás között, de ok-okozati

összefüggések igazolására nem volt lehetőség. Feltételeztük, hogy a válaszadók őszintén válaszoltak, de elképzelhető, hogy a valóságnál kevesebb stigmatizáltnak tartható viselkedésmintát jelentettek, vagy egyszerűen nem emlékeztek (vagy nem akartak emlékezni) pontosan bizonyos kérdésekre. A fentebb említett hibaforrások hatását azzal csökkentettük, hogy névtelen kérdőívet használtunk (amelyeket zárt gyűjtődobozba lehetett bedobni), és egy viszonylag rövid időszak szexuális gyakorlatára kérdeztünk rá.

2. 3. Kockázati tényezők, egészségi állapot és a roma etnikum összefüggése

Háttér

Az általános egészségfelmérések sorában Magyarországon a 2000-ben, majd a 2003-ban elvégzett Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) tekinthető módszertanát és a gyűjtött adatok felhasználhatóságát illetően, tudományosan elfogadottnak. Mindkét felmérés során az ország 447 településén, véletlenszerűen kiválasztott 7000 felnőtt korú lakost kerestek fel otthonukban a kérdezőbiztosok, 78, illetve 72%-os igen magas válaszadási aránnyal ez 5460 illetve 5040 válaszolót jelentett (89, 90.).

A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolájának munkatársai 2001-2002 között felmérést végeztek Északkelet-Magyarország három megyéjében, túlnyomórészt romák lakta telepeken, vizsgálták az ott lakó populáció demográfiai összetételét és környezet-egészségügyi helyzetét (91.). Telepként definiálták azt a legalább 4 lakásból álló településrészt, amelynek lakásai alacsonyabb komfortfokozattal (víz-, áram-, gázellátás, csatornázás, szemét elhelyezés) és magasabb lakósűrűséggel hátrányosan különböznek a település jellegzetes lakókörnyezetétől. A felmérés kivitelezésében döntően az adott megyében élő, civil szervezetekben aktívan dolgozó roma kérdezőbiztosok vettek részt.

2004-ben Kósa Zsigmond és munkatársai kérdőíves adatfelvételt végeztek a telepi, vagy telepszerű körülmények között élő, túlnyomó többségükben a roma etnikumhoz tartozó személyek körében. A mintavétel a három megyében telepeken vagy telepszerű körülmények között élő 18 éves vagy annál idősebb lakosoknak a helyi önkormányzat által vezetett népszámlálási adatbázisból kiemelt adatainak felhasználásával történt. A véletlenül kiválasztott településeken, lélekszámtól függően egy vagy több 10 fős, 18 vagy annál idősebb, mindkét nembeli személyekből álló csoport véletlenszerű

kiválasztására került sor úgynevezett arányos csoportos mintavételezési módszerrel. A kiválasztott településeken a válaszadó személyek kiválasztása az adott telepről készült térkép segítségével, a „véletlen séta” módszerével történt (92.). A felmérés lehetővé tette a három megye telepszerű körülmények között élő roma lakosságának jellemzőit reprezentáló eredmények összehasonlításait az általános populáció és annak alsó jövedelmi szintjén élők hasonló adataival.

Iskolázottság vonatkozásában jelentős volt a különbség a telepszerű körülmények között élők és az általános populáció között, a telepeken élő 18-29 évesek közel háromnegyed része csak alacsony végzettséggel rendelkezett. A telepszerű körülmények között élők körében az aktív dolgozók aránya lényegesen alacsonyabb volt, a 45-64 éves korcsoportban számottevőnek mutatkozott a rokkantnyugdíjasok aránya. Az egészségi állapot szubjektív megítélésében az idősebb korcsoportokban jellemző volt a funkcionalitás csökkenése és a rosszabbnak minősített egészségi állapot. Az egészségmagatartási jellemzők közül megjegyezték a rendszeresen dohányzók igen magas arányát. A cigány fiatalok – mind a fiúk, mind a lányok – körében sokkal magasabb volt a napi rendszerességgel dohányzók aránya, mint a hasonló korú nem roma populációban. Alkoholfogyasztási szokásokban lényeges eltérést nem tapasztaltak. A táplálkozási szokásokból kiemelték a zöldség-, gyümölcsfogyasztás és növényi olaj használatának alacsonyabb gyakoriságát (93.).

Célkitűzés

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés és a Telepi Roma Egészségfelmérés (TRE) adatainak összehasonlítása bizonyította, hogy a telepeken lakó cigányemberek egészségi állapota számos vonatkozásban a magyarországi lakosságot (amelybe természetesen beletartoznak a cigány emberek is) reprezentáló populáció legszegényebb negyedébe eső részénél is rosszabb. Az irodalmi adatok arra utalnak, hogy egy adott etnikumhoz tartozás és az egészségi állapot összefüggenek, de ezen összefüggést befolyásolják a szociális-gazdasági, valamint a környezeti tényezők, továbbá a diszkrimináció és a kirekesztettség (94.). Az eddigi kutatások alapján nem volt egyértelmű, hogy a roma etnikumhoz tartozás milyen módon és milyen mértékben befolyásolja az egészséggel kapcsolatos kockázatos magatartást és az egészségi állapotot. Erre a kérdésre az említett két felmérés adatait együttesen elemezve kerestük a választ.

Módszer

Mivel a telepi felmérés mintájába nagyon kevés idős cigányember tartozott (az idősök aránya alacsony a romák körében), az összehasonlításnál a 18 és 65 közötti vizsgálati személyek adatait használtuk. Ez a 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérésnél 4121, a Telepi Roma Egészségfelmérésnél 936 főt jelentett. A két felmérésben használt kérdőívek gyakorlatilag megegyeztek, ez tette lehetővé a két adatbázis egyesítését. A TRE kérdőívet 3. számú mellékletként csatoljuk.

Bár nem zárható ki, hogy az OLEF és a TRE anyagában azonos személyek párhuzamosan szerepelnek, az OLEF mintavételi módszeréből következően ezen személyek valószínűsíthetően alacsony száma a statisztikai elemzést érdemben nem befolyásolta. Az OLEF 2003 és a TRE egyesített adatbázisa az elemzésben használni kívánt közös változókat és az adminisztratív-technikai jellegű változókat (felmérés-azonosító, súly, nem, kor, iskolai végzettség, havi jövedelem) tartalmazta. Az elemzésben egészségi állapot és egészségmegtartás jellemzőket vizsgáltunk, mint például a vélt egészség, funkcionalitás, dohányzás, testmozgás (egyáltalán nem végez testmozgást, nem megfelelő mennyiségben vagy megfelelő mennyiségben végez), táplálkozás, ezen belül a friss zöldség/gyümölcs fogyasztás gyakorisága (naponta/hetente/ritkábban mint hetente), a főzéshez használt zsiradék típusa (csak olaj, csak zsír vagy szalonna, ezek vegyesen vagy egyéb zsiradék). Az elemzéshez a STATA statisztikai programcsomagot használtuk. Regressziós modelleket illesztettünk a felmérési adatokra, a modell-paraméterek becslésekor figyelembe vettük a mintaválasztás módját. Folytonos függő jellemzők esetén többszörös lineáris regressziós modellt, dichotóm függő jellemző esetén logisztikus modellt alkalmaztunk. Az vizsgáltuk, hogy az átlag populáció és a telepeken élők egészségi állapotában és egészség-magatartásában mutatkozó különbségek mennyire vezethetők vissza a társadalmi-gazdasági tényezők megoszlásának különbségére, azaz a roma etnikum független magyarázó tényező-e, vagy a roma etnikum a rossz szociális helyzeten keresztül van kapcsolatban az egészségmagatartással és az egészségi állapottal. Ismert, hogy a telepi lakosság iskolázottsága, anyagi körülményei elmaradnak az átlagpopulációtól. A roma etnikumhoz tartozás meghatározásának nehézségeiről és esetleges pontatlanságairól korábban már szoltunk. Ebben a vizsgálatban etnikumra

vonatkozó kérdést nem tettünk fel, tapasztalati tényként fogadtuk el, hogy a cigánytelepeken cigányok élnek. Az egészségi állapotban és az egészségmagatartásban meglévő olyan különbségek, amelyet társadalmi-gazdasági tényezők nem tudnak magyarázni, nevezhetőek a telepi körülmények élő roma etnikumhoz tartozás okozta különbségnek. Ide tartozhat a telepi lét által meghatározott szociális kirekesztettség, vagy a telepeken élő romák saját kultúrájuk által meghatározott életmódja. A regressziós modellek alkalmazása során lépésenként vontuk be a kezdetben csak a nemet és korcsoportot, mint független változót tartalmazó (azaz csak nemre és korra korrigált eredményeket adó) modellekbe a társadalmi-gazdasági tényezőket. A két populáció közötti különbség lépésenkénti változása önmagában is informatív lehet. Előfordulhat, hogy a nemre és korra korrigált eredmény esetén fennálló különbség eltűnik, ha bevonjuk az egyéb társadalmi-gazdasági háttértényezőket, de a fennálló különbség gyengülhet, vagy meg is maradhat.

Az egészségi állapot mérésének fontos indikátora az egyén véleménye saját egészségéről. A kulturális tényezők ugyan befolyásolják azt, hogy az objektív egészségi állapot milyen szubjektív egészségérzetet eredményez, azonban a szubjektív egészségérzet kapcsolata például a társadalmi helyzettel egyértelműen bizonyított. Az egyén által meghatározott egészségi állapotot az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott kérdéssel mértük. A válaszadó 5 kategóriába sorolhatta a véleményét egészségi állapotáról. Az elemzés során a jó, nagyon jó és megfelelő, valamint a rossz és nagyon rossz kategóriákat összevontuk. A lakosság egészségi állapotának jellemzésére egyre inkább elterjedt a funkcionális modell használata. A modell szerint az adott személy egészségét annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire tud részt venni a társadalom életében, mennyire képes különböző tevékenységeket végrehajtani. A korlátozottság megítélését az alábbi kérdésre adott válaszok alapján végeztük: „Van olyan panasz, sérülése, betegsége, mely akadályozza, illetve korlátozza Önt szokásos tevékenységében, például a munkában, vásárlásban, dolgai intézésében, sportolásban, vagy a másokkal való kapcsolattartásban?” A funkcionalitás csökkenés mértékének méréséhez a súlyos és közepes korlátozottság kategóriákat használtuk.

A dohányzással kapcsolatban a WHO ajánlásait figyelembe véve az alábbi kategóriákat állítottuk fel: erős dohányos (naponta több mint 20 szál cigarettát szív el), rendszeres

dohányos (naponta kevesebb, mint 20 szál cigarettát szív), a dohányzásról leszokott (korábban dohányozott, de a kérdezés időpontjában nem vallotta magát dohányosnak) és a soha nem dohányozók csoportja. A regressziós elemzésnél két kategóriát használtunk, a naponta dohányzók csoportja volt az egyik és minden egyéb csoport összevonva a másik.

A táplálkozási szokások vizsgálata két alapvetően fontos kérdést érintett: a zsír illetve növényi olaj használatát és a friss zöldség/gyümölcs fogyasztásának gyakoriságát. Az előbbi kérdésre adott válaszokat a „csak disznózsírt használ”, valamint a „mást is használ főzésnél” csoportokba osztottuk, míg a friss zöldség/gyümölcs fogyasztásának gyakoriságát kevesebbszer, mint hetente és gyakrabban, mint hetente válaszokkal jellemeztük az elemzésben. A változók prevalencia becslését elvégeztük a települési körülmények között élőkre és az általános populációra is. A különböző változók gyakoriságának populációs becsléseit (95%-os megbízhatósági tartománnyal) használtuk az összehasonlító elemzések során, melyben mindkét nem 18-29, 30-44, 45-64 évesek korcsoportjainak adatait használtuk. A 65 évesek és az ennél idősebbek a települési körülmények között élők alacsony létszáma miatt (33 fő) nem kerültek be az elemzésbe. Az iskolai végzettség kategóriái: általános iskola, középiskola érettségi nélkül és legalább középiskola voltak. A foglalkoztatottság kategóriái: aktív dolgozó, munkanélküli, nyugdíjas, rokkant-nyugdíjas, egyéb inaktív. Az átlagos havi jövedelem ekvivalens kiszámításánál a háztartás teljes havi jövedelmét osztottuk a háztartásban élők számának négyzetgyökével, figyelembe véve, hogy a háztartásban élők létszámának növekedésével az azonos életszínvonal biztosításához szükséges jövedelem nem lineárisan növekszik (95.).

Az elemzés előtt három elméleti modellt állítottunk fel (1. ábra). A legegyszerűbb modell szerint a roma etnikumhoz tartozás meghatározza a populáció társadalmi-gazdasági helyzetét, ez befolyásolja az egészségmagatartást és ezen keresztül az egészségi állapotot. Egy másik modell szerint a roma etnikumhoz tartozás részben a társadalmi-gazdasági helyzeten keresztül hat, de más úton is hatással lehet az egészségmagatartásra és az egészségi állapotra. A harmadik elméleti modell szerint a roma etnikumhoz tartozás nemcsak az egészségmagatartás és az egészségi állapot meghatározója, de módosítja a társadalmi-gazdasági helyzet ezekre gyakorolt hatását is.

Eredmények

Az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők társadalmi-gazdasági helyzetének főbb jellemzőit az 5. táblázat írja le. A 6. táblázatban láthatjuk a felmérést megelőző 12 hónapban igénybe vett egészségügyi szolgáltatások gyakoriságát az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében. A 7. táblázatban az egészséget meghatározó tényezők prevalenciáját tüntettük fel mind az általános populációban mind a telepszerű körülmények között élők körében. A 2. ábrán látható, hogy az átlagpopuláció és a roma telepeken élők összehasonlítása során (korra és nemre történő korrigálás után) az utóbbiak 2,2-szer nagyobb eséllyel számoltak be nagyon rossz vagy rossz egészségi állapotról. A 95%-os megbízhatósági tartomány (MT) 1,8-2,7 volt. Ez az összefüggés fokozatosan eltűnik a jövedelemre és az iskolai végzettségre történő korrigálás után. Hasonló összefüggést tapasztaltunk a roma etnikumhoz tartozás és a funkcionális korlátozottság között (3. ábra). Ez az összefüggés is csaknem teljesen eltűnik a jövedelemre és az iskolai végzettségre történő korrigálás után, tehát abban az esetben is eltűnne, ha a telepeken élők iskolázottsága és jövedelmi helyzete ugyanolyan volna, mint az átlagpopulációé.

A roma etnikumhoz tartozás és egyes egészségmagatartási jellemzők (dohányzás, friss zöldség/gyümölcsfogyasztás, zsírral történő főzés) összefüggése az egészségi állapottól eltérően a társadalmi-gazdasági tényezőkre történő korrigálás után is megmaradt. A naponta dohányzás, a hetenkéntinél ritkább friss zöldség/gyümölcs fogyasztás és zsírral történő főzés esélye lényegesen magasabb volt a roma telepeken. Bár az esélyhányadosok csökkentek, de szignifikánsan nagyobbak maradtak 1-nél a jövedelemre, az iskolai végzettségre és a foglalkoztatottságra történő korrigálás után (4. ábra).

Két esetben találtunk bizonyítékot a roma etnikum hatásmódosító szerepére a társadalmi-gazdasági tényezők és az egészségmagatartás összefüggésében. A telepi populációban a jövedelem erősebb összefüggést mutatott a napi rendszerességű dohányzással és a friss zöldség/gyümölcs fogyasztásának gyakoriságával, mint az átlagpopulációban. Az egy háztartásra számított 10000 forintos jövedelem-többlet a naponta dohányzás esélyét 6%-kal csökkentette az átlagpopulációban, ugyanakkor 16%-kal a roma telepeken élők körében. (EH 0,94; 95%-os MT 0,92-0,97, illetve EH 0,84;

95%-os MT 0,87-1,03). Hasonló, 10000 forinttal magasabb ekvivalens jövedelem az átlagpopulációban 5%-kal (EH 0,95; 95%-os MT 0,87-1,03) csökkentette a friss zöldség/gyümölcs nem fogyasztásának esélyét, a telepen élők körében ugyanez a jövedelemtöbblet 22%-kal csökkentette ennek esélyét (EH 0,78; 95%-os MT 0,69-0,88).

Megbeszélés

Eredményeink azt mutatják, hogy az egészségi állapot önértékeléssel és a funkcionális korlátozottsággal mért különbsége az átlagpopulációban és a vizsgált roma populációban a jövedelem, iskolázottság és foglalkoztatottság különbségével magyarázható. Ugyanakkor az egészségmagatartás különbségei (ezen belül a dohányzás, a friss zöldség/gyümölcsfogyasztás és főzéshez használt zsiradék milyensége) nem csupán a szociális-gazdasági tényezőktől függenek. A szociális-gazdasági tényezőkre történt korrigálás után szignifikáns összefüggés mutatkozott az etnikum és a kockázati tényezők között, tehát az etnikumhoz tartozás is magyarázó tényező lehet. Az irodalomban régóta vitatott kérdés, hogy az etnikum milyen módon és mennyire határozza meg az egészségi állapotot és az egészségi állapotot befolyásoló tényezőket. Több elméleti modellt is kidolgoztak az etnikai hovatartozás és az egészségi állapot kapcsolatának magyarázatára. Bár bizonyítékok vannak arra, hogy a genetikai tényezők fontosak az egészségi állapot meghatározásában, ez a különböző etnikumok különböző egészségmagatartását csak részben magyarázza. Példa erre a nikotinfüggőség, amelyben környezeti hatásokkal együtt örökletes tényezők is jelentős szerepet játszanak (96.). Az etnikai hovatartozás antropológiai tény, hatása azonban szociális és kulturális mintákon érvényesül. Ennek ellenére egyes szociológusok „romák” helyett „roma életvitelt folytató személyekről” beszélnek. A roma populáció azonban távolról sem homogén, egyes csoportok szociális-gazdasági helyzete, így életvitele is jelentősen különbözik. Kérdéses, hogy általában véve létezik-e roma életvitel? Más elképzelések szerint a különböző etnikumokban az egészségmagatartás különbözősége okozza az egészségi állapot különbözőségét. A táplálkozási szokások, a testmozgás, az alkoholfogyasztás és a dohányzás gyakorisága jelentősen különbözik a különböző etnikumhoz tartozó populációkban, így a romák és nem romák között. Mindazonáltal az egészségre és az egészségmagatartásra hatással vannak az iskolázottság, a jövedelem, a foglalkozás valamint a társadalmi-gazdasági helyzet más

meghatározói is. A szociális-gazdasági modell szerint az egészségi állapot etnikumtól függő különbségeire hatást gyakorol a szociális-gazdasági helyzet, ezért különböző etnikai csoportok egészségi állapotának vizsgálatakor minden lehetséges szociális-gazdasági tényezőre korrigálnunk kell. Ha ezután is szignifikáns eltérés mutatkozik a különböző etnikumhoz tartozók egészségmagatartásában, ami nem magyarázható a szociális-gazdasági helyzet különbözőségével, azt csak az etnikai különbségek okozhatják. Az etnikai hovatartozás jelentőségét több tanulmány taglalja. Egy szlovén vizsgálat szerint például a dohányzás a cigányemberek között már a gyermekkorban erősen kapcsolódik a roma identitáshoz (97.). Ezért is volt hasznos egy magyarországi kortárs dohányzás-leszoktató program, melyet roma iskolás gyermekeknek szerveztek (98.). Az orvosok dohányzásról való leszokásra vonatkozó tanácsait a romák általában nem követik, a leszokás igen ritka. Anyagi helyzetük sem befolyásolja a leszokás gyakoriságát. A cigányemberek körében makacsul tartja magát az a nézet, hogy a dohányzás káros hatásai a sors kezében vannak, és számukra egyáltalán nem nyilvánvaló, hogy a dohányzással összefüggő betegségek valóban kapcsolatba hozhatók a dohányzással.

Materiális értelmezés szerint az egészségi állapot etnikai egyenlőtlenségei a többek között a táplálkozással, lakáskörülményekkel és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel függenek össze (99.). A pszichoszociális modell szerint az etnikumhoz tartozók egészségmagatartása összefügg a diszkrimináció és a kirekesztettség okozta stresszel, amely a kedvezőtlen szociális-gazdasági helyzethez kapcsolódik. A cigány populációval kapcsolatos diszkrimináció kétségkívül jelen van Magyarországon a mindennapi életben és az orvosi ellátás során. A romák egészségi állapotával kapcsolatos publikációk általában nem említik az ezzel kapcsolatos stressz közvetlen kórokozó hatását. Mindazonáltal nincs okunk annak feltételezésére, hogy e tekintetben lényegesen különböznenek más, hasonló helyzetben lévő populációktól. Vizsgálatunkban a társadalmi-gazdasági helyzet nem magyarázta teljes mértékben a zsírhasználat fokozott és a friss zöldség/gyümölcsfogyasztás csökkent gyakoriságát. A pszichoszociális faktorok sem nyújtanak erre magyarázatot, így más tényezők, mint például a kulturális hagyományok és egészség-képzetek hatását kell mérlegelnünk.

Igazoltuk, hogy az egészségi állapot etnikai különbségeit a jövedelmi viszonyok, az iskolázottság és a foglalkozás magyarázzák, ez azonban nem érvényes az egészségmagatartásra. Vizsgálatunk alátámasztotta azt vélekedést, hogy nincs olyan univerzális modell, amely a roma etnikumhoz tartozás és az egészségi állapot összefüggésének minden aspektusát magyarázná. A neo-materiális, strukturális-konstruktivista modell szerint a betegségek megelőzése és lefolyása a tudás, a társadalmi-gazdasági helyzet, a társadalmi pozíció, a társadalmi tőke és a szociális kapcsolatrendszer függvénye, tehát ez a modell mind a pszichológiai mind a szociális-gazdasági tényezőket figyelembe veszi (100.). A kutatásból az is kiderül, hogy mind az egészségi állapot, mind az egészségmagatartás jelentős mértékben függ a társadalmi-gazdasági helyzettől. Ebből következik, hogy az egészségi állapot és az etnikum összefüggésétől függetlenül az elsődleges teendő a roma populáció (és általában a szegények) lakáskörülményeinek, iskolázottságának és foglalkoztatottságának javítása. Elemzésünk bizonyítékot szolgáltatott arra vonatkozóan is, hogy a cigány populáció etnikai hagyományainak és kulturális sajátosságainak megértése nélkül nem lehet a körükben hatásos és hatékony egészségmegőrzési és betegségmegelőzési programokat tervezni és lebonyolítani (101.).

3. ROMA POPULÁCIÓK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁNAK JAVÍTÁSÁT CÉLZÓ NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMOK BEMUTATÁSA ÉS KRITIKAI ELEMZÉSE

3.1. Modellprogram a HIV fertőzés megelőzésére egy roma közösségben

Bevezetés

A HIV fertőzés incidenciájának emelkedési üteme Kelet-Európában az 1990-es évek közepe óta igen gyors. Míg 1995-ig a korábbi Szovjetunió köztársaságaiban és a volt szocialista országokban együttesen mindössze néhány ezer HIV fertőzést regisztráltak (legalábbis a hivatalos adatok szerint), addig az ezt követő öt év alatt a UNAIDS becslése szerint több mint 700,000 új fertőzés történt a régióban. Oroszországban és Ukrajnában vált legnagyobb méretűvé a járvány (102.). A velünk szomszédos országok közül Ukrajnában a legmagasabb a HIV fertőzés és az AIDS betegség incidenciája, illetve az incidencia növekedésének üteme. Az utóbbi években Szerbiában is emelkedett

a fertőzöttek száma. Bár Magyarországon az új HIV esetek száma modellkísérletünk idején viszonylag alacsony volt, a járvány kialakulását elősegítő tényezők gyakoribbá váltak, így a kockázatos szexuális magatartás, a szexuális úton terjedő betegségek és a kábítószer-használat (103.). A közegészségügyi infrastruktúra és a járványügyi biztonság területén történt negatív változások is hozzájárulhattak a fertőzöttek számának emelkedéséhez. Az általános kockázati tényezők közé sorolhatók az állami irányítású gazdaságból a piacgazdaságba való átmenet nehézségei, az átmenetet kísérő szociális problémák: a szegénység, a gazdasági migráció, a munkanélküliség és a prostitúció terjedése. Szakemberek már számos alkalommal jelezték, hogy a jövőben Magyarországon a HIV fertőzöttek számának jelentős emelkedésével kell számolnunk. Mindeközben a HIV/AIDS prevenciós programok száma csökkent, és ezek jelentős része módszertanilag korszerűtlen, monitorozásuk valamint értékelésük sokszor hiányzik. Népegészségügyi szempontból fontos tehát, hogy folytassuk és tökéletesítsük a korábban elkezdett programokat, és új, korszerű programokat dolgozzunk ki.

Az Országos Epidemiológiai Központ adatai szerint Magyarországon az első AIDS eset felismerése vagyis 1986-tól 2008 decemberéig összesen 1630 HIV pozitív személyt regisztráltak, a kumulatív HIV incidencia 157 eset/millió lakos. Ezen időpontig 573 HIV fertőződött betegedett meg AIDS-ben, közülük 296-an haltak meg. Az elmúlt öt évben évente átlagosan 9 halálozás fordult elő (104.). Különböző becslések három-négy ezerre teszik a HIV fertőzöttek tényleges számát. Teljesen megbízható adatok azért sem állnak rendelkezésre, mert a HIV vírus tünetmentes vagy nem specifikus tünetekkel járó lappangási ideje több év lehet, továbbá sok esetben az AIDS okozta úgynevezett „hirtelen halálozások”, mint például a rövid lefolyású, halállal végződő tüdőgyulladás, valódi háttere nem derül ki. Általános lakossági szűrővizsgálat nincs, kötelező szűrés véradás és szervdonáció előtt van. A HIV szűrés (a vonatkozó törvény szerint) a prostituáltak számára háromhavonta kötelező. A kockázatos szexuális magatartást folytatóknak ugyan ajánlott a szűrővizsgálat, de azoknak csak egy (valószínűleg kisebbik) része végezteti el rendszeresen. Hazánk az európai országok többségéhez képest kedvező helyzetben van: a kontinensen 2007-ban alig akadt olyan ország, ahol az egymillió lakosra vetített új HIV fertőzöttek száma kevesebb lett volna, mint nálunk. Azt is meg kell azonban jegyeznünk, hogy az új fertőzöttek száma évek óta megközelítőleg állandó, miközben a legtöbb európai országban és az Egyesült

Államokban ez a mutató csökkent. A Föld teljes populációját nézve az újonnan diagnosztizált HIV fertőzöttek száma 2000-től hat év alatt mintegy 10%-kal csökkent (105.).

Modellkísérletünk idején, 2002-ben a HIV fertőzöttek kumulatív incidenciája 1083 volt Magyarországon, a fertőzés leginkább a homo-, illetve biszexuális életmódot folytatók között terjedt, de a heteroszexuális úton fertőzöttek száma is növekedett a megelőző évekhez képest. A roma populáció HIV fertőzöttségére és a szexuálisan terjedő betegségek elterjedtségére vonatkozóan kevés adat van. Magyar szerzők 2008-ban publikálták Budapest IX. kerületében, az egyik legismertebb ferencvárosi szegénynegyedben, az úgynevezett „Dzsumbujban” (ahol többségében romák laktak) végzett felmérés eredményeit (106.). „Kényelmességi” mintavétellel kiválasztott 64 személy között nem volt HIV pozitív, egy szifiliszben szenvedő és 17 hepatitisz B fertőzött beteget találtak. A járvány kialakulását elősegítő kockázati tényezők jelentős része halmozottan fordult elő a több szempontból hátrányos helyzetűnek tekinthető homoszexuális és roma populációban (107, 108.). Ez indokolta, hogy ezekben a közösségekben kulturálisan adaptált megelőzési programokat szervezzünk. A meleg populációban végzett program a modellkísérlet után is folytatódott, erről több publikáció beszámolt (109.). Az értekezésben a roma szociális hálózatok részvételével zajlott modellprogramot ismertetjük. Ennek célja olyan közösségi szintű HIV megelőzési intervenciók program kidolgozása és végrehajtása volt, amely kedvezően befolyásolja a veszélyeztetett populáció egyes csoportjainak kockázati jellemzőit. Hazánkban kevésbé elterjedtek a kulturálisan adaptált, közösségi megelőzési programok (110.), melyek közül kiemelt jelentőségű a szociális hálózati véleményformálók („community popular opinion leader – C-POL”) közreműködésén alapuló intervenciók modell (111.). Az állampolgári szintű bizalmatlanság légkörében (amelyhez hozzátartozik a hatósági megbélyegzés nem hivatalos, de érezhető volta) ez a technika különösképpen alkalmas a hátrányos helyzetű populációk tagjainak elérésére. Az angol nyelvű országokban évek óta használják, elsősorban a kirekesztésnek és diszkriminációnak kitett populáció körében. Az intervenció első lépése a fokozott kockázattal bíró szociális csoportok (baráti körök, hálózatok) megkeresése, vezetőinek azonosítása, majd képzése. Meg kell ismerni a csoportok nagyságát, összetételét, veszélyeztetettségét és kommunikációs szokásait, ezután lehet az adott közösségre

adaptált intervenciós programot kidolgozni. A vezetők (az úgynevezett „indexek”) érik el a szociális hálózatok tagjait, adják át az ismereteket, befolyásolják az egészségre kockázatos attitűdöt és magatartást.

Módszerek

Az elővizsgálat célja az érintett roma populáció fogadókészségének, valamint az intervenció célpopulációra gyakorolt hatásának felmérése volt. Ezek alapján dönthető el, hogy vajon ez a módszer az adott helyzetben alkalmas és költség-hatékony egészségfejlesztési eszköz-e. A programban több kecskeméti roma csoport mindösszesen 80, 18 éves vagy annál idősebb fiatal férfitagja vett részt (korábban több roma egészségfejlesztési programot valósítottunk meg Kecskeméten). A programot népegészségügyi szakemberekből, szociális munkásokból és roma mediátorokból álló munkacsoport irányította, melynek tagjai kvantitatív illetve kvalitatív vizsgálatok végzésében egyaránt gyakorlattal rendelkeztek, és továbbképzést kaptak a program során használt módszerekről. Munkacsoportunk tagjai korábbi egészségfejlesztési programok (például magasvérnyomás-szűrés cigánytelepeken) során jó kapcsolatba kerültek a helyi roma közösséggel és vezetőivel, ez mind a program tervezését, mind végrehajtását segítette (112, 113, 114.).

A modellkísérlet több szakaszból állt. Első lépés a fokozott kockázatnak kitett roma szociális hálózatok vezetőinek és tagjainak azonosítása, HIV kockázati jellemzőinek meghatározása és jellemzése volt. A vizsgálat munkatársai a résztvevő megfigyelés módszerét használva azonosították a csoport (baráti kör, hálózat) tagjait lehetséges találkozóhelyen (általában szórakozóhelyeken, ivókban). Ezt követően felvettük a kapcsolatot a csoport egyes tagjaival és a csoport vezetőjének tartott személlyel. A vizsgálat rövid ismertetése után a hálózati vezetőket felkértük, hogy vegyenek részt a kísérletben. A roma közösség fokozott HIV fertőződési kockázattal bíró szociális hálózatainak azonosítása és a programba történő bevonása során arra törekedtünk, hogy biztosított legyen a kockázatnak különböző módon kitett csoportok arányos képviselete. A beszélgetés során megtudtuk, hogy kik a legfontosabb tagok az illető személy baráti hálózatában, és azt, hogy kik tartoznak még a baráti körhöz. Őket is bevontuk a programba. Az elővizsgálatba összesen tíz szociális hálózatot szerveztünk be, a csoportok taglétszáma 6 és 9 fő között volt.

Jacob L. Moreno (1889-1974) szociometriai módszerét használva elemeztük a hálózati struktúrát, a hálózati tagok közötti kapcsolatot (115.). Minden hálózati tag kitöltötte a szociometriai kérdőívet, ennek alapján vizsgáltuk a tipikus interperszonális kommunikációkat, a csoportegységet, a csoportmunka hatékonyságát, valamint az egyes hálózatokon belüli szociális szerepeket és funkcionális kölcsönhatásokat. Így határoztuk meg a hálózati vezetőket, melyek egy kivétellel megegyeztek a résztvevő megfigyelés során vezetőnek tartott személyekkel.

A vizsgálat során a HIV fertőzéssel kapcsolatos ismeretek, attitűdök és magatartás mérésére mind kvantitatív mind kvalitatív módszereket használtunk. Mélyinterjúkat készítettünk a szociális hálózatok vezetőivel. Szó volt arról, hogy milyen gyakran merül fel a szex vagy az AIDS témája a hálózati tagok beszélgetései során. Arra is rákérdeztünk, hogy mennyire kényelmetlen a szexről vagy az AIDS-ről való beszélgetés és természetesen kíváncsiak voltunk arra is, hogy milyen az AIDS-el kapcsolatos ismeretük, attitűdjük és magatartásuk. Az interjú egyik célja volt, hogy további találkozóhelyeket ismerjünk meg, és így további csoportokat vonjunk be. A kapott információkat felhasználtuk a csoportvezetők képzési programjának kialakításában.

A vezetők vállalták, hogy a HIV fertőzés megelőzését szolgáló tudást csoportjuk tagjai számára különböző módon, legtöbbször személyes- vagy telefonbeszélgetés során átadják, és befolyásolják a kockázatos magatartással kapcsolatos attitűdöt. Az „indexek” (csoportvezetők) öt foglalkozásból álló programban vettek részt, melyet egy összegző ülés követett. A foglalkozások során megismerték a magatartás-változtatás és a változtatási készség elméletét, információkat kaptak a HIV/AIDS betegségről, a kockázati tényezőkről és megtanulták, hogyan lehet megváltoztatni kortársaik kockázatos magatartását a gyakorlatban. Az „indexek” kommunikációs készségüket a csoportfoglalkozások során játékokkal, szerepjátékokkal és egyéb technikák segítségével fejlesztették. Minden vezető írásos útmutatót és gyakorlati tájékoztató anyagot kapott. Munkájukért anyagi ellentételezésben részesültek. A modellkísérlet fontosabb lépései tehát a következők voltak:

1. A képzés előkészítése, a rendelkezésre álló módszertani és oktatási anyagok kulturális adaptálása
2. A modellkísérlet helyszínének kiválasztása

3. Csoportvezető előzetes kiválasztása
4. Csoportvezető baráti körének bevonása
5. Szociometriás elemzés, (csoportvezető) index meghatározása
6. Kérdőíves felmérés (tudás – attitűd - magatartás)
7. Fókuszcsoportok szervezése, mélyinterjúk készítése
8. A képzés megtervezése, az oktatási anyag kidolgozása
9. Csoportvezetők képzése: öt foglalkozás, egy összegző ülés
10. A csoport tagjainak bevonása a tudásátadásba és attitűdformálásba
11. Kapcsolattartás a foglalkozások között, rendszeres beszámoltatás, monitorozás
12. Értékelés

A program szerves részét képezte az intervenció hatásának értékelése. Folyamatos monitorozást követően (interjúk, beszámoltatás, naplóvezetés), három hónappal a csoportvezetőkkel folytatott összegző tréning után a hálózati vezetők és a tagok kitöltötték a programot értékelő kérdőívet. A szociális hálózati tagokat megkérdeztük, hogy eljutottak-e hozzájuk a HIV kockázatos magatartással kapcsolatos üzenetek. A vezetők ismertették intervenciók tevékenységüket. Az ismételt kérdőíves felméréssel megállapítottuk a szexuális magatartásban, az HIV/AIDS-szel kapcsolatos ismeretekben, attitűdökben és szándékokban az intervenció hatására bekövetkezett változásokat. A hálózati vezetők fókuszcsoportban is bemutatták tevékenységüket: ismertették, hogyan "érezték" szerepüket, problematikus volt-e a HIV/AIDS-szel kapcsolatos témák felvetése, és ha igen, konkrétan milyen problémákkal találkoztak. Kérdőívvel és mélyinterjúval mértük a vezetők és a csoporttagok HIV/AIDS-szel kapcsolatos tudásának és attitűdjének változását. Hat hónappal az utolsó foglalkozás után ismételt értékelés történt, a csoportvezetők beszámoltak az eltelt időszak tapasztalatairól, valamint ismételt kérdőíves felmérést (tudás - attitűd - magatartás) végeztünk.

Eredmények

Az ismertett metodológiával (résztevő megfigyelés, szociometria) kiválasztott szociális hálózatokat és vezetőiket verbális meggyőzéssel és anyagi ösztönzéssel vontuk be a modellkísérletbe. A velük folytatott strukturált interjúk során nyert információkat

felhasználtuk a képzés curriculumának kialakításában. A beszélgetések során több olyan helyszínt ismertünk meg, ahol további résztvevőket találhattunk. A csoportvezetők mindegyike részt vett valamennyi foglalkozáson. Nyitottak voltak a HIV/AIDS-szel kapcsolatos ismeretek befogadására, a fertőzéssel, betegséggel kapcsolatos tudásuk gyarapodott. A kommunikációs tréning hatására kapcsolat-teremtő készségük fejlődött, ismeret-átadó és attitűdöt befolyásoló aktivitásuk kedvezően változott. A szóbeli beszámolók és a munkanaplók elemzése szerint, hetente 1-2 személyes és 2-3 telefonos beszélgetést folytattak csoportjuk tagjaival a HIV-fertőzésről illetve annak megelőzéséről. A képzési szakasz után a csoportvezetők és a tagok kommunikációjának gyakorisága ugyan csökkent, de kapcsolatuk az esetek nagy részében megmaradt.

Megbeszélés

A közösségi véleményformálókon alapuló program a roma populációban is alkalmazható módszer a HIV fertőzések és más szexuális úton terjedő betegségek megelőzésére. A több csoportot bevonó, kulturálisan adaptált HIV fertőzést megelőző intervenció hozzájárulhat egy olyan nagyságrendű járvány elkerüléséhez, mely Kelet-Európa több országában is kialakult.

Mint említettük, a roma közösség a HIV fertőzés tekintetében, halmozottan hátrányos szociális helyzete, a kiközösítés, a nemi betegségek és a prostituáltak magas száma miatt veszélyeztetett. Ennek ellenére az elővizsgálat után a roma populációban a program technikai okok miatt nem folytatódott. A modellkísérlet másik helyszínén, Bulgáriában 53 roma szociális hálózatban vezették be eredményesen a közösségi intervenció programot (116.). A közösségi véleményformálókon alapuló egészségnevelő és egészségfejlesztő módszer irodalmi adatok szerint krónikus, nem-fertőző betegségek megelőzésében is eredményesen használható. (117, 118.)

3.2. Idős romák egészségklub hálózata három dunántúli megyében

Háttér

Magyarországon szórványos, kisebb közösségekben végzett egyedi kutatásoktól, valamint a telepen élő roma populáció összehasonlító vizsgálatától eltekintve nem publikáltak átfogó és részletes epidemiológiai adatokat a roma népesség egészségmagatartására, egészség állapotára és egészségügyi ellátására vonatkozóan. A

Világbank 1999-ben kiadott egy összefoglalót, mely csekély létszámú populációkon végzett, elsősorban szociológiai természetű vizsgálatok eredményeire valamint anekdotikus történetekre hivatkozva foglalta össze a magyarországi cigány népesség egészségi állapotára vonatkozó információkat. Az Egészségügyi Minisztérium megbízásából az Egészségfejlesztési Kutatóintézet munkatársai 2001-ben végeztek átfogó egészségmagatartás felmérést a roma populáció reprezentatív mintáján, de eredményeiket nem hozták nyilvánosságra (119.). A legátfogóbb összefoglaló elemzést a Debreceni Egyetem munkatársai közzölték 2002-ben. A cigányság egészségi állapotával kapcsolatosan több jellemzőt bizonyítottunk tarthatunk. Mint azt korábban említettük, a roma népesség rövidebb átlagos élettartama és az idősebb korcsoportoknak a többségi társadalomhoz képest alacsonyabb aránya közvetlen következménye a romák kedvezőtlen egészségi mutatóinak. A gyermekszám magasabb a romák körében, mint az összlakosságban, de a születéskor várható élettartam (56 év) 9-10 évvel alacsonyabb, mint a nem roma populációban (120.). Az 59 éven felüliek aránya több mint négyszer nagyobb (19%) a nem cigány, mint a cigány lakosság körében (4,5%). Bizonyos megbetegedések gyakrabban jelennek meg a cigányok, mint a nem cigányok között. A légúti megbetegedések így a gége, a légső és a tüdő gyulladása, az asztma és a tüdőtágulat feltűnően gyakori a roma populációban. Ennek feltételezhető oka a korai életkorban kezdett dohányzás és a túlszűfolt lakások levegőjének szennyezettsége. A gyomor- és bélbántalmak gyakoribb előfordulása a romáknál többek között a rendszertelen, sokszor hiányos táplálkozással, a dohányzók magas számával és talán az öröklött hajlammal magyarázható. Az urogenitális rendszer betegségei közül a vesemedence-gyulladást, a hólyaggyulladást, a vesekövességet emelhetjük ki, az érbetegségek közül pedig a szívinfarktust, az érelmeszesedést és az érszűkületet (121.).

Célkitűzések

A program célja az idős roma populáció egészségi állapotának, életminőségének javítása és ennek a populációnak nyújtott szociális és jogi segítségnyújtás volt. Az „Egészség-klub Program” főbb célkitűzései közül kiemelhetjük a szív-érrendszeri és légzőszervi betegségek elsődleges és másodlagos megelőzését (ezek kiemelt elemek a Népegészségügyi Programban is), az egészségügyi és szociális ellátórendszer és gondozóhálózat igénybevételének elősegítését. Javítani akartuk a roma populáció és az

egészségügyi dolgozók kapcsolatát, ebben segítséget nyújtottak a program szervezői által kiképzett, és ezen a területen már korábban is dolgozó roma mediátorok.

Módszer

2003 szeptemberében egy magyar nem-kormányzati szervezet (kiemelten közhasznú alapítvány, melynek munkatársai a dolgozatban tárgyalt roma programok többségében résztvettek) nemzetközi támogatással 66 egészségklubból álló hálózatot hozott létre Zala Somogy és Tolna megyében 2054 (további jelentkezőkkel együtt 2274), 1945. május 8. előtt született, idős cigányember számára. Az alsó korhatárt az indokolta, hogy a II. Világháborúban fizikai-lelki bántalmazást szenvedett cigányemberek számára nyújtott közösségi kárpótlási programról volt szó. A három megye kiválasztásában logisztikai szempontok és korábbi programok során kialakult munkakapcsolatok játszottak szerepet. A programban résztvevőket az adatvédelmi és személyiségi jogok figyelembe vételével korábban készített névsor alapján kerestük meg, melyet a nemzetközi szervezettől kaptuk.

Feltételezésünk az volt, hogy a roma közösségek mértékadó személyiségeinek elérésével aktivizáljuk a közösséget, a szükséges esetekben segítjük az egészségügyi alapellátást, hiteles, érthető információt nyújtunk a gyakori betegségek megelőzéséről, és az egészségre kockázatos magatartás befolyásolásáról. Azt vártuk, hogy a klubfoglalkozáson résztvevő idős romák egészségtudatos magatartása, szubjektív egészségi állapota javul, önértékelése, „én-hatékonyság” érzése növekszik, és családjuknak is segítenek a betegségek megelőzésében és az egészségmegőrzésben. Az alapítvány szakértői között népegészségügyi, egészségfejlesztési és romológiai szakemberek, valamint szociológusok voltak. Az alapítvány a program lebonyolításában kormányzati és önkormányzati szervezetekkel is együttműködött, melyek közül megemlíthetjük a Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézetét, az ÁNTSZ megyei és (akkor) városi intézeteit, a helyi Önkormányzatokat és a Kisebbségi Önkormányzatokat. Megadott címlista alapján, előzetes írásos értesítés után 41 kérdezőbiztos kereste fel az idős cigányembereket. A kérdezőbiztosok munkáját korábbi programokban gyakorlatot szerzett, a jelen feladatra külön is felkészített 48 roma mediátor, valamint a cigány vezetők segítették. A program a legjelentősebb nem-fertőző betegségek kockázati tényezőinek kérdőíves felmérésével kezdődött. A standardizált

adatfelvételhez tartozott a testsúly, magasság, testtömeg-index és vérnyomás mérése, a betegséggel kapcsolatos ismeretek, egészségre kockázatos magatartási jellemzők és az életminőséggel kapcsolatos tényezők kérdőíves felmérése kérdezőbiztosokkal, személyes interjú formájában. A kérdőívet 4. számú mellékletként csatoljuk. A résztvevőket arra ösztönöztük, hogy vegyenek részt a számukra szervezett részben igényfelmérő, részben állapotfelmérő összejöveteleken és az akkor már szervezés alatt álló egészségklubok rendezvényein. Az ösztönzés részben a közösség elismert formális és/vagy informális vezetőjétől hitelesen hangzó igényfelkeltés, részben anyagi jellegű (élelmiszerutalvány egy családi bevásárlásra) volt. Mind az állapotfelmérés során felderített betegeket, mind az orvosokat tanácsokkal és egyéb eszközökkel támogattuk abban, hogy a krónikus betegek megfelelő gondozásban részesüljenek, igénybe véve a meglévő egészségügyi infrastruktúrát. A másodlagos és harmadlagos megelőzés mellett jelentős hangsúlyt kapott a primer prevenció, vagyis az egészséggel kapcsolatos tudás, attitűd és magatartás pozitív változtatása. A roma mediátorok, valamint a közösségek formális és informális vezetői végezték a szervezési és adminisztratív munka jelentős részét a program előkészítésétől annak befejezéséig. A program szervezői és végrehajtói folyamatos kapcsolatot tartottak fenn az egészségügyi ellátórendszer képviselőivel, így az ÁNTSZ és a gyógyító ellátás munkatársaival (mindösszesen több mint 400, az alapellátásban dolgozó háziorvossal és egészségügyi szakdolgozóval). A program előtt és annak végrehajtása folyamán többször konzultáltak az ÁNTSZ megyei és városi főorvosaival és az egészségnevelési osztályok vezető munkatársaival, valamint a területen dolgozó házi orvosokkal és egészségügyi szakdolgozókkal. Az ÁNTSZ illetékes vezetői és munkatársai a területen jelentkező problémákat jól ismerték és maximális fogadókészséget tanúsítottak. A program előkészítése, megvalósítása és lezárása során a program-vezetők folyamatos kapcsolatban voltunk az érintett roma populáció tagjaival és vezetőivel, akik a programot kezdettől fogva igen kedvezően fogadták. A felmerült problémák megoldásában készségesen, bár a vitákat és kisebb konfrontációkat nem kerülve mindenkor segítséget nyújtottak. Az egészségklubok létrehozását több tevékenység előzte meg, így a 48 roma mediátor kétnapos képzése, a programban résztvevő romák egészségi és szociális állapotának és igényeinek említett felmérése. Egyes roma vezetők és szervezetek az adatkezelés miatt panaszt tettek, amely panasznak az Adatvédelmi Biztos helyt adott, és elrendelte a kérdőívek

megsemmisítését. Ez a tény, valamint az akkori negatív médiakampány megakadályozta az adatok részletes elemzését. A roma mediátorok kiválasztásában a korábbi programokban szerzett tapasztalat és a helyi közösségek ismerete volt a döntő. A mediátorok munkájukért szerény díjazásban részesültek. Az egyes megyékben folyó munkát egy-egy megyei koordinátor fogta össze. A koordinátorok feladata volt a klubfoglalkozások előkészítése során a mediátorok motiválása és ellenőrzése, gondoskodás a megfelelő helyszínről. A foglalkozásokon ők biztosították az előadások zavartalanságát, elvégezték az adminisztrációs munkát, kiosztották az élelmiszerjegyeket az idős romáknak, és a mediátoroknak. Minden foglalkozásról rövid beszámolót készítettek és folyamatosan tartották a kapcsolatot a mediátorokkal és a program irányítóival.

Eredmények

Mindösszesen 66 egészségfejlesztő és problémamegoldó klubot hoztunk létre. E klubokban az egészségkultúra alakítása részben önfejlesztő módon történt. A célcsoport tagjai három alkalommal klubfoglalkozáson vettek részt a roma egészség- és szociális mediátorok segítségével, a családorvosok szakmai útmutatásával. Ezek interaktív előadások voltak, melyek témakörei a szív-érrendszeri, daganatos valamint a mozgásszervi betegségek és a kockázati tényezők voltak, különös tekintettel a dohányzásra, a táplálkozásra és alkoholfogyasztásra. A foglalkozásokat az esetek túlnyomó többségében a területileg illetékes házi orvosok vezették, így a klubrendezvények az orvos-beteg kapcsolat javításához is hozzájárultak. Néhány kivételtől eltekintve sikerült a házi orvosokat (legtöbbször személyesen) meggyőzni a program fontosságáról, munkaidőn kívüli tevékenységükért mindazonáltal szerény díjazást kaptak. A foglalkozásokat megelőzően az orvosok szóbeli tájékoztatásban részesültek, és információs anyagot kaptak. A klubtalálkozásokon az előadók személyes hozzáállásuknak és a résztvevők igényének megfelelően eltérhettek az előzetes tematikától. A klubfoglalkozáson tárgyalt kérdésekkel kapcsolatosan a résztvevők írásos-képes szóróanyagot kaptak, amelyek előzőleg kisebb csoporton teszteltünk. A foglalkozásokon a meghívottak túlnyomó többsége részt vett: az első foglalkozáson összesen 2037 a másodikon 2129, a harmadikon 2184 személy volt a helyszínen. Az előadásokat látogatni nem képes, idősebb, beteg embereket otthonukban keresték fel.

Az előadásokon, valamint a családlátogatások során szociális és jogi problémák felvetésére nyílt lehetőség, lehetőség szerint jogi és szociális segítséget is nyújtottunk. A foglalkozásokon való részvételt segítő élelmiszer-utalványok szétosztása nemcsak motivációt jelentett, hanem az egészséges táplálkozást népszerűsítő szórólapokkal együtt egészségnevelési célt is szolgált. Az utolsó foglalkozáson, illetve látogatás során a résztvevők képes egészségnevelési füzetet kaptak. A klubfoglalkozások közötti időszakban a helyi moderátor jelentette, ha valakinek szociális vagy hivatali ügygel kapcsolatos sérelme vagy kérése volt. A megyei koordinátor a panaszok egy részét hivatalos formában továbbította a helyi vagy megyei szintű intézményeknek. Az országos hatáskörbe tartozó ügyeket a program központja átadta az illetékes hivatalnak vagy hatóságnak. Az eljárások eredményeiről folyamatosan tájékoztatták az érintetteket. A romák pontos tájékoztatása mellett a program része volt az ügyeket intéző hivatalnokok megismertetése általános és konkrét problémáikkal. Legtöbbször a következő tárgyú ügyekben vállaltuk a problémák megoldásának segítségét: házasságkötés, válás, gyámügy, gyermekvédelem, családon belüli erőszak, egészségügyi beutaló, adóügyek, örökségi ügyek, egyéni kárpótlás lehetőségei a II. Világháború idején történt atrocitások miatt, szociális segélyek, lakással összefüggő kérdések és földhivatali problémák. Mindezek mellett egyéb, a polgármesteri hivatalhoz tartozó ügyek, romaként elszenvedett diszkrimináció és egyéb jogsértések, más jogi problémák esetén is segítséget nyújtottunk. A szolgáltatás módszerei közé tartoztak a felvilágosítás és tájékoztatás, a közvetítés, az információszerzés, ügyintézés, hivatalos kérvény megírása és beadása a magánszemély nevében, valamint hivatalos levelezés a program szervezői nevében.

A program hatékonyságának értékelésében az első lépés a folyamatértékelés volt. A projekt az élelmiszerutalványok szétosztása révén (konkrét, az egyén számára értelmezhető motiváció), direkt módon járult hozzá a romák anyagi helyzetének átmeneti javításához, a szegénység enyhítéséhez. A roma mediátorok munkalehetőséghez jutottak. A romák egészségi állapotának változása a program viszonylag rövid időtartama miatt nem volt számszerűsíthető. A monitorozás és értékelés fontos rész a programban résztvevők szóbeli és írásbeli visszajelzéseinek kvalitatív elemzése. Álljon itt egy mediátori beszámoló, melynek tartalma általánosan érvényesnek mondható: *„Az utolsó foglalkozást a romák nagy érdeklődéssel várták.*

Nagyon örültek, hogy a doktornő érdekes témákat hozott elő. Ezen a foglalkozáson igen aktívak voltak az emberek. Sajnálták, hogy nem lesz több foglalkozás. Boldogan nyilatkoztak arról, hogy amióta a program elkezdődött, rendszeresen eljárnak vizsgálatokra. Úgy gondolták, hogy a foglalkozások után a szükséges orvosi ellenőrzések gyakorisága is csökken. Nagyon szépen megköszönjük mindazoknak, akik ezt a programot megszervezték. Bízunk abban, hogy lesz még ennek a programnak folytatása". A megyei koordinátorok véleményének összegzése alapján a következőkben foglalhatók össze a program legfontosabb tapasztalatai: *„Az előadások nagyon hasznosnak bizonyultak. A romák rendszeresebben jártak el orvosi ellenőrzésekre, közvetlenebb lett a kapcsolat a cigány emberek és a kezelő orvosuk között. Mindazonáltal sok panasz is elhangzott saját házi orvosuk hozzáállását illetően. A hallgatóság aktív és érdeklődő volt. Az előzetes felmérés a nagy átlag érdeklődésének megfelelően alakította az orvosi előadások tematikáját, de a valódi cél mindenképpen az őket érintő egészségügyi témákról szóló felvilágosítás, az orvosi ellátás fontosságának tudatosítása volt. Nem csak a cigány emberek látogatták a rendezvényt, így a kisebbség és a többségi társadalom egymáshoz való viszonyát tekintve is hasznos egy ilyen program. Az is fontos szempont, hogy az idős emberek találkozhattak egymással, kimozdulhattak otthonukból, elbeszélgethettek a többiekkel. A kezdeti bizalmatlanság fokozatosan oldódott, azok is megjelentek a rendezvényeken, akik kezdetben hitetlenkedve fogadták az egészséget. A program mindenki meglegedésére zárult, negatívumként a kérdőíves felméréssel kapcsolatos jogi problémák és médiatámadások mellett megemlíthetjük, hogy a program folytatásának esélye a finanszírozás hiánya miatt eleve igen csekély volt.*

A program lezárását követően egy évvel fókuszcsoporthoz szerveztünk a legaktívabb mediátorok és roma vezetők részvételével. A programról alkotott kedvező véleményük nem változott. Felidéztek néhány érdekes, emlékezetes és tanulságos történetet. A program lezárását követően egy-egy helyszínen a házi orvosok illetve az egészségügyi dolgozók bevonásával klubfoglalkozások szervezésére is sor került. Elmondásuk szerint számos körzetben az orvos-beteg kapcsolat megmaradt a korábbinál kedvezőbb szinten. Problémaként ismételten a program folytatásának esélytelenségét említették, melynek oka az anyagi erőforrások hiánya volt.

Megbeszélés

A célcsoport tagjai a tervezés, lebonyolítás, értékelés teljes folyamatában részt vettek. Az „Egészség-klub Program” céljaival és értékeivel jól illeszkedett a Nemzeti Népegészségügyi Programhoz. A projekt kialakítása mindvégig átlátható és világos volt, valamennyi szakaszáról megbízható információk álltak rendelkezésre. A projektről nyilvánosságra került, nem-szakmai jellegű információk ellentmondásosak voltak, részben a nyilvánosságra hozó személyek tájékoztatlansága, részben személyi tényezők miatt. A támogatást folyósító illetve közvetítő nemzetközi szervezet bürokratikus szabályai számos nehézséget okoztak a program szervezőinek és vezetőinek. A program integrációja a fennálló szociális és egészségügyi ellátórendszerhez sikeresnek mondható, bár számos nehézséget kellett leküzdeni, különösen az egészségügyi ellátórendszer vonatkozásában. E nehézségek közül kiemelhetjük az orvosok és egészségügyi dolgozók kisebb csoportjának negatív attitűdjét, valamint bizonyos bürokratikus problémákat. A házi orvosok bevonása több alkalommal objektív és szubjektív nehézségekbe ütközött, továbbképzésekre, időhiányra hivatkozva néhányan nem vettek részt a programban, őket kollégáik helyettesítették, így ezt a problémát az estek legnagyobb százalékában sikerült megoldani. Tanulság, hogy a társadalmi kirekesztés és/vagy kirekesztődés érintettjeinek hosszabb, több éven át tartó programok szervezése lenne a leghasznosabb. A magas részvételhez konkrét, a célcsoport számára könnyen értelmezhető motivációra van szükség. A program első fázisában végzett állapot- és igényfelmérés eredményei megerősítették az irodalmi adatokat, melyek szerint a romák egészségi állapotának meghatározásában a szív-érrendszeri, daganatos valamint a mozgásszervi betegségek illetőleg ezek kockázati tényezői a legfontosabbak. A betegeket ellátó házi orvosok többsége a projekt során fokozottabb figyelemmel fordult roma betegei felé. Az egészségklub program formális és informális értékelése, valamint a résztvevők visszajelzései alapján megállapítható volt, hogy a közösség szükségleteit és igényeit figyelembe vevő egészségnevelés pozitívan befolyásolja az egészségtudatos magatartást. Mindez a betegek és az egészségügyi ellátó rendszer kapcsolatát javító tevékenységgel együtt hozzájárulhat a roma népesség egészségi állapotának javításához. Az egészségtudatos magatartást tájékoztatással, ismeretközléssel lehet befolyásolni amennyiben az saját élményű kiscsoportos interakciókhoz, jól motivált helyzetekhez kapcsolódik. Az idősebb romák hiteles

továbbadói lehetnek a családokon belül az egészségtudatos szemléletmódnak. Az egészségügyi alapellátásban dolgozók és a roma közösségek kapcsolatát lehet javítani, amennyiben azt helyi szinten, tehát nem mesterségesen általánosítva, hanem kis területi egységben, személyes interakciókban értelmezzük. Úgyszintén lehetséges a diszkriminációs elemeket, a sokszor tévesnek tartható sztereotípiákat személyes találkozók során kedvezően befolyásolni, különösen akkor, ha mindkét félnél van motiváció a kooperációra. A személyes találkozások a sztereotípiákat jelentősen gyengítik, és az általános toleranciát erősítik. Mindemellett a program jelentős segítséget nyújtott egyes szociális és jogi problémák megoldásában. Kedvezőek voltak a tapasztalatok a nem-kormányzati és a kormányzati szervezetek, valamint a helyi közösségek és a kisebbségi önkormányzatok együttműködését illetően. Az egészségklubok jelentős közösségfejlesztési hatását bizonyítja, hogy a program fenntartására az eredeti helyszíneken mind a szervezők, mind a lebonyolításban részt vevők, mind a célpopuláció körében jelentős az igény. A program értékelésének eredményei arra utalnak, hogy az egészségklub-hálózat megfelelően felkészített, korábban területi tapasztalatokat szerzett, szervező és végrehajtó munkacsoport vezetésével, roma vezetők és csoportok bevonásával, kisebb költségvetéssel több helyszínen is megismételhető. Kívánatos lenne a program kiterjesztése más megyék településein lakó idős és fiatalabb romák számára. Ez a rendelkezésre álló anyagi erőforrások függvénye.

Általános tanulság, hogy a prevenció és az egészségügyi ellátás hatékonyságának növelését, beleértve a romák és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatának javítását epidemiológiai alapokon nyugvó, szociokulturálisan adaptált, a szociológia és a kulturális antropológia módszertanát használó programok bevezetése segítheti a legjobban. Ilyen programok bevezetésére a hivatalos egészségügyi és szociális ellátórendszer keretei között az emberi és anyagi erőforrások hiánya miatt sokszor nincs, vagy csak korlátozottan van lehetőség, ezért is fontos a nem kormányzati szervezetek szerepe. A magyarországi roma populáció egészségi állapotának javítása érdekében új egészségfejlesztési módszerek bevezetése is szükséges.

3.3. Modellprogram a roma populációban ajak és szájüregi daganatok szűrővizsgálatára

Háttér

Magyarországon a daganatos betegségek morbiditása és mortalitása nemzetközi összehasonlításban igen magas (122, 123.). A rákhalálozás 1999-ben volt a legnagyobb, azóta mérsékelten csökkenő tendenciát mutat, de az ajak-szájüregi rákok gyakorisága és mortalitása tovább növekedett (124.). A Nemzeti Rákregiszter adatai szerint programunk kezdetén, 2001-ben 2818 esetben állították fel a szájüregi rák diagnózisát. Ugyanebben az évben 1432 férfi (29,6/100.000 és 305 nő (5,7/100.000), összesen 1760 személy halálát okozta ajak-szájüregi rosszindulatú daganat. A férfiak daganathalálozási sorrendjében a szájüregi rák az összes daganatos halálestet 7,5%-át adva a harmadik leggyakoribb daganattá vált. A betegség leginkább a 35 év feletti férfiakat sújtja, de fiatalabb korban és a nők között is egyre gyakoribb (125.). A szájüregi rák prognózisa általában rossz. Kockázati tényezői közül a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás szerepe egyértelműen bizonyított (126.). Mindezek külön-külön dózisarányosan növelik a kockázatot, együttesen hatva pedig összeszorzódnak. A szájhigiéné elhanyagolása, a rendszeres fogorvosi ellenőrzés elmulasztása, az ismétlődő szájüregi fertőzések, az idült gyulladások, és bizonyos táplálkozási tényezők növelik a kockázatot (127.). A hátrányos helyzetben lévők, alacsonyabb iskolai végzettségűek között, így minden valószínűség szerint a romák között is, e daganatok számottevően gyakoribbak (128).

Sem a hazai, sem a nemzetközi irodalomban nem találunk egyértelmű bizonyítékot arra, hogy a rendszeres időközönként, általában 6-12 havonta, populáció-szinten végzett szájüregi rákszűrő vizsgálat a szájüregi rákok mortalitását csökkentené (129.). Más a helyzet az opportunisztikus szájüregi szűrővizsgálat esetében. Ez nem központilag szervezett, hanem alkalmi stomato-onkológiai vizsgálat az orvosi, foglalkozás-egészségügyi illetve fogorvosi rendelőben bármilyen okból jelentkező betegen. Az eljárás rövid, egyszerű és bizonyítottan költség-hatékony. A fokozott kockázatnak kitett csoportokban szintén érdemes szűrővizsgálatokat szervezni. Az Egyesült Királyságban és az USA-ban végzett felmérések szerint az alkalmi szűrővizsgálatok elterjedése óta a daganatok korai stádiumban történt felismerése jelentősen gyakoribbá vált (130, 131, 132.).

Módszer

Célunk olyan modellprogram kidolgozása volt, amely alkalmas a hátrányos helyzetű (vizsgálatunkban: roma) populációban a szájüregi rákok kockázati tényezőinek meghatározására, a szájüregi rákok és rákmegelőző állapotok korai diagnózisára és gyógyítására, így a morbiditás és végső soron mortalitás csökkentésére. A program célkitűzéseit a helyi cigány közösségekkel, az ÁNTSZ-szel és a fogorvosokkal együttműködésben kívántuk elérni, roma mediátorok és egészségőrök segítségével.

A modellprogram helyszíneinek kiválasztásában korábbi roma egészség-programok tapasztalatait használtuk fel. A Soros Alapítvány roma rehabilitációs programja éveken keresztül az ország több településén, elsősorban a gazdaságilag elmaradott térségekben támogatta a roma egészségőrök és mediátorok képzését. Ezek a programok az ÁNTSZ, a helyi cigány önkormányzatok, nem-kormányzati roma szervezetek és a munkaügyi hivatalok együttműködésével folytak. A mediátor-képzés és más roma programok során szerzett tapasztalatok alapján a szájüregi rákok szűrését részben nagyvárosok romák által sűrűn lakott területein, részben cigánytelepeken terveztük. Több tervezett helyszínen (Miskolc, Ózd, Füzesabony, Budapest egyes kerületei) szervezési nehézségek, illetve a fogorvosok valamint a népegészségügyi szakemberek nem megfelelő együttműködési készsége miatt nem került sor a szűrővizsgálatra.

Adatvédelmi, etikai és technikai okok miatt az egyes helyszíneken a célpopuláció nagyságának tudományos igényű, pontos meghatározása a szűrővizsgálat előtt nem volt lehetséges. A vizsgálat tervezése során a mediátorok és a roma közösségekben dolgozó egészségnevelési szakemberek becslést adtak a területükön a magukat cigánynak valló személyek számáról. Ennek alapján a tervezett helyszíneken mindösszesen 1000-1200, 35 év feletti roma lakost szándékoztunk bevonni a vizsgálatba. A kockázati tényezőket felmérő kérdőív összeállításában az eddig végzett stomato-onkológiai szűrővizsgálatok során használt, hasonló tárgyú kérdőívek, valamint egyéb egészségmagatartás felmérések anyagára támaszkodtunk. Az egészségügyi alapképzést kapott roma egészségőrök és mediátorok felkészítését, valamint a szűrést végző egészségügyi szakdolgozók képzését részben közös, részben az adott közösségre adaptált curriculum alapján végeztük, a korábbi tapasztalatok alapul vételével (133, 134, 135.)

A roma mediátorok illetve a népegészségügyi szakemberek személyesen keresték meg a területükhöz tartozó célpopuláció tagjainak formális és informális vezetőit. A 35 év feletti lakosok többségét értesítették a szűrővizsgálat lehetőségéről, annak céljáról, helyszínéről és időpontjáról. A szűrővizsgálat előre meghatározott időütemezésben, protokoll szerint folyt. A vizsgálat előtt a résztvevők aláírták a Semmelweis Egyetem Kutatásetikai Bizottsága által jóváhagyott beleegyezési nyilatkozatot és (szükség esetén segítséggel) kitöltötték a kockázati tényezőket felmérő, az adatvédelmi szabályoknak megfelelő kérdőívet. A kérdőívet 5. számú mellékletként csatoljuk. A vizsgálat kilenc szájterület átvizsgálásából állt, három perc alatt elvégezhető volt, a dokumentálás is rövid időt vett igénybe. A vizsgálatot végző fogorvos a talált elváltozásokat szűrőlapon rögzítette; (a szűrőlapot 6. számú mellékletként csatoljuk) rákra vagy rákmegelőző állapotra utaló elváltozások esetén a betegeket a végleges diagnózis felállítására alkalmas területi központokba utalta, ahol a betegek ellátására előzetes tájékoztatás után felkészültek. Regisztráltuk a szűrésen megjelentek és a rákgyanús elváltozással kiszűrtek számát. Valamennyi résztvevő teljes költségtérítést és kisebb ajándékcsomagot kapott.

Négy településen (Nyíregyháza, Kecskemét, Budapest, Győr) szerveztünk szűrővizsgálatot, részben a helyi ÁNTSZ, részben civil szervezetek, részben roma csoportok segítségével. Az adott területen minden 35 év feletti, az érintett csoportba tartozó lakost felkértünk a vizsgálatra, de nem utasítottuk el (etikai megfontolásokból nem utasíthattuk el) a fiatalabbak jelentkezését sem.

Eredmények

A négy helyszínen összesen 1146 fő (656 férfi és 490 nő) szájüregi rákszűrő vizsgálatára került sor. A résztvevők átlagos életkora 40 év volt, a legfiatalabb 20 éves, a legidősebb 77 éves volt. Mindössze 186 fő (16%) nem számolt be szájüregi panaszról. A panaszok helyeként általában a fogazatot jelölték meg. A szűrésen részt vettek fele nem mosott naponta fogat, 75% dohányzott, 45% fogyasztott valamilyen gyakorisággal szeszes italt, háromnegyed részük 8 vagy kevesebb osztályt végzett, tehát a szájüregi rák szempontjából kockázati csoportba volt sorolható. A vizsgálat során jóindulatú szövetszaporulatot 18 főnél (1,6%), malignitásra gyanús elváltozást 12 főnél (1%), leukoplakiát 15 főnél (1,6%) találtunk. A betegek túlnyomó többsége dohányzott és

rendszeresen fogyasztott alkoholt. A megvizsgált személyek több mint fele nem járt rendszeresen fogorvoshoz, az elváltozással kiszűrteknél ez az arány 93 % volt.

Megbeszélés

A vizsgálat során megbízható adatokat nyertünk a roma populáció szájüregi rákkal kapcsolatos kockázati tényezőiről. Megerősítést nyertek az egyértelműen magas rizikócsoportba tartozó roma populáció) szájüregi rákkal kapcsolatos kockázati tényezőiről feltételezett adatok. A kidolgozott és kipróbált szűrővizsgálati modell a hátrányos helyzetű populációkban a tervezett országos szájüregi rákszűrési program részeként is alkalmazható. A szájüregi rákmegelőző állapotok és a szájüregi rákok gyakorisága a korábbi vizsgálatok során a hasonló kockázati jellemzőkkel bíró csoportokkal összehasonlítva hasonlóan bizonyult. Mindezek alapján javasolható, hogy a roma populáció megfelelő korosztályba tartozó tagjai számára a kockázati tényezők költséges előszűrése nélkül stomato-onkológia szűrővizsgálat szervezzünk. A vizsgálat előkészítése és elvégzése során elengedhetetlen az érintett közösség és a közösség egyes képzett tagjainak (formális és informális vezetők, mediátorok, egészségőrök) bevonása meghatározott feladatokra, például a szűrővizsgálat népszerűsítésére és segítségnyújtásra a vizsgálat és a követés során. A vizsgálat kezdete előtt tisztázni kell, és jogi szakemberek segítségével lehetőség szerint olyan megoldást kell találni a kiszűrt betegek követésére, amely a hatályos adtavédelmi jogszabályokat nem sérti. Ez részben a betegek érdeke, részben a program megbízható, tudományos igényű monitorozását és értékelését is lehetővé teszi.

4. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK: EPIDEMIOLÓGIAI ÉS ANTROPOLÓGIA MÓDSZEREK HASZNÁLATA EGYES HÁTRÁNYOS HELYZETŰ POPULÁCIÓK EGÉSZSÉGFELMÉRÉSÉBEN ÉS EGÉSZSÉGMEGŐRZÉSÉBEN

Problematikus egészségi állapotnak az egészség kisebb megromlását (pl. enyhébb nyugtalanság, fáradtság, rossz közérzet) nevezzük, amely annak tartóssága, súlyosbodása, illetve egyéb társuló probléma esetén orvosi diagnózissal jellemzett betegséggé válhat. Az egyén testi, lelki és szociális állapota együttesen határozza meg az egészségi állapotot, amely a teljes egészségtől a halálig terjedően széles skálán változhat. Ezt a holisztikus szemléletet tükrözi a WHO 1948-ban elfogadott egészség definíciója is, amely szerint az egészség nem pusztán a betegség és fogyatékoság hiánya, hanem a teljes fizikai, mentális és szociális jóllét állapota. Az egészséggel kapcsolatos problémák tehát csak átfogó szociális, gazdasági, politikai, biológiai, genetikai és környezeti okok hálózatába illeszthetők be, így felmérésük során szakmailag tökéletesen megtervezett és végrehajtott epidemiológiai vizsgálat sem adhat választ valamennyi kérdésre. Az epidemiológiai vizsgálatoknak módszertani korlátai is vannak (136.). Az utóbbi időben a népegészségügy tárgy- és feladatköre szélesedett, a feltett kérdések mind összetettebbé váltak. A hátrányos helyzetű populációkban a mintavétel különösen problémás, a reprezentativitás legtöbbször nem valósítható meg, hiszen sokszor nem ismerjük az alapsokaságot. További problémák merülnek fel a vizsgálati eredményeknek a betegségmegelőzésben és egészségmegőrzésben történő hasznosításakor. Az epidemiológiai vizsgálatok önmagukban azért sem alkalmasak az egészség-betegség problémakör komplex megismerésére, mert ez a megközelítés általában betegség-orientált, szervek-szervrendszerek strukturális vagy funkcionális elváltozásaira koncentrál, objektivitásra törekszik, az elváltozások kulturális összefüggéseit, mint zavaró tényezőt sokszor figyelmen kívül hagyja (137.). A betegségek biológiai-orvosi definíciója igen gyorsan változik, sokszor az epidemiológusok sem értelmezik egységesen a gyakorló orvosok betegség definícióját. Egy-egy betegség meghatározásában sokszor jelentős kulturális különbségeket állapíthatunk meg. A Betegségek Nemzetközi Osztályozása időről időre átdolgozásra kerül, egyes korábban betegségnek tekintett állapotok kimaradhatnak (például a

homoszexualitás), mások belekerülhetnek, mint például a nagyfokú szegénység (138.). Az epidemiológiai vizsgálatok során megismert és igazolt sokszor megkérdőjelezhetetlen tények ismerete (gondoljunk például a dohányzás egészségkárosító hatására) a mindennapi gyakorlatban sokszor elégtelennek bizonyul a kockázati tényezők okozta ártalmak széles körű megelőzésére illetve csökkentésére, mert nem mindig tudjuk, mi van a kockázati tényezők gyakoriságának hátterében.

Az orvosi antropológia a betegségek kulturális meghatározottságára és szociális összefüggéseire koncentrál, mind a betegségek kialakulásának, mind megelőzésének és gyógyításának vizsgálatában. Egyes antropológusok megfogalmazása szerint a betegség nem más, mint egyfajta „kulturális konstrukció” (139.). A szociális epidemiológia a betegségek szociális meghatározottságát tartja egyértelműnek. Az epidemiológiát kissé leegyszerűsítve redukcionista-pozitivistá, a kulturális antropológiát holisztikus-humanista megközelítésű tudománynak írhatjuk le. A társadalomtudományok, így az orvosi antropológia több olyan faktor feltárására is használható, melyre a statisztikai alapokon nyugvó epidemiológia egyedül nem képes, a két (esetenként több) tudományterület együttműködése elkerülhetetlen. Önmagában a szociológia és a kulturális antropológia módszertana sem alkalmas a kockázati tényezők és az egészségi állapot felmérésére, és ennek alapján betegségmegelőzési és egészségfejlesztési programok tervezésére, végrehajtására és értékelésére (140.).

Az orvosi-ökológiai modell egyesíti a biológia orvoslást (ezen belül a betegségek biológiai okainak feltárását) a biológiai és kulturális antropológiával. A modell három fő pilléren nyugszik: egyrészt (joggal) feltételezi, hogy egy betegségnek nemcsak egy oka van. A betegség ezért végső soron az ökoszisztéma egyensúlyvesztéséhez vezető folyamatok következménye is lehet. A modell másrészt megállapítja, hogy az egészség és a betegség fizikai, biológiai és kulturális alrendszeréből tevődik össze, amelyek folyamatos és állandó hatást gyakorolnak egymásra. Az ökológiai modell lehetőséget nyújt arra, hogy az egészséget környezeti kontextusban vizsgáljuk, de nem határozza meg közelebbről, hogy mely tényezők járulnak hozzá az egészség fenntartásához, illetve az egyes betegségek kialakulásához egy adott helyi szisztémában. Az úgynevezett kritikai orvosi antropológia mindezeket túlmutat, globális fizikai és gazdasági folyamatokat is figyelembe vesz a betegségek kialakulásának magyarázatában, és

közelebb hozza ezt a népegészségügy mindennapi gyakorlatához, melynek végső soron nem csak a populáció, hanem az egyén egészségi állapotának javítása is célja (141.). A kritikai orvosi antropológia az egészségügyi rendszerekre fókuszál, tehát arra, hogyan működik ez a rendszer különböző szinteken: a beteg szintjén, az orvos-beteg kapcsolat szintjén, a helyi egészségügyi ellátás szintjén (különös tekintettel a rendelőintézetekre és kórházakra), valamint a globális politikai-gazdasági rendszerek makroszociális szintjén. A kritikai orvosi antropológiai vizsgálatok hangsúlyozottan figyelembe veszik a nem, az etnikum és az osztálykülönbségek egészségre gyakorolt hatását is. Együttműködés helyett sokszor kölcsönös bizalmatlanság figyelhető meg az antropológia és a demográfia művelői között is (142.). A demográfusok az általános ok-okozati modellek és standardizált adatgyűjtési és felmérési módszerek szerepét hangsúlyozzák, míg az antropológusok a szociokulturális tényezők fontosságát és a különböző populációk és kultúrák egyediségét emelik ki.

Az értekezésben bemutatott egészségmagatartás-felmérések tehát mind az epidemiológia, mind az antropológia módszertanát alkalmazzák. Kevés olyan vizsgálat történt, mint a telepi romák és a 2003-ban végzett Országos Lakossági Egészségfelmérés 18 és 65 év közötti felnőtt magyar populációt reprezentáló csoportjának összehasonlító elemzése, melynek legfontosabb célja az etnikai hovatartozás egészségmagatartásra és egészségi állapotra gyakorolt hatásának elemzése volt (143.). A hátrányos helyzetű csoportokban szervezett egészségfejlesztő modellprojektek egészségmagatartás-vizsgálatok eredményeire épültek.

Az irodalmi adatok és saját vizsgálataink arra utalnak, hogy a hátrányos helyzetű populációk egészségmagatartása, egészségi állapota és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése kedvezőtlen. Azt is tudjuk, hogy kockázatos egészségmagatartású populációkban az egészségfejlesztési programok (gondoljunk például a szájüregi rákszűrővizsgálatokra vagy a dohányzás-megelőző programokra) abszolút értelemben hatásosabbak, hiszen nagyobb a megelőzhető betegség-tömeg, így az elkerülhető betegségteher. A fokozott kockázatnak kitett populációkban a preventív beavatkozások többnyire költség-hatékonyabbak. Mindazonáltal ilyen programok szervezése előtt el kell végezni az egészségmagatartás és az egészségi állapot felmérését, részben az adott populáció igényeinek és szükségleteinek megfelelő kialakítása, „testre szabása”

érdekében, részben a program monitorázásához és értékeléséhez szükséges adatok gyűjtése miatt.

A hátrányos helyzetű populációk egészségmagatartásának vizsgálata számos metodológiai kérdést vet fel. Kérdőíves vizsgálatnál különös gondossággal kell eljárni a kérdések megfogalmazásánál. Figyelembe kell venni e csoportok sokszor eltérő szóhasználatát. Bizonyos kifejezéseket nem értenek, mások jelentése különbözik számukra. Korábban más populációkban használt kérdőívek esetében elengedhetetlen a kulturális adaptáció vagy az ismételt hitelesítés. A reprezentatív mintavétel általában nem lehetséges, mert az egyes személyek besorolása a vizsgált populációba – legalábbis tudományos igényességgel – nehéz, sokszor szinte lehetetlen. A mindennapi életben általában könnyen meghatározzuk az etnikai hovatartozást (legtöbbször tudjuk például, ha valaki roma), de azt is tudni véljük, hogy ki homoszexuális vagy prostituált. Tudományos igényű vizsgálatokban viszont pontos definíció kell: ki a cigány, ki a prostituált, ki a homoszexuális. A definíció nem szükségszerűen azonos paramétereken alapul a szociológia, az antropológia vagy az epidemiológiai területén. Populációs genetikai vizsgálatokkal (bár ezekre ritkán nyílik mód és lehetőség) a kérdés legalább is antropológiailag eldönthető. Mindazonáltal a definíciókat illetően sokszor elismert szakemberek sem tudnak megegyezni, az önmeghatározás pedig nem mindig alkalmazható, és nem tekinthető mindig érvényesnek. Sokszor a személyiségi jogok túlzott kiterjesztése jelent akadályt ebben a kérdésben, ami számos esetben érthető, de sokszor éppen a segítségnyújtás egyik akadálya lehet. Ha a populációhoz tartozó személyek meghatározása többé-kevésbé sikerül is, további problémát okozhat az adott populáció nagyságának meghatározása. A rejtőzködő életmód miatt nehéz megmondani, hogy például hány prostituált vagy hány biszexuális tartozik egy bizonyos területen élő populációhoz.

A felmérések egy része különleges színtereken zajlik, cigánytelepeken, elhagyatott utcákon, vagy éppen bárókban, szórakozóhelyeken. Ez további nehézséget jelent, és speciális felkészültséget igényel, melyhez segítséget nyújthatnak a hátrányos helyzetű, vulnerábilis populációk tagjai. Bárókban végzett, a meleg szexuális magatartásának megismerését célzó felmérésünk nem jöhetett volna létre a civil homoszexuális szervezetek és a bártulajdonosok segítségével. A kérdezőbiztosok (annak ellenére,

hogy többségükben egy meleg nem-kormányzati szervezet tagjai voltak) megfelelő előkészítés nélkül nem juthattak volna be a helyszínre. Az sem valószínű, hogy az utcai prostituáltak válaszoltak volna a terepen idegenül mozgó, akár professzionális kérdezőbiztosoknak. Kérdőíves felméréseink és más, Magyarországon végzett vizsgálat és program is bizonyította, hogy a roma vezetők, mediátorok vagy egészségőrök segítségével nélkülözhetetlen a cigány csoportok egészségfelmérésében és a romák körében végzett egészségfejlesztő programok szervezéséhez.

Az egészségmagatartás kérdőívek válaszait mindig bizonyos fenntartásokkal kell értékelni, különösen igaz ez bizonyos „kényes” kérdések esetén, mint amilyenek például a szexuális magatartásra utaló, vagy az alkohol és drogfogyasztásra utaló kérdések. Jó példa erre az utcai prostituáltak körében végzett felmérésünk, melynek során az alkoholfogyasztást szinte valamennyi válaszadó negálta, miközben az utcai kortárs segítők egyértelműen állították, hogy a prostituáltak túlnyomó többsége rendszeresen és jelentős mennyiségben fogyaszt alkoholt. Szexuális magatartásra vonatkozó kérdéseknél nem ritka a szexuális partnerek számának akár szándékos, akár nem szándékos pontatlan meghatározása. Az óvszerhasználatra vonatkozó kérdéseknél a valóságosnál több kedvező, az elvárásoknak megfelelő választ kaphatunk. Ez általánosságban is így van, a válaszolók még az anonimitást a legteljesebb mértékben tiszteletben tartó módszerek alkalmazása esetén is igyekeznek válaszaikkal a társadalmi elvárásoknak megfelelni. Ebben a torzításban a diszkrimináció is szerepet játszik. Bizonyos esetekben a választ adóknak alapos okuk van nem válaszolni bizonyos kérdésekre, hiszen egy-egy válasznak akár büntetőjogi következményei is lehetnek, például drogfogyasztásra vonatkozó kérdéseknél. A hibák csökkenthetők a vizsgált közösség egyes tagjainak bevonásával, a vizsgálat alapos és megfelelő előkészítésével, az epidemiológiai, szociológiai és antropológiai módszerek együttes alkalmazásával.

A vulnerábilis populációkban végzett prevenció programok sikerességének alapfeltétele a megfelelő munkakapcsolat kialakítása az adott közösség tagjaival. Ez a kapcsolat szerencsés esetben már a program előkészítése vagy az alap egészségmagatartás-felmérés során kialakul, vagy korábbi kapcsolatokra épül. A HIV prevenció modellkísérletet több, egészségnevelési program előzte meg ugyanazon a helyszínen, és a résztvevők között is voltak átfedések. Ugyanez érvényes a szájüregi

rákszűrő program több helyszínére. Az idős roma klubok szervezésénél a megelőző kérdőíves felmérés során sikerült jó munkakapcsolatot kialakítani a mediátorokkal, segítségükkel már a felmérés során felhívhattuk a figyelmet a közeledő klubprogramra. Itt jegyezzük meg, hogy bármilyen fontos és tudományos jelentőségű egy kérdőíves állapotfelmérés, a hátrányos helyzetű populációk tagjaiban tudatosítani kell, hogy a felmérés nemcsak tudományos célokat szolgál, hanem helyzetük, konkrétan egészségi állapotuk javítást is. A Magyar Köztársaság Országgyűlése 2003-ban fogadta el az akkor Johan Béláról elnevezett, a jelenlegi hivatalos meghatározás szerinti Nemzeti Népegészségügyi Programot (144.). A program célkitűzései között több helyen is szerepel a hátrányos helyzetű populációk egészségi állapotának javítása, de ezen célkitűzések időarányosan nem valósultak meg.

Vizsgálataink rámutattak arra, hogy a hátrányos helyzetű, vulnerábilis populációk életkörülményeinek javítását célzó beavatkozások kidolgozásához nélkülözhetetlen több szakma, így például az epidemiológia, a szociológia és a kulturális antropológia együttműködésével korábban szervezett kutatási programok eredményeinek figyelembe vétele. Az egészségfejlesztési programokat ugyanezen tudományok képviselőinek az egészségfejlesztéshez értő szakemberekkel együttműködve kell kidolgozniuk, az adott közösség képviselőinek bevonásával (145.). A programok végrehajtásában és értékelésében ugyanezen elvek szerint kell eljárni, bármelyik hátrányos helyzetű populációról van szó, bár a gyakorlati megvalósítás természetesen minden csoportnál más és más.

Az egészség előfeltételeit és forrásait az Egészségfejlesztés Ottawai Kartája foglalja össze: béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság, társadalmi egyenlőség. A hátrányos helyzetű lakossági csoportok kedvezőtlen egészségi állapotának hátterében a rossz társadalmi-gazdasági helyzetük, és részben ezzel összefüggésben az egészségre kockázatos életmódjuk áll. Ez jelentősen megnehezíti az egészségfejlesztő programok szervezését. Létminimum alatt élők számára szinte kilátástalan dohányzásleszoktató programot szervezni, alultáplált, éhező emberek számára felesleges az egészséges táplálkozásról beszélni. Az úgynevezett Maslow-piramis a szükségletek hierarchiáját mutatja az alapvető biológiai szükségletektől azon komplexebb pszichológiai motivációkig,

melyek csak akkor válnak fontossá, ha az alapvető szükségletek már kielégülést nyertek (146.). Az egyik szinten lévő szükségleteket legalább részben ki kell elégíteni, mielőtt a felette lévő szint szükségletei a cselekvés jelentős meghatározóivá válnak. Fejleszteni kell a gazdaságot, bővíteni kell a foglalkoztatást, ez javítja a jövedelemszerző képességet, így az életszínvonalat és az életminőséget. Az elérhető és diszkriminációmentes oktatásügy és egészségügy az emberi tőke javításával megszakíthatja a hátrányos helyzet újratermelődésének folyamatát. Az egészség alapvető szociális feltételeinek megteremtése önmagában feltehetőleg nem elegendő, hiszen a hátrányos helyzetű közösségek egészséggel kapcsolatos problémái speciálisak, ezért a hátrányos helyzetű populációk közösségeinek fejlesztését a csoport tagjai egymástól eltérő feltételeinek és szükségleteinek ismeretére, a vulnerábilis populációkhoz tartozó csoportok és egyének növekvő részvételére kell építeni. E populációk egészségmagatartását, egészségi állapotát és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférését akkor is javítani kell, ha általános társadalmi-gazdasági helyzetük rövid távon érdemben nem változik meg. Az egészségi esélyegyenlőség és a társadalmi esélyegyenlőség egymásra szorosan ható tényezők. Az egészségi esélyegyenlőség javítása nem kizárólagosan az anyagi viszonyok módosítását jelenti, hanem a konfliktusmegoldó képesség és a kommunikáció fejlesztését, a tanulás kiemelt kezelését, a függőség és kiszolgáltatottság (a krónikus stresszállapot és a tehetetlenség) csökkentését, a különböző társadalmi rétegződésekben lévő személyek és életfeltételeik tiszteltetését. Fentiek miatt prioritást kell adni a rétegspecifikus, kisközösségi, csoportos egészségfejlesztő programoknak a preventív egészség-magatartás komplex kialakításához. A hátrányos helyzet egyik legjelentősebb védőfaktora (éppen úgy, mint bármely más populációban) a társas támogatás lehet, ezért a célzott egészségfejlesztő programoknak ennek erősítésére kell törekedniük. A hátrányos helyzetű csoportok vizsgálata és egészségfejlesztése során mottónk lehet Baruch Spinoza (1632-1677) gondolata: "...sem siratni, sem kinevetni, sem megvetni, hanem csakis megérteni" (147).

5. ÖSSZEFOGLALÁS

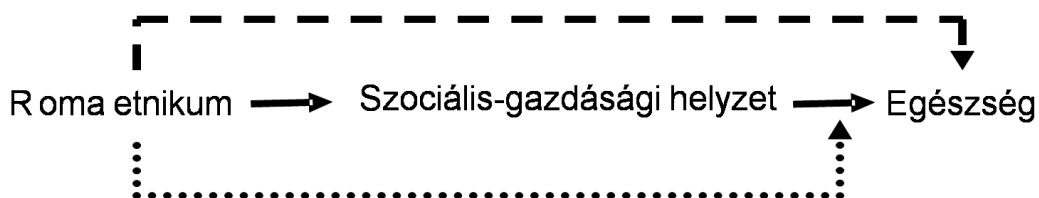
Hátrányos helyzetűek, vulnerábilisak azon a populációk, melyek az őket körülvevő többségtől biológiai-szomatikus, szellemi-lelki, vagy szociális-gazdasági szempontból kedvezőtlen irányban eltérnek. Egészségmagatartásuk és egészségi állapotuk is általában kedvezőtlen. Vizsgálataink során felmértük egyes vulnerábilis csoportok: romák, homoszexuálisok és a prostituáltak egészségmagatartását és betegségmegelőzési valamint egészségfejlesztési modellprogramokat szerveztünk számukra. A csoporthoz tartozás sokszor bizonytalan meghatározása, a diszkrimináció és a rejtőzködő életmód miatt a vizsgálatok során reprezentatív mintavételre nem volt lehetőség. A célpopuláció nehezen volt elérhető, ezért bevontuk a csoportok tagjait és vezetőit is, valamint figyelembe vettük kulturális és egyéb sajátosságaikat. A felmérésekben 469 homoszexuális férfi és 80 roma vett részt. A résztvevők több mint 50%-a kockázatos szexuális magatartást gyakorolt. A programokban az epidemiológiai, antropológiai és a szociológiai módszereket együttesen alkalmaztuk. A kérdőíves vizsgálatok és igényfelmérések jól szolgálták a közösségi alapú betegségmegelőzési és egészségfejlesztő projektek tervezését valamint kivitelezését. Véleményformálókön alapuló egészségfejlesztő programokat (C-POL) adaptáltunk meleg (69 fő) és roma (80 fő) populációkra. Egy másik projekt során prevencióra fókuszáló egészségklubokat (66) hoztunk létre, több mint 2000 idős roma számára. A szájüregi rákszűrő vizsgálaton 1146 roma vett rész és 27 malignitásra gyanús elváltozást találtunk. Valamennyi program eredményesnek és fenntarthatónak bizonyult. Megállapíthatjuk, hogy a hátrányos helyzetű csoportokban az egészségfejlesztési programok egészségnyeresége nagyobb lehet, mint az átlagpopulációban, ha a csoportok kulturális sajátosságait mindvégig szem előtt tartjuk.

SUMMARY

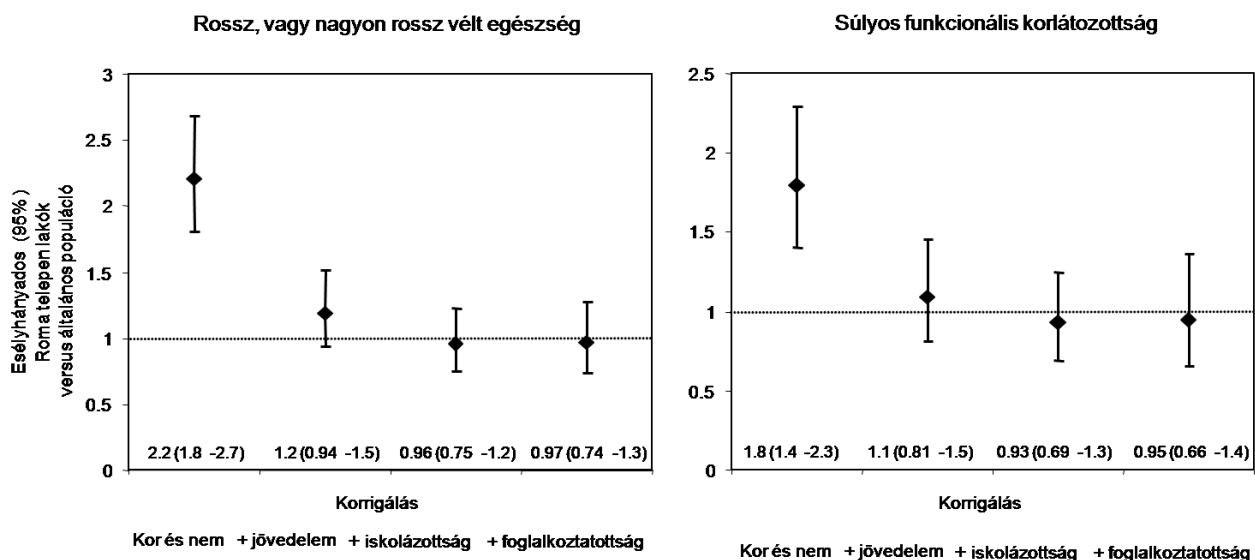
Vulnerable populations are significantly diverse from the average of the majority population in terms of somatic and mental status, behavior and socio-economic conditions associated with disadvantaged situation. The disadvantaged condition causes negative health consequences and can make difficult for this population to reach health care services. This paper summarizes the methods and findings of several studies of health behavior of vulnerable populations (Roma, homosexual males and sex-workers) in order to improve health education and promotion programs. To categorize certain individuals into certain groups is problematic. Self-identification is not always acceptable and identification by others can cause ethical and legal problems. Consequently the assistance of peers and intermediaries of studied population is needed. Altogether 469 gay and bisexual males and 80 Roma have been participated in the health behavior and need assessment surveys. These surveys were appropriate basis for planning and elaborating on community based disease prevention and health promotion programs. The results of questionnaire surveys should be analyzed with caution. The difficulties can be decreased with appropriate preparation, knowing the specific population well, maintaining strict confidentiality or anonymity, and using methods of epidemiology, sociology and anthropology in integrated way. Popular opinion leaders (C_POL) of target communities (69 gay and bisexual men and 80 Roma people) helped to adapt prevention programs. A health promotion club network was organized for 2000 elderly Roma people with the focus on prevention of cardiovascular diseases and cancer. An oral cancer screening model program was established for 1,146 people living in Roma settlements. Oral lesions were found in 18 or 1,6% of the responders while 12 or 1 % have lesions which appeared malignant. All of these programs were effective and sustainable justified by qualitative and quantitative evaluating methods. Basic condition of these prevention programs is the collaboration with the community which can form after a long-relationship. Community-based health promotion projects in vulnerable populations, especially programs involving community opinion leaders, should be a priority.

ÁBRÁK, TÁBLÁZATOK

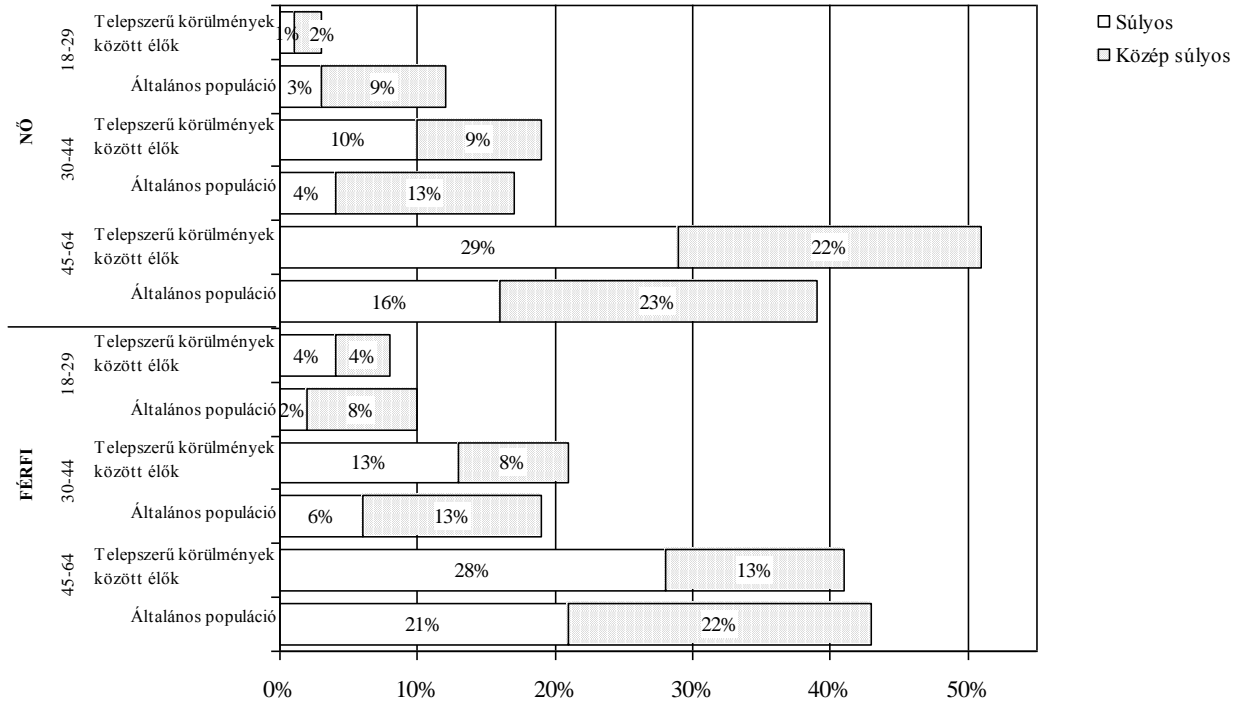
1. ábra: A roma etnikum, a szociális-gazdasági helyzet és az egészség összefüggésének elméleti modellje.



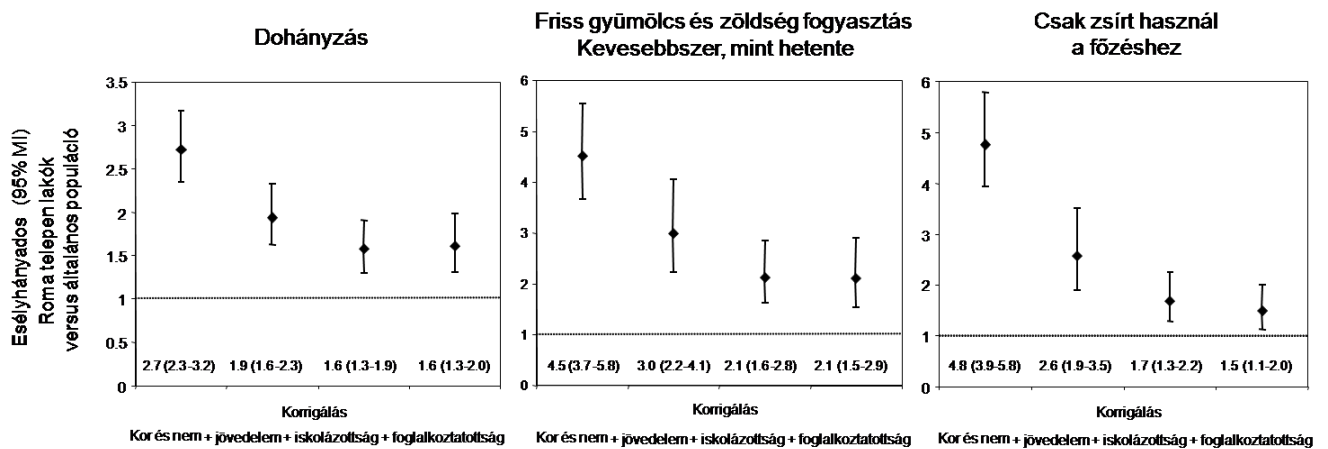
2. ábra: Összefüggés a roma etnikum, a vélt egészség és a funkcionális korlátozottság között (OLEF 2003; teletszerű körülmények között élők egészségfelmérése 2004).



3. ábra: A funkcionalitás csökkenés gyakorisága az általános populáció és a telepszerű körülmények között élő férfiak és nők körében (OLEF 2003; telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése 2004).



4. ábra: Összefüggés a roma etnikum, és egyes egészségmagatartás jellemzők között (OLEF 2003; telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése 2004).



1. táblázat: HIV kockázattal kapcsolatos magatartási minták budapesti homo/biszexuális férfiakban (n=469)

	Átlag (SD)	Medián (IKT)	%
Szexuális magatartás férfiakkal:			
Partnerek száma élete során	161.8(793.7)	20.0(50.0)	
Partnerek száma az elmúlt évben	38.5(337.1)	5.0(8.0)	
Partnerek száma az elmúlt három hónapban	11.5(142.2)	1.0(2.0)	
Védekezés nélküli anális közösülésről beszámolók százalékos aránya az elmúlt három hónapban			50.1%
Védekezés nélküli anális közösülések száma az elmúlt három hónapban			
Beható anális közösülés	1.14(4.83)	0.0(0.30)	
Befogadó anális közösülés	1.56(8.88)	0.0(0.30)	
Azok százalékos aránya, akiknek az elmúlt három hónapban több, mint egy anális partnerük volt			25.0%
Beható anális közösülések (kondom használattal) százalékos aránya az elmúlt három hónapban	59.8%(44.4)		
Befogadó anális közösülések (kondom használattal) százalékos aránya az elmúlt három hónapban	50.2%(46.0)		
Pénzért szexuális szolgáltatást nyújtok százalékos aránya			17.1%
Pénzért szexuális szolgáltatást igénybevevők százalékos arányának átlaga			17.3%
Szexuális magatartás nőekkel			
Partnerek száma élete során			77.3%
Partnerek száma az elmúlt évben			26.0%
Partnerek száma az elmúlt három hónapban			13.6%
Vaginális közösülés során elmúlt három hónapban kondomot használók százalékos aránya	22.6%(38.0)		

SD: szórás, IKT: interkvartilis tartomány

2.táblázat: Az elmúlt 3 hónapban az anális közösülés során védekező illetve nem védekező férfiak egyváltozós összehasonlítása

	Kockázati csoport		p-érték
	Nem védekező (n=235) Átlag (median) vagy %	Védekező (n=75) Átlag median) vagy %	
AIDS kockázatos magatartás ismerete	6.58 (7)	7.00 (7)	0.05
Kockázatos magatartás megváltoztatására irányuló szándék	12.24 (13)	13.89 (15)	<0.001
Kockázatos és biztonságos szex-szel kapcsolatos attitűd	17.93 (18)	19.43 (19)	<0.001
„Pervived norms” (megértett normák) kondom és biztonságosabb szex kapcsán	10.75 (11)	11.9 (12)	<0.001
„Self-efficacy” (önbizalom a kockázat csökkentésével kapcsolatban)	17.74 (18)	19.07 (19)	<0.001
Szexuális magatartás jellemzői			
Férfipartnerek száma élete során	158.50 (20)	134.4 (30)	0.036
Férfipartnerek száma az elmúlt 3 hónapban	17.74 (1)	5.17 (2)	0.1
Férfipartnerek száma, akikkel beható anális közösülése volt az elmúlt 3 hónapban	2.85 (1)	2.31 (1)	0.09
Férfipartnerek száma akikkel befogadó anális közösülése volt az elmúlt 3 hónapban	3.06 (1)	2.03 (1)	0.02
Befogadó anális közösülések száma az elmúlt három hónapban	4.77 (1)	3.18 (1)	0.002
A kondom hozzáférhetősége, jelentősége használatával kapcsolatos tapasztalat			
Nincs elég pénze kondomvásárlásra	10%	0%	0.005
Rendszeresen vásárol kondomot, amikor szüksége van rá	63%	95%	<0.001
Nem szereti a kondomot, nem tartja fontosnak	26%	4%	<0.001
Tudja, hogyan kell használni a kondomot	19%	99%	0.01
Volt valaha HIV tesztje	71%	83%	0.05
Befejezte a középiskolát vagy a főiskolát	80%	95%	0.002

3. táblázat: Logisztikus regressziós modell annak előrejelzésére, hogy az elmúlt 3 hónapban történt-e védekezés nélküli anális közösülés férfival, és használtak-e kondomot az utolsó közösülésnél.

	EH (95%-os MT)	p-érték
Modell a védekezés nélküli anális közösülés előrejelzésére az elmúlt 3 hónapban		
Kockázat csökkentő magatartásra irányuló szándék hiánya (per pontszám)	1,56 (1,26; 1,92)	<0,001
Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá (nem/igen)	6,25 (2,04; 19,14)	0,002
Roszbabb kondom és biztonságos szex attitűd (per pontszám)	1,25 (1,09; 1,47)	0,002
Modell annak előrejelzésére, hogy használtak-e kondomot az utolsó behatoló anális közösülésnél		
Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá (igen/nem)	3,35 (1,62; 6,92)	0,001
Volt valaha HIV tesztje (igen/nem)	2,45 (1,19; 5,06)	0,015
Kockázatot csökkentő magatartásra irányuló szándék (per pontszám)	1,20 (1,05; 1,38)	0,012
Alkoholfogyasztás az elmúlt héten	2,43 (1,18; 5,02)	0,015
Modell annak előrejelzésére, hogy használtak-e kondomot az utolsó befogadó anális közösülésnél		
Kockázatot csökkentő magatartásra irányuló szándék	1,38 (1,20; 1,58)	<0,001
Tartós partnerkapcsolatban él (nem/igen)	2,13 (1,16; 3,91)	0,014
Kondom és biztonságos szex attitűd (per pontszám)	1,13 (1,00; 1,27)	0,041
Fiatalabb kor (per év)	1,05 (1,01; 1,09)	0,010
Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá (igen/nem)	2,26 (1,14; 4,49)	0,020

4. táblázat: Lineáris regressziós modell annak előrejelzésére, hogy az elmúlt 3 hónapban *milyen gyakran* használtak kondomot anális közösülés során

	Átlagos különbség, (% pont) (95%-os MT)	p-érték
Modell annak előrejelzésére, hogy milyen gyakran használtak kondomot, amikor a válaszadó volt a beható partner		
Kockázat csökkentő magatartásra irányuló szándék (per pontszám)	5,42 (3,38; 7,46)	<0,001
Kondom és biztonságos szex attitűd (per pontszám)	3,86 (2,08; 5,64)	<0,001
Tartós párkapcsolat (igen/nem)	-18,75 (-28,39; -9,11)	<0,001
Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá (igen/nem)	20,16 (9,13; 31,19)	<0,001
Biszexuálisnak tartja magát (igen/nem)	-11,82 (-22,05; 1,59)	0,024
Modell annak előrejelzésére, hogy milyen gyakran használtak kondomot, amikor a válaszadó volt a befogadó partner		
Kockázatcsökkentő magatartási szándék (per pontszám)	4,52 (1,97; 7,07)	0,001
Biszexuálisnak tartja magát (igen/nem)	-24,63 (-37,33; -11,93)	<0,001
Kondom és biztonságos szex attitűd (per pontszám)	3,27 (1,17; 5,37)	0,003
Tartós párkapcsolatban él (igen/nem)	-16,29 (-27,66; -4,92)	0,005
Kéznél van a kondom, amikor szükség van rá (igen/nem)	17,41 (3,89; 30,93)	0,012

5. táblázat: Az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők társadalmi-gazdasági helyzetének főbb jellemzői (OLEF 2003;

	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi kvartilisében élők			Általános populáció		
	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves
Csak alapfokú végzettség(%)	73 (68, 77)	80 (75, 84)	87 (82, 91)	43 (36, 50)	44 (38, 50)	50 (45, 56)	16 (14, 19)	17 (15, 20)	29 (26, 32)
Aktív dolgozók (%)	17 (14, 21)	22 (18, 27)	11 (7, 16)	18 (12, 27)	40 (32, 49)	24 (19, 30)	62 (59, 65)	79 (76, 81)	53 (51, 56)
átlagos havi ekvivalens jövedelem (euro/hó)	170 (160, 180)	161 (153, 169)	159 (150, 168)	143 (138, 148)	146 (142, 151)	150 (146, 154)	332 (316, 348)	307 (293, 321)	300 (290, 309)
gazdasági helyzet minősítése nagyon jó(%) jó (%)	20 (16, 24) 40 (35, 45)	18 (14, 23) 43 (38, 49)	26 (20, 32) 39 (33, 46)	8.7 (5.4, 14) 31 (25, 38)	14 (10, 18) 34 (29, 40)	16 (13, 20) 36 (31, 40)	2.3 (1.5, 3.4) 13 (11, 16)	4.2 (3.2, 5.4) 16 (14, 18)	5.3 (4.3, 6.5) 20 (18, 22)
egyszobás lakásban élők (%)	11 (8, 14)	12 (9, 16)	15 (10, 20)	17 (13, 23)	15 (11, 21)	15 (12, 19)	8.7 (7.0, 11)	7.5 (5.9, 9.5)	6.4 (5.3, 7.9)
szociális támogatottság hiánya (%)	24 (20, 28)	27 (22, 32)	24 (19, 30)	16 (11, 22)	20 (15, 25)	23 (19, 28)	11 (9, 13)	15 (13,18)	14 (12, 15)

Az értékek a becsült arányok (%) vagy populációs átlagok (95%-os megbízhatósági tartomány)

6. táblázat: A elmerést megelőző 12 hónapban igénybe vett egészségügyi szolgáltatások gyakorisága az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében (OLEF 2003; telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése 2004)

Korcsoport Nő	Telepszerű körülmények között élők			Általános populáció		
	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves
Bármilyen egészségügyi ellátás	65% (58, 71)	62% (55, 70)	78% (69, 85)	74% (70, 77)	73% (69, 76)	80% (78, 83)
házi orvosi ellátás	70% (64, 76)	71% (63, 77)	86% (78, 91)	62% (59, 65)	62% (59, 65)	77% (75, 79)
szakorvosi ellátás	51% (44, 58)*	42% (35, 50)*	58% (49, 67)	68% (64, 72)*	68% (64, 71)*	69% (66, 72)
Fogorvosi ellátás	44% (38, 51)*	33% (26, 41)*	32% (24, 41)	61% (57, 65)*	50% (46, 54)*	39% (36, 43)
kórházi ellátás	11% (7.6, 16)	14% (9.2, 20)	17% (11, 25)	16% (14, 20)	13% (11, 16)	18% (15, 20)
nőgyógyászati vizsgálat az előző 5 évben	90% (85, 93)	82% (75, 87)*	62% (53, 71)*	90% (87, 92)	92% (89, 94)*	86% (84, 87)*
Mammographiás vizsgálat az előző 2 évben	8.0% (5.0, 13)	15% (10, 21)	25% (18, 34)	8.5% (6.3, 11)	24% (20, 27)	70% (67, 74)*
Férfi						
Bármilyen egészségügyi ellátás	42% (35, 49)*	48% (40, 56)*	67% (57, 75)	60% (56, 64)*	61% (57, 65)*	72% (68, 75)
házi orvosi ellátás	48% (41, 55)*	51% (43, 59)*	74% (65, 81)	67% (63, 71)*	68% (64, 71)*	73% (71, 75)
szakorvosi ellátás	22% (16, 28)*	23% (17, 31)	42% (34, 52)	38% (33, 42)*	35% (31, 38)	51% (47, 54)
Fogorvosi ellátás	38% (31, 45)	26% (20, 34)*	21% (14, 29)	42% (37, 46)	40% (36, 44)*	30% (27, 34)
kórházi ellátás *	3.1% (1.4, 6.8)	9.8% (5.9, 16)	23% (16, 31)	5.9% (4.1, 8.4)	7.7% (5.8, 10)	17% (15, 20)

Az értékek becsült arányok (%) vagy középértékek a populációban

7/1. táblázat: Az egészséget meghatározó tényezők prevalenciája (%) az általános populációban és a telepszerű körülmények között élők körében (OLEF 2003 és TRE 2004)

	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők			Általános populáció		
	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves
Korcsoport									
Nő									
Dohányzás									
soha	40 (34, 47)	22 (17, 29)	32 (24, 41)*	43 (34, 52)	36 (28, 45)	55 (48, 61)*	53 (49, 57)	47 (42, 51)	56 (53, 59)
dohányzásról leszokott	9.2 (5.9, 14)	12 (7.6, 18)	13 (7.6, 20)	6.6 (3.3, 13)	8.1 (4.7, 14)	13 (9.1, 19)	12 (9.2, 15)	12 (9.4, 14)	16 (14, 19)
rendszeresen dohányzik†	26 (20, 32)	17 (12, 23)	12 (6.9, 19)	26 (19, 34)	31 (24, 40)	19 (14, 24)	24 (21, 27)	24 (21, 28)	19 (17, 22)
erősen dohányzik‡	25 (20, 32)	49 (42, 57)*	44 (35, 54)*	25 (18, 32)	25 (18, 32)*	14 (9.7, 19)*	12 (9.5, 15)	18 (15, 21)	8.5 (7.0, 10)
Alkoholfogyasztás									
absztinens	83 (77, 88)	82 (76, 88)*	91 (84, 95)*	81 (73, 88)	66 (58, 74)*	71 (65, 77)*	57 (53, 61)	55 (51, 59)	61 (57, 65)
ritkán fogyaszt	14 (10, 20)	13 (8.3, 19)*	7.3 (3.7, 14)	17 (11, 26)	28 (21, 36)*	19 (14, 25)	36 (32, 40)	35 (31, 39)	26 (23, 29)
mérsékletesen fogyaszt	1.5 (0.5, 4.5)	3.1 (1.3, 7.3)	0.9 (0.1, 6.2)	1.6 (0.4, 6.0)	4.3 (2.0, 9.2)	6.4 (3.8, 11)	4.4 (2.8, 6.6)	7.5 (5.6, 10)	11 (8.8, 13)
nagyivó	1.0 (0.2, 3.9)	1.9 (0.6, 5.7)	0.9 (0.1, 6.2)	0.0	1.4 (0.4, 5.4)	3.3 (1.6, 6.9)	2.7 (1.6, 4.5)	2.2 (1.3, 3.8)	2.4 (1.6, 3.6)
Testtömeg index									
túlzottan sovány	10 (6.7, 15)	8.3 (4.8, 14)	3.9 (1.5, 9.9)	12 (7.2, 20)	4.5 (2.0, 10)	2.9 (1.3, 6.2)	13 (10, 16)	4.0 (2.7, 5.9)	2.5 (1.7, 3.7)
normál testsúlyú	71 (65, 77)	52 (44, 60)	41 (32, 51)	64 (55, 72)	49 (41, 57)	33 (27, 39)	68 (64, 71)	57 (53, 61)	35 (32, 38)
túlsúlyos	14 (10, 20)	28 (22, 36)	34 (26, 44)	16 (11, 24)	25 (18, 33)	37 (31, 44)	14 (12, 17)	25 (22, 29)	38 (35, 41)
elhízott	4.1 (2.1, 8.0)	11 (6.9, 17)*	21 (15, 30)	7.5 (4.0, 14)	21 (15, 29)*	27 (22, 34)	5.4 (3.7, 7.7)	14 (12, 17)	25 (22, 28)

7/2. táblázat: Az egészséget meghatározó tényezők prevalenciája (%) az általános populációban és a telepszerű körülmények között élők körében (OLEF 2003 és TRE 2004) (7/1. folytatása)

	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők			Általános populáció		
	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years	18-29 years	30-44 years	45-64 years
Korcsoport									
Nő									
Táplálkozás									
növényi olaj használat	26 (21, 33)*	30 (23, 37)*	28 (21, 37)*	54 (44, 63)*	48 (39, 56)*	48 (41, 54)*	70 (66, 73)	63 (59, 67)	61 (57, 64)
zöldség/gyümölcs naponta	32 (26, 39)	36 (29, 44)*	36 (27, 45)*	45 (37, 53)	55 (46, 63)*	69 (62, 75)*	55 (50, 59)	66 (63, 70)	77 (74, 79)
zöldség/gyümölcs hetente	49 (43, 56)	45 (38, 53)	42 (33, 51)*	43 (35, 52)	37 (29, 45)	21 (16, 27)*	40 (36, 44)	29 (26, 33)	18 (16, 21)
zöldség/gyümölcs ritkábban, mint hetente	18 (14, 24)	19 (13, 25)	23 (16, 32)*	13 (7.6, 20)	8.8 (5.3, 15)	11 (7.1, 15)*	5.0 (3.4, 7.3)	4.6 (3.2, 6.5)	5.0 (3.8, 6.6)
Férfi									
Dohányzás									
soha	31 (25, 38)	20 (15, 28)	13 (7.6, 20)	17 (10, 27)	27 (21, 35)	22 (17, 29)	41 (37, 44)	38 (34, 42)	29 (26, 32)
dohányzásról leszokott	5.1 (2.7, 9.2)	5.6 (2.8, 11)	17 (11, 25)	5.8 (2.2, 14)	11 (7.0, 18)	28 (21, 35)	8.2 (6.2, 11)	17 (14, 20)	32 (28, 35)
rendszeresen dohányzik †	14 (9.6, 19)*	13 (8.1, 19)	17 (11, 25)	36 (25, 48)*	14 (8.6, 21)	19 (14, 26)	28 (25, 32)	15 (12, 19)	15 (13, 18)
erősen dohányzik ‡	50.3 (43, 57)	62 (53, 69)	53 (44, 62)*	42 (31, 53)	48 (39, 57)	32 (25, 39)*	23 (20, 27)	30 (26, 35)	24 (22, 28)

7/3. táblázat Az egészséget meghatározó tényezők prevalenciája (%) az általános populációban és a telepszerű körülmények között élők körében (OLEF 2003 és TRE 2004) (7/2. folytatása)

	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők			Általános populáció		
	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves	18-29 éves	30-44 éves	45-64 éves
Férfi									
Alkoholfogyasztás									
absztinens	44 (37, 51)	45 (37, 53)	59 (50, 68)*	40 (29, 52)	29 (21, 38)	30 (23, 37)*	30 (26, 33)	25 (21, 29)	23 (20, 27)
ritkán fogyaszt	16 (11, 22)*	14 (9.3, 21)	12 (7.1, 20)	33 (24, 45)*	27 (19, 35)	19 (13, 26)	36 (32, 40)	26 (22, 30)	17 (14, 20)
mérsékletesen fogyaszt	24 (19, 31)	26 (19, 33)	16 (10, 24)	15 (8.3, 26)	22 (15, 31)	30 (24, 37)	23 (20, 26)	31 (27, 35)	39 (35, 42)
nagyivó	16 (12, 22)	16 (11, 23)	13 (7.8, 21)	12 (6.1, 22)	23 (16, 31)	22 (17, 29)	12 (9.2, 15)	18 (15, 22)	21 (18, 25)
Testtömeg index									
túlzottan sovány	0.5 (0.1, 3.7)	2.9 (1.1, 7.6)	1.0 (0.1, 6.5)	0.0	0.7 (0.1, 4.9)	1.7 (0.8, 3.5)	1.9 (1.0, 3.6)	0.4 (0.1, 1.4)	1.3 (0.8, 2.4)
normál testsúlyú	58 (51, 65)	39 (31, 47)	41 (32, 51)	60 (49, 71)	40 (33, 49)	48 (43, 53)	62 (58, 66)	38 (34, 42)	31 (28, 35)
túlsúlyos	37 (30, 44)	40 (32, 48)	36 (28, 46)	28 (18, 39)	39 (31, 47)	34 (29, 39)	26 (23, 30)	43 (39, 48)	44 (40, 48)
elhízott	4.8 (2.5, 9.0)	18 (13, 26)	22 (15, 31)	12 (5.8, 24)	21 (14, 29)	17 (13, 21)	9.8 (7.5, 13)	19 (15, 23)	24 (21, 27)
Táplálkozás									
növényi olaj használat	21 (16, 27)*	28 (21, 36)	22 (16, 31)*	50 (38, 62)*	41 (33, 50)	37 (30, 44)*	61 (56, 66)	62 (58, 66)	59 (56, 61)
zöldség/gyümölcs naponta	28 (22, 35)	31 (24, 39)	37 (28, 46)	40 (29, 53)	44 (36, 53)	53 (45, 61)	42 (38, 46)	49 (45, 54)	60 (56, 63)
zöldség/gyümölcs hetente	44 (38, 51)	45 (37, 53)	31 (23, 40)	49 (37, 61)	41 (33, 50)	31 (25, 39)	50 (46, 54)	42 (38, 46)	34 (30, 37)
zöldség/gyümölcs ritkábban, mint hetente	27 (22, 34)*	24 (18, 32)	32 (24, 41)*	10 (5.3, 20)*	15 (9.3, 22)	16 (11, 22)*	8.2 (6.2, 11)	8.7 (6.3, 12)	6.6 (5.1, 8.7)

Az értékek becsült arányok (%) vagy középértékek a populációban (95% MT)

*Az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők és a telepszerű körülmények között élők becsült értékei (95% MT) nem fedik egymást

†rendszeresen, vagy naponta, de kevesebbet, mint 20 cigaretta naponta, ‡több, mint 20 cigaretta naponta

IRODALOMJEGYZÉK

1. Andorka R. Bevezetés a szociológiába, Osiris, Budapest, 2003: 121-122.
2. Andorka R. Bevezetés a szociológiába, Osiris, Budapest, 2003: 128-129.
3. Aracsi L. A halmozottan hátrányos helyzet egészségkárosító hatásai. Baranya megyei követéses vizsgálat. (2003) <http://szochalo.hu/tudomany/tanulmanyok/4> Megtekintve: 2009.05.15.
4. Máthé A. (2003) OSB ordo pacis – ordo amoris. *Vigilia*, 68: 285-288.
5. Török J. Szerzetes és lovagrendek Magyarországon. Panoráma, Budapest, 1990: 186-190.
6. A hátrányos helyzet megítélése és társadalmi elfogadottságának változása. 2004. www.ki.oszk.hu/publika/doks/hatranyoshelyzet.rtf.) Megtekintve: 2009.03.14.
7. Aracsi L. A halmozottan hátrányos helyzet egészségkárosító hatásai. Baranya megyei követéses vizsgálat. <http://szochalo.hu/tudomany/tanulmanyok/4>. 2005. Megtekintve: 2009.05.15.
8. Forrai J. (2005) A „vénszi nyavalya” történetéből. A szexuális úton terjedő betegségek gyógyítása - történelmi áttekintés. *Komplementer Medicina*, 9: 50-57.
9. Forrai J. (2008) Szép lányok csúnya betegsége, avagy szemelvények a bűnös szex és a szifilisz történetéből. *Orv Hetil*, 149: 1897-1904.
10. Sexology: From Italy to Europe and the World. Simonelli C, Petruccelli F, Vizzari V. (eds.) *Sessualità e terzo millennio, studi e ricerche in sessuologia clinica vol.I*. Milan, 1997: 13-22.
11. Forrai J. Szex, erőszak prostitúció. Különböző csoportok szexuális veszélyeztetettség az ezredfordulón, Magyarországon. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2009: 129-141.
12. Bárdi L, Bázing Zs, Forrai J, Vajda M. In: Az erotika nagylexikona. Schenk J. (szerk.) Dialóg, Budapest-Pécs, 2002: 403-408.

13. Forrai J. (szerk.): Civilization, sexuality and social life in historical context, the hidden face of urban life. Új-Aranyhíd, Budapest, 1996.
14. Dorfman L, Derish P, Cohen J. (1992) Hey girlfriend: an evaluation of AIDS prevention among women in the sex industry. Health Educ Q, 19: 25-40.
15. 1999. évi LXXV. törvény. „A szervezett bűnözés, valamint az azzal összefüggő egyes jelenségek elleni fellépés szabályairól és az ehhez kapcsolódó törvénymódosításokról”. 1999.
16. Platón összes művei I. Európa, Budapest, 1984: 188-209.
17. Fernandez D. Ganümedész elrablása, Európa, Budapest, 1994: 355-356.
18. Hiller G. Gay Rights Speech. in Lauritsen. David J, David T. The Early Homosexual Rights Movement (1864-1935). Ojai, California, 1995: 115-120.
19. Takács J. Homoszexualitás és társadalom. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2004: 112-134.
20. Takács J. A magánélet szabadságáról – Ami maradandó Kertbeny Károly munkásságából. www.csepele.com/kotet/csepele60_takacs_judit.pdf. Megtekintve: 2009.03.12.
21. Burr C. (1997). Homosexuality and Biology. Atl Mon, 272: 3.
22. Hamer DH, Hu S, Magnuson VL, Hu N, Pattatucci AM. (1993). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. Science, 261: 320–326.
23. Hirschfeld M. Die Homosexualität des Mannes und des Weibes. Magnus. Berlin, 1914: 3-39.
24. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual Behavior in the Human Male. W.B. Saunders, Philadelphia, 1948: 617-627.
25. Beverly C. Cleaning closets: mother's story. Chalice Press, St. Louis, 1995: 23-54.
26. Gonsiorek JC, Weinrich JD (eds.). Homosexuality: Research Implications for Public Policy Sage Publications, Thousand Oaks, 1991: 115-136.

27. Berkey BR, Perelman-Hall T, Kurdek L. (1990). The multidimensional scale of sexuality. *J. Homosex*, 19: 67–87.
28. Plummer K. *Sexual stigma: an interactionist account*. Routledge, Abington-New York, 1975.
29. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem, DJ, Nolen-Hoeksema S. *Pszichológia*. Osiris, Budapest, 1999: 313–317.
30. Fraser A. *A cigányok*. Osiris, Budapest, 2000: 19-65.
31. Crowe D. *A History of the Gypsies of Eastern Europe and Russia*. New York, St. Martin's Griffin, 2006.
32. Kemény I, Janky B, Lengyel G. *A cigányok Magyarországon: 1971-2003*. Gondolat Kiadó – MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet, Budapest, 2004.
33. Gyukics Gy. (2001) A krónikus betegségek gyakorisága a roma lakosság körében. *Lege Artis Med*, 11: 237-239.
34. Revenga A, Ringold D, Tracy WM. *Poverty and Ethnicity. A Cross-Country Study of Roma Poverty in Central Europe*. World Bank Technical Paper (531), The World Bank, Washington, D.C. 2002.
35. *Koppenhágai Kritériumok*. 2002.
http://www.euvonal.hu/index.php?op=tenyek_kisszotar&abc_id=15. Megtekintve: 2009.03.14.
36. Andorka R. *Bevezetés a szociológiába*, Osiris, Budapest, 2003: 121-122.
37. Ladányi J, Szelényi I. (2002) *Cigányok és szegények Magyarországon, Romániában és Bulgáriában*. *Szociológiai Szemle*, 4: 72-94.
38. Kemény I. (szerk.) *Beszámoló a magyarországi cigányok helyzetével foglalkozó, 1971-ben végzett kutatásról*. MTA Szociológiai Kutató Intézet. Budapest, 1976.
39. Ringold D, Orenstein MA, Wilkens E. *Romák a bővülő Európában* Washington DC, The World Bank.
<http://Inweb18.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/docbyid/EDF5EC591>. 2003.
Megtekintve: 2009.03.19.

40. Kemény I. (1997) A magyarországi roma (cigány) népességről. *Magy Tud*, 6: 644-655.
41. Roma and the transition in Central and Eastern Europe: trends and challenges. Washington, DC. The World Bank. 2000.
42. 1992. évi LXIII. törvény. „Adatvédelmi törvény a személyes adatok védelméről és a személyes adatok védelméről”. 1992.
43. Kemény I, Janki B. (2003) A 2003. évi cigány felmérésről – Népesedési, nyelvhasználati és nemzetiségi adatok. *Beszélő*, 10: 64-76.
44. Ladányi J, Szelényi I. (1997) Ki a cigány? *Kritika*, 12: 3-6.
45. Ladányi J, Szelényi I. (1998) Az etnikai besorolás objektivitása, *Kritika*, 3: 33-35.
46. Habcsek L. A roma népesség demográfiai jellemzői, kísérleti előreszámítás 2050-ig. KSH Népeségtudományi Intézet, Budapest, 1999.
47. Kemény I, Janky B, Lengyel G. A magyarországi cigányság 1971-2003. Gondolat Kiadó, Budapest, 2004: 8-11.
48. Kamarás F. (2001). Családalapítás és gyermekvállalás az 1990-es években és az ezredfordulón. *Demográfia*, 44: 1-2.
49. Szukicsné Serfőző K. (2000). A termékenység változásának néhány jellemzője a legutóbbi nyolc évtizedben. *Demográfia*, 43: 4.
50. Gyenei M. (1998). A „stratégiai gyerek”. *Népszabadság*: 1998.11.14.
51. Durst J. Kirekesztettség és gyermekvállalás. A romák termékenységének változása néhány gettósodó aprófaluban. PhD értekezés. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, 2006.
52. Gyenei M. (1998). A „stratégiai gyerek”. *Népszabadság*, 1998.11.14.
53. Márkus K. (2000). Magasabb csecsemő- és gyermekhalandóság: a cigány lakosság egészségi állapota. *Ápolásügy*, 13: 16-18.
54. Hoóz I. Nemzetiségek demográfiai sajátosságai Baranya megyében II. KSH Népeségtudományi Kutató Intézetének jelentései (37). Budapest, 1973.

55. Kemény I. A magyarországi roma (cigány) népességről. (1997) *Magy Tud*, 6: 644-655.
56. Janky B.(1999). A cigány nők helyzete. In: *Szerepváltozások*, TÁRKI, Budapest, 1999.
57. Horváth Á, Landau E, Szalai J. (szerk.) *Cigánynak születni. Tanulmányok, dokumentumok*. 2001: 471-489.
58. Kelly M. Társadalmi és kulturális tőke a városi gettóban: következmények a bevándorlás gazdaszociológiájára. In: *Tőkefajták*. Lengyel G, Szántó Z. (szerk.) Aula, Budapest, 1998.
59. OECD Health Data 2008 – Magyarország. 2008.
<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1719>. Megtekintve: 2009.03.14.
60. Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ. 2004. <http://www.oszmk.hu/index.php?m=29>.
Megtekintve: 2009.03.13.
61. Kopp M. (szerk.) *A magyar lakosság lelkiállapota az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.
62. Kósa K, Lénárt B, Ádány R. (2002) A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota. *Orv Hetil*, 143: 419-2426.
63. Puporka L, Zádori Zs. A magyarországi romák egészségi állapota. The World Bank, Magyarországi Regionális Iroda, NGO tanulmányok (2). 1999.
64. Gyukits Gy, Ürmös A. (1999) A roma nők véleménye egészségi állapotukról és az egészségügyi ellátásukról. *Mentálhigiéne és pszichoszomatika*, 10: 54-60.
65. Prónai Cs. (2000) A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében. *Kisebbségkutatás*, 9: 631-637.
66. <http://www.delphoi.hu/download-pdf/roma-szoc-eu.pdf>. Megtekintve: 2009.03.14.
67. Ungváry Gy. (2005). *Romatelepek Magyarországon: gyermekek egészségügyi ellátása, higiénés viszonyok*. *Orv Hetil*, 146: 691-699.

68. Assessment of settlements in 14 Hungarian counties. Presentation by Debrecen School of Public Health, 2004.
http://www.kvvm.hu/cimg/documents/KVM_sajt_bemutat__2.ppt. Megtekintve: 2009. 12. 30.
69. Pletschette, M, Nair S. (2004). Tuberculosis research: an end to neglect and negligence. *Trop Med Int Health*, 9: 817-817.
70. Gyukits Gy. (2001). A krónikus betegségek gyakorisága a roma lakosság körében. *Lege Artis Med*, 11: 237-239.
71. Roma felnőtt népesség egészségi állapota, egészségmagatartása, és a romák valamint az egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolat vizsgálata. Egészségügyi Minisztérium. 2001.
http://www.romaweb.hu/doc/szociologia/romak_osszegzett_eum2001.pdf
Megtekintve: 2009.10.30.
72. Kanyarójárvány Szerbiában. (2007) Országos Epidemiológiai Központ, *Epinfo*, 14: 125-126.
73. Kemény I, Janky B. (2003) A 2003. évi cigány felmérésről. *Beszélő*, 10: 64-76.
74. Kemeni I, Havas G, Kertesi G. The education and employment situation of the Gypsy community: report of the 1993-1994 national sample survey. ILO/Japan Project, Working Paper 17. Budapest, Hungary, 1994.
75. Kósa K, Lénárt B, Ádány R. (2002) A magyarországi cigányság egészségi állapota. *Orv Hetil*, 143: 2219-2426.
76. Ladányi J, Szelényi I. (2002) Cigányok és szegények Magyarországon, Romániában és Bulgáriában. *Szociológia Szemle*, 4: 72-94.
77. V. Hajdú P, Ádány R. (2000). A halálozás területi különbségei Magyarországon, 1994-1996. *Népegészségügy*, 81: 4-26.
78. Lehti A, Mattson B. (2001). Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women-a general practice perspective. *Fam Pract*, 8: 445-448.

79. Gyukits Gy. A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. Horváth Á, Landau E, Szalai J (szerk.): Cigánynak születni. Új Mandátum, Budapest, 2000: 471-489.
80. Puporka L, Zádori Zs. A magyarországi romák egészségi állapota. The World Bank, Magyarországi Regionális Iroda, NGO tanulmányok (2). 1999.
81. Holmes K. (1991) The Changing Epidemiology of HIV Transmission. *Hosp Pract*, 26: 153-177.
82. UNAIDS. AIDS epidemic update: December, 2005. Geneva: UNAIDS/WHO Joint International Programme on HIV/AIDS. (2005)
http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf.
Megtekintve: 2010.01.12.
83. Forrai J. (1999) Utcai prostituáltak hazánkban. *Szexológiai Szemle*, 2: 44.
84. Stiffman A, Earls F, Dore P, Cunningham R. (1992). Changes in AIDS related risk behavior: relationship to knowledge and experience concerning HIV infection. *Pediatrics*, 89: 950-956.
85. Darrow W. (1989) Condom Use and Use-Effectiveness in High-Risk Populations. *Sex Transm Dis*, 16: 157-160.
86. McKiel, Al-Bashir M, Anagnostopoulou T, Csépe P. (1993) Defining and assessing risky behaviours. *J Adv Nurs*, 18: 1911-1916.
87. Tóth L. (1996) Hungarian gay people in the age of AIDS: Some results of a survey. *Egészségnevelés*, 37: 22-30.
88. Bland JM, Altman DG. (1997) Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ*, 314: 572.
89. Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ. 2000. <http://www.oszmk.hu/index.php?m=30>.
Megtekintve: 2009.03.13.
90. Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ. 2004. <http://www.oszmk.hu/index.php?m=29>.
Megtekintve: 2009. 03. 13.

91. K. Kósa, L. Daragó, R. Ádány: Environmental survey of segregated habitats of Roma in Hungary: a way to be empowering and reliable in minority research. *European Journal of Public Health* 2009; doi: 10.1093/eurpub/ckp097
<http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/ckp097?> Megtekintve: 2009.11.30.
92. Kósa Z, Széles G, Kardos L, Kósa K, Németh R, Országh S, Fésűs G, Ádány R, Vokó Z. (2007) Health of the inhabitants of Roma settlements in Hungary - a comparative health survey. *Am J Public Health*, 97: 853-859.
93. Kósa Z, Széles G, Kardos L, Kósa K, Németh R, Országh S, Fésűs G, Ádány R, Vokó Z. (2007) Health of the inhabitants of Roma settlements in Hungary - a comparative health survey. *Am J Public Health*, 97: 853-859.
94. Kósa K, Ádány R. (2007) Studying vulnerable populations. Lessons from the Roma minority. *Epidemiology*, 18: 290-299.
95. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, et al.(2006) Indicators of socioeconomic position. *J Epidemiol Community Health*, 60: 7-12.
96. Lermann CE, Schnoll RA, Munafo MR. (2007) Genetics and smoking cessation improving outcomes in smokers at risk. *Am J Prev Med*, 33: 398-405.
97. Petek D, Pavlič DR, Švab I, Lolić D. (2006) Attitudes of Roma toward Smoking: Qualitative Study in Slovenia. *Croat Med J*, 47: 344–347.
98. Szilagyi T. (2002) Peer education of tobacco issues in Hungarian communities of Roma and socially disadvantaged children. *Cent Eur J Public Health*, 10: 117–120.
99. Smith GD. (2000) Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *Am J Public Health*, 90: 1694-1698.
100. Dressler WW, Oths KS, Gravlee CC. (2005) Race and ethnicity in public health research: models to explain health disparities. *Annu Rev Anthropol*, 34: 231-52.
101. Elekes A. Egészségnevelés a cigánylakosság körében. *Egészségügyi Felvilágosítás*, 1975: 1-10.

102. Kelly JA, Amirkhanian YA. The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. (2003). *Int J STD AIDS*, 14, 361-371.
103. Országos Epidemiológiai Központ. (2009) *Epinfo*, 16: 111-116.
104. Országos Epidemiológiai Központ. (2008) *Epinfo*, 47: 553-559.
105. www.unaids.org. 2008. Megtekintve: 2009. 03. 14.
106. Gyarmathy VA, Ujhelyi E, Neaigus A. (2008) HIV and selected blood-borne and sexually transmitted infections in a predominantly Roma (Gypsy) neighbourhood in Budapest, Hungary: a rapid assessment. *Cent Eur J Public Health*, 16: 24-27.
107. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Csépe P, Seal DW, Antonova R, Mihaylov A, Gyukits G. (2004). Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. *AIDS Care*, 2, 231-245.
108. Kabakchieva E, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Vassilev S. (2002) High levels of sexual HIV/STD risk behavior among Roma (Gypsy) men in Bulgaria: patterns and predictors of risk in a representative community sample. *Int J STD AIDS*, 13: 184-191.
109. Takács J, Amirkhanian YA, Kelly YA, Kirsanova AV, Khoursine RA, Mocsonaki L. (2006). "Condoms Are Reliable but I Am Not": A Qualitative Analysis of AIDS-Related Beliefs and Attitudes of Young Heterosexual Adults in Budapest, Hungary and St. Petersburg, Russia. *Cent Eur J Public Health*, 14: 59-66.
110. Csépe P. (1993) Öntevékeny szervezetek szerepe az AIDS ellenes küzdelemben. *Egészségnevelés*, 4: 170-171.
111. Kelly JA, St Lawrence JS, Diaz Y, Stevenson LY, Hauth AC, Brasfield TL. (1991) HIV risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of population: An experimental analysis. *Am J Public Health*, 81: 168-171.
112. Csépe P, Bánóczy J, Dombi Cs, Forrai J, Gyenes M, Döbrössy L. (2007) Modellprogram a roma populációban ajak és szájüregi daganatok szűrővizsgálatára. *Magy Onkol*, 51: 95-101.

113. Csépe P, Forrai J, Solymosy J, Lökkös A. Egészségügyi programok három dunántúli megye roma közösségeiben. In: Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2007: 73-79.
114. Forrai J. Solymosy J. Csépe P. Közösségfejlesztő és egészségügyi ismeretfejlesztő reprodukciós program. In: Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2007: 84-88.
115. Valente TW, Pumpuang P. Identifying opinion leaders to promote behavior change. (2007) *Health Educ Behav*, 34: 881-896.
116. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Vassileva S, Vassilev B, McAuliffe TL, DiFranceisco WJ, Antonova R, Petrov E, Khoursin RA. (2006) Prevention of HIV and sexually transmitted diseases in high risk social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria: randomised controlled trial. *BMJ*, 333: 1098-1101.
117. Soumerai SB, McLaughlin TJ, Gurwitz JH, Guadagnoli E, Hauptman PJ, Borbas C. (1998) Effect of local medical opinion leaders on quality of care for acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *JAMA*, 279: 1358-1363.
118. Valente TW, Hoffman BR, Ritt-Olson A, Lichtman K, Johnson CA. (2003) The effects of a social network method for group assignment strategies on peer led tobacco prevention programs in schools. *Am J Public Health*, 93: 1837-1843.
119. Roma felnőtt népesség egészségi állapota, egészségmagatartása, és a romák valamint az egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolat vizsgálata. Egészségügyi Mminisztérium. (2001)
http://www.romaweb.hu/doc/szociologia/romak_osszegzett_eum2001.pdf
Megtekintve: 2009.10.30.
120. Kemény I. (2004) A magyarországi cigány népesség demográfiája. *Demográfia*, 67: 3-4.
121. Puporka L, Zádori Zs. A magyarországi romák egészségi állapota. The World Bank, Magyarországi Regionális Iroda, NGO tanulmányok (2), 1999.
122. Döbrössy L. (2002) Cancer mortality in Central-Eastern Europe: facts behind the figures. *Lancet Oncol*, 3: 374-381.

123. Döbrössy L. (2007) A szájüregi daganatok epidemiológiája. Fogorv Sz, 100: 48-52.
124. Gaudi I, Kásler M. (2002) A rosszindulatú daganatos halálozás változása 1975 és 2001 között Magyarországon. Magy Onkol, 46: 291-295.
125. Döbrössy L. (2001) szájüregi daganatok epidemiológiája: a probléma jelentősége. Magy Onkol, 45: 99-105.
126. Bánóczy J, Eckhardt S. (2001) Rizikótényezők a szájüregi rákok kialakulásában. Magy Onkol, 45: 98.
127. Johnson N. (2001) Az orális carcinómák etiológiája és rizikófaktorai, különös tekintettel a dohányzásra és alkoholfogyasztásra. Magy Onkol, 45: 115-122.
128. Balogh K, Huszár Gy. (1962) Cigányok gerostomatológiai vizsgálata. Anthropol Közl, 6: 7-8.
129. Kujan O, Glenny, AM; Oliver, RJ; Thakker, N; Sloan, P. Screening programs for the early detection and prevention of oral cancer. The Cochrane Collaboration Volume (3), 2006.
130. Speight PM, Downer MC, Zakrzewska J. (1993) Screening for oral cancer and precancer. A report of the UK Working Group on Screening for oral cancer and precancer. Community Dent Health (suppl). 10: 1-89.
131. Weinberg MA, Estefan DJ. (2002) Assessing oral malignancies. Am Fam Physician, 65: 1379-1384.
132. Warnakulasuriya SA, Johnson NW. (1998). Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counseling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. Oral Dis, 5: 10-14.
133. Bánóczy J, Bakó A, Dombi Cs, Ember I, Kósa Zs, Sándor J, Szabó Gy. (2001) Stomato-onkológiai szűrővizsgálatok: a korai diagnózis lehetőségei. Magy Onkol, 45: 143-148.

134. Dombi Cs, Czeglédi Á, Bánóczy J. (1998) Tüdő-ernyőképszűrő szolgálathoz kapcsolódó stomatoonkológiai vizsgálatok. *Magy Onkol*, 39: 194-198.
135. Dombi Cs, Vörös-Balog T, Vincze N, Bánóczy J. (1996) A Budapest III. kerületében végzett stomato-onkológiai szűrővizsgálat tapasztalatai. *Lege Artis Med*, 6: 728-733.
136. Baum F. (1995) Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Soc Sci Med*, 40: 459-468.
137. Astazia CL. (2000) Social, cultural epidemiology: Getting Closer the Interpretation of Health and Disease. *Boletin Virtual Enclases*, 3: 12-15.
138. BNO-10 gyakori kódok. Betegségek Nemzetközi Osztályozása. Tizedik revízió. Budapest, 2006.
139. Sachs L. (2008) Causality responsibility and blame - core issues in the cultural construction and subtext of prevention. *Sociol Health Ill*, 18: 632-652.
140. Browner, CH. (1999) On the Medicalization of Medical Anthropology. *Med Anthropol Q*, 13: 135-140.
141. Baer HA, Singer M, Susser I. *Medical Anthropology and the World System*. Praeger Publishers, Westport, 2003: 31-55
142. Kertzer, DI. (1983) Generation as a sociological problem. *Annu Rev Sociol*, 9: 125-149.
143. Kósa Z, Széles G, Kardos L, Kósa K, Németh R, Országh S, Fésűs G, Ádány R, Vokó Z. (2007) Health of the inhabitants of Roma settlements in Hungary - a comparative health survey. *Am J Public Health*, 97: 853-859.
144. Az Alkotmánybíróság 46/2003 számú határozata. 2003.
145. Az Egészségfejlesztés Ottawai Kartája. WHO, Genf, 1986.
146. Keller T. Értékrend és társadalmi pozíció Füstös L, Guba L, Szalma I. (szerk.) *Társadalmi regiszter 1*. 2008: 47-77.
147. Spinoza, Etika. V. rész, III. fejezet: A szenvedélyekről. Osiris, Budapest, 1997.

SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

Az értekezés alapjául szolgáló in extenso közlemények

1. **Csépe P**, Bolváry K. (1994) Prostituáltak AIDS-szel kapcsolatos ismerte, magatartása és attitűdje. Népegészségügy, 4: 151-152.
2. **Csépe P**. (1993) Öntevékeny szervezetek szerepe az AIDS ellenes küzdelemben. Egészségnevelés 4, 170-171.
3. **Csépe P**: Sex workers: a high risk group for HIV infection? In: AIDS in Europe - The Behavioral Aspect. Vol. 2: Risk Behavior and its Determinants. Friedrich D. Heckmann W. (eds) Berlin, 1995: 199-201.
4. **Csépe P**, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Mocsonoki L, Forrai J. (2001) HIV/AIDS kockázatos viselkedés budapesti homo- vagy biszexuális férfiaknál. Szervenélybetegségek, 6: 406-417.
5. **Csépe P**, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Mocsonoki, L. (2001) HIV Risk Behavior among Gay and Bisexual Men in Budapest, Hungary. Int J STD AIDS, 13: 192-200. *IF: 1.394*
6. Ambrus P, **Csépe P**, Forrai J. (szerk.) Kommunikáció, egészségügy cigányság. Medicello Bt. - Soros Alapítvány, Budapest, 2002.
7. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, **Csépe P**, Seal DW, Antonova R, Mihaylov A, Gyukits G. (2004) Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. AIDS Care, 2: 231-245. *IF: 0.158*
8. **Csépe P**, Forrai J, Solymosy J, Lökkös A. (2004) Egészségügyi programok három dunántúli megye roma közösségeiben. Egészségmegőrzés, 5-6: 3-7.
9. **Csépe P**, Bánóczy J, Dombi Cs, Forrai J, Gyenes M, Döbrössy L. (2007) Modellprogram a roma populációban ajak és szájüregi daganatok szűrővizsgálatára. Magyar Onkol, 51: 2, 95-101.
10. Forrai J, Solymosy J, **Csépe P**. Szexuális és reprodukív egészségügyi ellátás igénybevételének elősegítése roma nők részére. In: Forrai J. (szerk.) Képzés, munkaerőpiac, egészség. Élethosszig Tartó Művelődésért Alapítvány, Budapest, 2008: 68-73.

11. **Csépe P**, Gyukits Gy, Karádi O, Lázár I, Solymosy J, Forrai J. HIV prevenciósi modellprogram roma közösségben. In: Képzés, munkaerőpiac, egészség. Forrai J. (szerk) Élethosszig Tartó Művelődésért Alapítvány. Budapest, 2008: 73-79.
12. Vokó Z, **Csépe P**, Németh R, Kósa K, Kósa Zs, Széles Gy, Ádány R. (2009) How is Roma ethnicity related to health in Hungary? J Epidemiol Community Health, 63: 455-460. *IF: 3.186 (2008)*

Egyéb in extenso közlemények és könyvfejezetek

13. **Csépe P**. (1987) A pszichoszomatikus szemlélet jelentősége és beteg folyamatos tájékoztatásának jelentősége onkológiai betegek ellátásában. Egészségnevelés, 4: 162-163.
14. **Csépe P**, Tarján P, Simon T. (1988) Egészségügyi dolgozók ismeretei az AIDS-ről és véleményük a betegek ellátásáról valamint saját biztonságáról. Orv Hetil, 49: 2629-2630.
15. **Csépe P**. (1990) HIV-szűrés és felvilágosítás az Egyesült Államokban. Egészségnevelés, 4: 183.
16. **Csépe P**. (1990) Az egyházi személyiségek szerepe a betegellátásban. Lege Artis Med, 1: 38.
17. **Csépe P**. (1992) Emlőrákos betegek életminőség-vizsgálatáról. Lege Artis Med, 7: 654-657.
18. McKie M, al-Bashir M, Anagnostopoulou M, **Csépe P**. (1993) Defining and assessing risky behaviors. J Adv Nurs, 18: 1911-1916, 1993.
19. Simon T, **Csépe P**. (1991) Orvosok és egészségügyi dolgozók AIDS-szel kapcsolatos ismereteinek és attitűdjének változása 1988 és 1990 között. Orv Hetil, 22: 1193-1997.
20. **Csépe P**, Simon T (1996) The importance of Quality of Life assessment after Cardiac Surgery. Quality of Life Newsletter, 14: 11.
21. Boján F, **Csépe P**. (1997) „Népegészségügyi Iskola” Világbanki Program. Népegészségügy, 78. 3-5.
22. **Csépe P**, Simon T (1988) Az egészségügyi dolgozók ismeretei és attitűdje a HIV/AIDS kérdéssel kapcsolatban 1980 és 1996 között. Magy Venerol Arch (2), 1: 25-27.

23. Gercsák M, Csukás M, Ruda M, **Csépe P**, Harsányi L. (2000) A "Szívre Egészséges Táplálkozás Magyarországon" projekt induló és ismétlődő helyzetfelmérésének összehasonlító epidemiológiai elemzése. Népegészségügy, 3: 22-33.
24. **Csépe P**, Lázár I (2001) A munkahelyi egészségnevelés és egészségmegőrzés kérdései. Egészségnevelés, 42: 65-69.
25. **Csépe P**, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Mocsonoki L. (2002) HIV/AIDS kockázatos viselkedés budapesti homo- vagy biszexuális férfiaknál. Magy Venerol Arch, 5: 145-155.
26. **Csépe P**, Forrai J, Solymosy J, Lökkös A. Egészségügyi programok három dunántúli megye roma közösségeiben. In: Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2007: 77-81.
27. Forrai J, Solymosy J, **Csépe P**. Közösségfejlesztő és egészségügyi ismeretfejlesztő reprodukciós program. In: Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2007: 84-88.
28. Nöstlinger C, Gordillo V, Borms R, Murphy C, Bogner J, **Csépe P**, Colebunders R. (2008) 'Differences in perceptions on sexual and reproductive health between service providers and people living with HIV: A qualitative elicitation study', Psychol Health Med, 13: 516.
29. **Csépe P**. Bevezetés a demográfiába. In: Népegészségtani ismeretek. Tompa A. (szerk.) Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 29-35.
30. **Csépe P**. Introduction to demography. In: Basic Principles of Public Health. Tompa A. (ed) Semmelweis Publisher, 2008: 21-27.
31. **Csépe P**: Kulturális epidemiológia és az egészség társadalomföldrajza. In: A magyar orvosi antropológia tankönyve. Pikó B, Lázár I. (szerk.) Tervezett megjelenés: 2010.

Előadások és poszterek

- 32. Csépe P, Tarján P, Simon T. (1988)** Potential victims of victims of AIDS. 6th International Symposium on Victimology, Jerusalem.
- 33. Csépe P. (1990)** The role of community based organizations in health promotion. 2nd European Conference on Health Education, Warsaw.
- 34. Csépe P. (1999)** AIDS knowledge and risk behaviours among different groups of prostitutes in Hungary. 9th World Congress on AIDS and STDs, Berlin.
- 35. Csépe P. (1994)** Evaluation of HIV prevention programs. 1st Hungarian Conference on AIDS, Budapest, 1994.
- 36. Csépe P, Bolváry K. (1994)** Risk of AIDS among sex workers in Hungary. 10th International Conference on AIDS and STDs, Yokohama.
- 37. Csépe P. (1988)** Evaluation of a peer-education drug prevention program. 12th International Conference on AIDS and STDs, Geneva.
- 38. Csépe P, Forrai J. (1988)** Kortárs AIDS egészségnevelési programok evaluációja. NETT 6. nagygyűlése, Pécs.
- 39. Csépe P. (2002)** HIV risk behavior among male sex workers in Budapest, Hungary. 13th International Conference on AIDS and STDs, Barcelona.
- 40. Forrai J, Csépe P, Solymosy J (2006)** Health promotion clubs for elderly Roma people in three western counties in Hungary. 7th IUHPE Konferencia, Budapest.
- 41. Csépe P, Forrai J. (2006)** Adatgyűjtési nehézségek a roma népeiséget illetően. SASTIPEN –Egyenlőség, egészség és roma közösség konferencia, Budapest.
- 42. Csépe P, Dombi Cs, Döbrössy L, Forrai J, Oláh Z. (2006)** Screening for oral cancers and their risk factors in the Roma population. 11th Conference of EADPH, Prague.
- 43. Csépe P, Antmann K, Oszlár J, Sima Á. (2006)** Új lehetőség a dohányzás megelőzésében: mozgalom a dohányfüstmentes osztályokért, Primer Prevenció Fórum, Budapest, 2006.
- 44. Csépe P. (2008)** Demográfia és szegénység. XIV. Primer Prevenció Fórum. Budapest, Magyarország.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt köszönet illeti témavezetőmet, dr. Vokó Zoltánt, aki nemcsak értékes szakmai tanácsaival támogatott, hanem informális baráti beszélgetések során is segített.

Az doktori értekezés megírására hosszú időn át türelmesen biztatott dr. Ádány Róza, dr. Forrai Judit, dr. Gyárfás Iván dr. dr. Simon Tamás és dr. Tompa Anna. Motiválásuk nemcsak elindított, hanem mindvégig támogatott az egyetemi doktori értekezés megvalósításában. Köszönet érte.

Köszönöm a Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet és a debreceni Népegészségügyi Iskola munkatársainak segítségét és hasznos tanácsait.

Külön köszönet munkahelyi bírálóimnak, dr. Balázs Péternek és dr. Forrai Juditnak értékes tartalmi és formai javítást célzó megjegyzéseikért.

Hálás vagyok dr. Kósa Zsigmondnak, aki romológia tárgyú dolgozatának tapasztalatait megosztotta velem

Köszönetemet fejezem ki kutatótársaimnak: Ambrus Péternek, dr. Bánóczy Jolánnak, dr. Bolváry Katalinnak, dr. Döbrössy Lajosnak, dr. Forrai Juditnak dr. Jeffry Kelly-nek, dr. Lázár Imrének, Lökkös Attilának, Solymosy József Bonifácnak és dr. Vokó Zoltánnak.

A szükséges szakirodalmi anyagok összegyűjtésében Guth Éva könyvtáros segített.

Külön köszönet illeti Demjén Tibort, dr. Gyárfás Ivánt, Oszlár Juliannát, dr. Harry Perlstadt-ot és Sági Johannát nélkülözhetetlen technikai segítségéért.

A meghívó tervezése és elkészítése Bokros Péter munkáját dicséri.

Végül, de nem utolsósorban köszönet illeti az érintett prostituált, homoszexuális és cigány közösségeket és vezetőiket, nélkülük sem a kutatás sem ezen dolgozat nem valósulhatott volna meg.