



A ROMA NŐK EGÉSZSÉGTUDATOS MAGATARTÁSÁNAK VIZSGÁLATA BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYÉBEN

KUTATÁSI ZÁRÓJELENTÉS

az

ORSZÁGOS TISZTIFŐORVOSI HIVATAL

számára

**a Norvég Alapból finanszírozott HU12-0001-PP1-2016 azonosítószámú,
„A roma közösségekben dolgozó védőnők munkafeltételeinek javítása”
című projekt keretében**

készítette:



PSYMA HUNGARY KFT

Budapest, 2017. március

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	4
1.1. A felmérés célja	4
1.2. Kutatási eszközök.....	5
2. Demográfiai helyzet, szociális háttér	12
2.1. A roma nők szocio-ökonomiai helyzete.....	13
2.2. Gyerekvállalás, családtervezés.....	19
3. Egészségmagatartás, egészségtudatosság	26
3.1. Az egészségmagatartás elméleti modellje.....	26
3.2. Az egészségmagatartás elméleti modelljének főbb elemei	28
3.3. Az egészségmagatartás megnyilvánulási formái.....	30
4. Egészségügyi információforrások (kommunikáció)	35
4.1. Kommunikációs csatornák.....	35
4.2. A védőnő, mint információforrás	41
4.3. Egészségfejlesztési és egészségvédelmi programok.....	48
5. Egészségi állapot	55
5.1. Vélt egészség.....	56
5.2. Korlátozottság.....	57
5.3. Mentális egészség.....	58
5.4. Túlsúly/Elhízás	60
6. Kockázati egészségmagatartás.....	61
6.1. Dohányzás	61
6.2. Alkoholfogyasztás.....	66
6.3. Drogfogyasztás	67
7. Életmód, életvitel	69
7.1. Testmozgás	69
7.2. Táplálkozás	71
7.3. Fogókúra	76
8. Egészségügyi ellátás.....	77
8.1. Orvoshoz fordulás.....	77
8.2. Egészségügyi ellátások igénybevétele	79
8.3. Gyógyszerszedési szokások	83
8.4. Egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei.....	85
9. A népegészségügyi szűrővizsgálatok	88
9.1. Emlőszűrés.....	89
9.2. Méhnyakszűrés	92
9.3. Védőnői méhnyakszűrés	96
9.4. A népegészségügyi szűréseken való részvételt akadályozó tényezők	108
10. Vezetői összefoglaló	115



11. Szakmapolitikai ajánlás a roma nők népegészségügy szűréseken történő aktívabb részvétele érdekében.....	118
12. Mellékletek.....	124

1. Bevezetés

1.1. A felmérés célja

A Psyma Hungary Közvélemény-kutató Kft. 2017 első negyedében az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) megbízásából felmérést készített a roma nők egészségi állapotáról, egészségtudatosságáról, egészségmagatartásáról. A kutatás a Norvég Alap finanszírozásával valósult meg, a HU12-0001-PP1-2016 azonosítószámú, „A roma közösségekben dolgozó védőnők munkafeltételeinek javítása” című projekt keretében.

A kutatás megpróbálta több nézőpontból és több metszetben is vizsgálni a roma nők egészségtudatosságát és egészségmagatartását. A projekt egyik legfontosabb célja az volt, hogy hozzájáruljon a védőnők speciális megelőző és egészségnevelési feladatainak ellátásához, kiemelt figyelmet fordítva az egészségmagatartás hatékony befolyásolására.

A kutatás sok témakört érintett az egészségi állapotot meghatározó tényezőkön belül (életmód, rizikófaktorok, ellátórendszer igénybevétele, stb.), s mindezeket a kérdésköröket annak tükrében próbáltuk meg vizsgálni, hogy egyfajta visszacsatolást tudjunk nyújtani a roma területen (is) dolgozó védőnők számára.

A felmérésnek ugyancsak fontos részét képezik az OTH által irányított és felügyelt szűrővizsgálatok (a mammográfiai vizsgálatok és a méhnyakszűrések): az ezen való megjelenés intenzitásának, gyakoriságának felmérése, a vizsgálaton való megjelenés vagy távolmaradás lehetséges okainak feltérképezése, stb. S mindebből megpróbálni olyan következtetéseket levonni, hogy miképpen lehetne növelni a roma nők népegészségügyi szűréseken való részvételi

hajlandóságát. Mindezekhez a magunk eszközeivel megpróbálunk szakmai ajánlásokat is adni.

Ezek a következtetések gyakran érintik a kommunikáció területét is, hogyan lehetne a szűrővizsgálatokkal kapcsolatban javítani a kommunikációs tevékenységen. Feltételezésünk a kutatás indulásakor az volt, hogy az egészségtudatos magatartási minták bemutatásához speciális kommunikációs eszközök igénybevételére lehet szükség a hátrányosabb társadalmi rétegek esetében.

A felmérés nem titkolt célja, hogy a jövőben jelentősen javuljon a roma nők egészségműveltsége és attitűdje, hogy növekedjen az egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programokban való részvételük.

1.2. Kutatási eszközök

A felmérés két részből állt: egy kvantitatív és egy kvalitatív részből.

A kvantitatív kutatás keretében a Borsod Abaúj Zemplén megyében élő felnőtt (18+) roma nők körében készítettünk kérdőíves felmérést. A minta nagysága 1000 fő volt. A kutatás PAPI technikával történt, tehát a kérdezőbiztosok hagyományos, nyomtatott kérdőíveket kérdeztek le. A kérdőíveket aztán számítógéppel rögzítettük, s a nyers adatfile logikai ellenőrzését követően állt elő az elemzés során alkalmazott empirikus adatbázis.

Maga a felmérés véletlenszerű elemekkel kombinált kvótás mintavétellel valósult meg. A kvótás mintavétel ez esetben azt jelenti, hogy a kutatás indulásakor a megbízó előre meghatározta a minta belső struktúráját. A megrendelőnek az volt a kérése, hogy roma populáció vizsgálata különböző

nagyságú (fejlettségű, infrastruktúrájú) településeken történjen meg. A vizsgálat négyféle településtípusra koncentrált: Miskolcra, a megyeszékhelyre, a 20.000 főnél népesebb városokra (ez a megyében Ózdot és Kazincbarcikát jelenti), a 3.000-19.999 lakosú településekre, s a 3.000 főnél kisebb településekre. A kvóta úgy lett kialakítva, hogy mind a négy területi alcsoport azonos számosságú legyen.

A megkérdezettek kiválasztásának másik fő dimenziója az életkor volt. Itt egy hármas korcsoportbontás lett meghatározva. A kvóta speciális figyelmet fordított a 18-29 éves korosztályra, amely azért is lett kiemelt vizsgálati egység, mert leginkább ez a korosztály áll a védőnők munkájának „célkeresztjében”. (A vizsgált populáció sajátosságai – például a korai gyermekvállalás, ami miatt a védőnők fiatal, 15-16 éves várandósokkal illetve anyukákkal is kapcsolatban vannak – indokoltá tehetné volna, hogy még fiatalabb korosztály is bekerülhessen a mintába, de adatvédelmi okok miatt a felmérésben csak felnőttkorú személyeket kérdeztünk le.) A fiatalabb korosztály mellett a kvóta hangsúlyosan jeleníti meg a 30-55 éves korosztályt is a mintában, s kisebb súllyal az idősebb korosztályt (56 évesek vagy idősebbek.) Utóbbiak nemcsak azért lettek kisebb számban meghatározva, mert a védőnők értelemszerűen velük ritkábban állnak kapcsolatban, hanem azért is, mert a sajátos roma korfa miatt az idősek részaránya a roma (női) populáción belül nagyon alacsony. Az alábbiakban részletesen ismertetjük a felmérésben előírt mintakeret megoszlását.

A minta megoszlása a kért kvóták szerint (fő)

kor település	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	össz.
megyeszékhely	100	100	50	250
20000-150000	100	100	50	250
3000-19999	100	100	50	250
3000-nél kisebb	100	100	50	250
összesen	400	400	200	1000

A kutatásba a megye 358 településéből 31-et vontunk be. (A felmérésben szereplő települések listáját a 1. melléklet tartalmazza.) A nagyobb települések esetében egyértelmű és értelemszerű volt a választás (Miskolc, Ózd, Kazincbarcika). A harmadik településkategóriába a népszámlálási adatok szerint 29 település tartozik. Innen 14 települést vontunk be a vizsgálatba. A kiválasztás véletlenszerűen történt, de a szelekció során tekintettel voltunk arra, hogy különböző nagyságú településeket vonjunk be a mintába, s lehetőleg minél több kistérségből szerepeljenek települések a mintában, tehát területileg minél nagyobb kör le legyen fedve a megyében.

A negyedik településkategóriába 326 település tartozik. Ebben az alkategóriában első lépcsőben azokat a településeket választottuk ki, ahol meghatározó számú roma populáció található (a népszámlálási adatok szerint legalább 200 fő). Ebből szelektáltunk aztán tovább, s a választottuk ki a felmérésben is szereplő 14 települést. A cél itt is az volt, hogy a településkategórián belül különböző nagyságú települések szerepeljenek a felmérésben.

Az adott településeken belül olyan utcákat, lakóövezeteket vagy szegregátumokat választottunk ki, ahol nagyobb számban laknak romák. A kiválasztott kérdezési helyeken a kérdezőbiztosok véletlen sétás módszerrel választották ki az interjúalanyokat, azzal a kikötéssel, hogy

- a kiválasztott háztartásban csak egy nő kérdezhető le illetve
- a címek/lakások között legalább két egységnyi ugrás kötelező, tehát egymás mellett élő családok, közvetlen szomszédok, stb. nem kérdezhetők le.

A kiválasztás módja tehát nem tekinthető teljes mértékben véletlenszerűnek, s a kiinduló mintakeret sem reprezentálja teljes

mértékben a roma populáció várható megoszlását. A kvóta meghatározásával az volt a cél, hogy nagyon sok alcsoportban (pl. miskolci fiatal roma nők, kisvárosi fiatal roma nők, stb.) statisztikailag elemezhető elemszámú alcsoportokkal rendelkezessünk. Éppen ezért a kvóta által meghatározott 12 társadalmi-demográfiai alcsoport legalább 50-100 főből áll. Az elemzés során ezt a 12 cellás alaptáblát nagyon fontos változóként fogjuk kezelni, s lényegében minden adatot ismertetni fogunk ennek bontásában. (Ezeket a táblázatokat a tanulmány mellékletében adjuk közre. Magában az elemzésben általában csak fontosabb alapmegoszlásokat vagy bontásokat adjuk majd meg táblázatos formában.)

Ahhoz azonban, hogy általában is mondhassunk valamit a Borsod megyében lakó roma nők összességéről, tehát hogy a mintakeret tagjainak válaszai többé-kevésbé pontosan reprezentálják a vizsgált populáció teljességét, a KSH 2011-es népszámlálási adatai alapján a mintát utólag hozzáigazítottuk (besúlyoztuk) a teljes sokaság elvárt megoszlásaihoz. A súlyozás révén így a minta belső összetétele település-nagyság és életkor alapján a megyében élő roma nők belső struktúráját képezi le. A súlyozást követően a következő megoszlást mutatja az alaptáblánk.

A „súlyozott” minta belső megoszlása (fő)¹

kor település	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	össz.
megyeszékhely	34	54	10	99
20000-150000	30	42	10	83
3000-19999	90	131	29	250
3000-nél kisebb	205	295	68	568
összesen	359	522	117	1000

¹ forrás: Ezúton szeretnénk megköszönni Kovács Marcell segítségét (KSH Népszámlálási Főosztály), aki rendelkezésünkre bocsátotta az ide vonatkozó KSH 2011-es népszámlálási adatait.

Ha az eredeti és a súlyozott minták belső cellaértékeit összehasonlítjuk, akkor az derül ki, hogy a kiindulásképpen mechanikusan kialakított kvóta kormegoszlása nagyon közel áll a valóságos adatokhoz. A népszámlálási adatok (is) nagyon plasztikusan mutatják a roma (női) populáció fiatal korösszetételét: majdnem minden negyedik felnőtt roma nő a 18-29 éves korosztályba tartozik. (Bár az elemzés során gyakran fogjuk a roma női populáció fogalmát használni, fontosnak tartjuk kihangsúlyozni, hogy ezek az adatok egy megyei vizsgálat eredményei, tehát az eredmények csak Borsod Abaúj Zemplén megyére vonatkoztathatók.)

Az eredeti és a súlyozott minták belső cellaértékeinek adatai azt is mutatják, hogy településtípus szerint már nagyobbak a különbségek. A kiinduló kvóta segítségével az volt a cél, hogy mindegyik településtípussal kapcsolatban tudjunk statisztikailag releváns információkat adni, ezért egyenlő arányban lettek kialakítva a település-kategóriák. Így a terepmunka befejezését követően a megrendelő előírásainak megfelelően a kérdezettek egynegyede volt miskolci és egynegyede ózdi vagy kazincbarcikai - összességében tehát minden második megkérdezett „érkezett” erről a három településről. A népszámlálási adatok szerint a felnőtt roma nőknek „csak” 18%-a él a megye három legnagyobb városában. A valóságban a roma női populáció jóval nagyobb számban kapcsolódik a kistelepülésekhez. A népszámlálási adatok szerint a felnőtt roma nők 57%-a 3000 főnél kisebb településen él. Mindez azt jelenti, hogy amikor összesített, megyei súlyozott adatokat adunk majd közre, akkor azokban erőteljesen fognak hatni a kisebb településen élő roma nőkre vonatkozó adatok.

A célunk az, hogy az összesített, súlyozott adatokat mindig közreadjuk majd a tanulmányban, s általában a fentebb ismertetett 12 cellás alaptábla részeként (a táblázatok összesen sorai minden esetben a súlyozott adatokat

fogják tartalmazni). Sőt, ahol meg tudjuk oldani, ahol rendelkezünk erre vonatkozó adatokkal, azt is ismertetni fogjuk a jelentésben, hogy a vizsgált kérdéskörben az országos, összesített - nőkre vonatkozó - adatok mit mutatnak. A kérdőív kialakításakor ugyanis törekedtünk arra, hogy olyan kérdéssorokat (is) alkalmazzunk, amelyek a KSH Európai Lakossági Egészségfelmérésben is alapkérdésekként szerepelnek, így ezek az országos adatok referencia adatokként is kezelhetők.

Érzékeny pontja a kutatásnak – mint ahogy mindegyik roma populációt megcélzó empirikus kutatásnak –, hogy mi alapján dőljön el: az interjúalany roma vagy nem roma származású-e. A felmérés során az önbevallásra/önbesorolásra építettünk: a potenciális kérdezett önmagát roma származásúnak, roma nemzetiségűnek tartja-e. E módszer alkalmazásának hátránya, hogy alulbecsli a valós roma populáció nagyságát, előfordulását, mert sok roma származású valamilyen oknál fogva nem vállalja fel etnikai hovatartozását. Ezzel magyarázható, hogy a KSH népszámlálási adatai is a valóságosnál kisebb roma populációt mutatnak ki. Becslések szerint a népszámlálások során a roma nemzetiséget „bevallók” száma és a különböző kérdőíves vizsgálatok által becsült roma népességszám között háromszoros különbség mutatkozik. Ez a tény valamelyest relativizálja súlyozott adataink megbízhatóságát – amikor a megye teljes roma származású női populációjáról teszünk általános, összesített megállapítást –, hiszen a súlyozott adatok ezeken a népszámlálási adatokon alapulnak. Bár ismerjük és tudjuk ezt a „torzító” hatást, a népszámlálásnál jobb, megbízhatóbb adatforrás jelenleg sajnos nem áll rendelkezésre.

Kérdéses - de ez mindegyik empirikus kutatásnál felmerülő probléma –, vajon mennyire értik a feltett kérdéseket az interjúalanyok, a kutatók mennyire találták meg azt a nyelvezetet, amely tényleg közérthető a

kérdezettek számára. Természetesen erre törekedtünk a kutatás során, de számolni kell azzal, hogy ez nem minden esetben sikerült. S természetesen a válaszok értékelése során arra is tekintettel kell lenni, hogy a kutatás alatt a megkérdezettekben óhatatlanul is egy megfelelési kényszer működik. Nem biztos, hogy egy ilyen szenzitív jellegű kérdéseket tartalmazó kutatásban őszintén fognak válaszolni mindenre (pl. olyan témakörökre gondolunk, mint a kábítószerfogyasztás, az alkoholizmus, stb.).

A survey-vel párhuzamosan futott a kutatás kvalitatív része. A kvalitatív kutatás keretében 50 mélyinterjút bonyolítottunk le roma nőkkel, védőnőkkel, szociális dolgozókkal, roma érdekképviselői vezetőkkel, stb. A megbízó kérése az volt, hogy valamennyi településtípuson készüljenek mélyinterjúk, ennek a feltételnek meg is feleltünk a felmérés során (A mélyinterjúk területi megoszlását a 2. melléklet tartalmazza.)

A kvalitatív kutatással az volt a célunk, hogy tovább árnyaljuk és „élettel” töltsük fel a kvantitatív kutatás adatait. Ezért általában olyan témákat érintettünk, amelyek a kvantitatív kutatás bázisát is jelentették. De szerepeltek benne olyan témakörök is, melyeket inkább csak kvalitatív eszközökkel foghatók meg (pl. a kommunikáció, az egészségtájékoztatás világa).

A jelentésben egyszerre adjuk majd közre mindkét felmérés adatait, s a felmérésből leszűrt tapasztalatokat. Amikor százalékos arányokat adunk közre, akkor az adatok mindig a kvantitatív kutatásból származnak, a szöveges elemzésekben pedig gyakran fognak tükröződni a kvalitatív kutatásból származó következtetések.

2. Demográfiai helyzet, szociális háttér

A felmérés során alapvetően az egészségi állapotot befolyásoló szubjektív – tehát az egyén által is könnyebben vagy nehezebben megváltoztatható – körülményeket szeretnénk vizsgálni, s ennek révén az egészségmagatartást, egészségtudatosságot meghatározó szubjektív tényezőket: azt, hogy maga az egyén vajon mennyiben tehet többet önmaga egészségi állapotának javításáért, s hogy ezekre az egyéni, szubjektív tényezőkre hogyan lehet intézményesen „kívülről” hatni, azokat befolyásolni, támogatni. Mindezt nem azért tesszük, mert az objektív jellegű meghatározottságokról (amelyek egyébként az egyént gyakran teljesen jogosan felmentik az alól, hogy mit tud tenni önnön egészségi állapotának javításáért) szeretnénk megfélekezni, hanem azért, mert ezekre az objektív adottságra (az alacsony foglalkoztatottságra, az alacsony iskolázottságra, a mélyszegénységre, stb.) az esetek nagy részében az Országos Tisztifőorvosi Hivatalnak semmilyen ráhatása nincsen. Ezek értelemszerűen makrogazdasági, társadalmi, szociokulturális problémák, amelyek megoldása elengedhetetlen ahhoz, hogy a roma populáció egészségi állapotában kedvező változások történhessenek.

A felmérés során azt próbáltuk meg elsődlegesen vizsgálni, hogy az Országos Tisztifőorvosi Hivatal illetve a védőnői társadalom a maga szakmai eszközeivel az egészségi állapotra ható szubjektív jellegű tényezőket mennyiben és miképpen tudja, tudná befolyásolni. Hiszen az egészségnevelés, egészséggondozás folyamatában kitüntetett szerepet foglal el a védőnői mozgalom. A védőnők napi kapcsolatban vannak a területükön élő roma nőkkel, és a kapcsolat közöttük nagyon erőteljes és intenzív. Köszönhetően annak is, hogy a településeken vagy a szegregátumokban rendszeres jelleggel személyesen vannak jelen. (Az alapellátás más szereplőire ez már kevésbé igaz. A mélyinterjúkban

állandóan visszatérő problémaként említették az interjúalanyok a hiányzó háziorvosi/gyerekorvosi praxisokat, a helyettesítő orvosok nagy számát, a szakorvosi ellátás szinte teljes hiányát a kisebb településeken, stb.). A védőnői kapcsolat hosszabb távra is szól, hiszen a korai és nagyobb gyermekáldás miatt a roma településeken a védőnők (ha ők maguk nem váltanak körzetet) időben nagyon sokáig kapcsolatban vannak a kismamákkal és anyukákkal. Az idősebb korosztályhoz tartozó roma nőkkel is szoros a kapcsolatuk, hiszen a roma családokban gyakran több generáció él együtt, és előfordulhatnak olyan esetek is, amikor a védőnő a családban élő nagymamát is gondozta, amikor az várandós volt.

2.1. A roma nők szocio-ökonómiai helyzete

Abban sajnos semmi meglepő nincs, hogy a védőnők által elért roma közösség, illetve általában a vizsgált roma nők szocio-ökonómiai helyzete – amelyet tekinthetünk egy objektív jellegű kiinduló helyzetnek – nagyon rossz. Ezek a kedvezőtlen adottságok pedig már önmagukban determináló hatással vannak az egészségi állapotra.

Az iskolázottság mértéke a vizsgált roma női populációban rendkívül alacsony. A válaszadók 79%-a maximum csak alapfokú végzettséggel rendelkezik (vagy az idősebbek körében gyakran még azzal sem), s mindössze 2%-uk rendelkezik legalább érettségivel (2.1.1. táblázat). A népszámlálási adatok szerint országosan a felnőtt nők 53%-a rendelkezik legalább érettségivel, óriási tehát a szakadék.²

² http://www.ksh.hu/nepszamlalas/tablak_iskolazottsag

2.1.1. táblázat: A megyében élő roma nők legmagasabb iskolai végzettsége, korcsoportonként, %

	18-29 évesek	30-55 évesek	56- évesek	össz.
általános iskola 4. évfolyamánál kevesebb	0,3	2,1	23,1	3,9
általános iskola 4-7. évfolyama	14,1	22,5	37,3	21,2
általános iskola 8. évfolyama	57,8	55,7	35,6	54,1
szakiskolai (szakmunkásképző iskolai) bizonyítvány	22,3	16,8	3,3	17,2
befejezett középiskola (szakközép, gimnázium) érettségi nélkül	2,7	1,5	0,0	1,8
szakközépiskolai szakképesítést igazoló érettségi	0,9	0,6	0,4	0,7
középiskolai (gimnáziumi, szakközépiskolai) általános érettségi	0,7	0,1	0,2	0,3
középiskolai végzettséget (érettségit) követő képzésben szerzett szakképesítést igazoló bizonyítvány	0,8	0,5	0,0	0,6
felsőoktatási szakképzésben szerzett bizonyítvány, főiskolai vagy egyetemi végzettség	0,3	0,2	0,2	0,3
összesen	100	100	100	100

Teoretikusan az iskolázottság szintje két irányban fejti ki hatását az egészségi állapot alakulására. Egyrészt erőteljesen meghatározza az egészségügyi tájékozottság, kulturáltság szintjét, másrészt meghatározza annak esélyét, hogy a munkaerőpiacon ki hol tud megjelenni, s ezáltal milyen anyagi-jövedelmi körülmények között fog élni, mennyiben lesz képes anyagi erőforrásokat fordítani egészségi állapotának, közérzetének javítására.

Összességében azt láthatjuk, hogy a roma nők nagy része megreked az alapfokú végzettség szintjén. Nagyon ritka, hogy az alapfokú végzettség megszerzését követően esélyük volna valamilyen középfokú

tanintézményben továbbtanulni, lehetőség csak a szakmunkásképző bizonyítvány megszerzésére van. Az adatok korcsoportos bontása azt mutatja, hogy leginkább a 18-29 éves korosztály tagjai tudtak magasabb iskolai végzettséget elérni a 8 általánosnál (28%), ugyanezt legkevésbé pedig az idősebb korosztály tagjai mondhatják el magukról (4%). Ugyancsak valamivel nagyobb az esély előrébb jutni az iskolai rendszerben, ha valaki a nagyobb városokban él (27-33%) (3. melléklet).

Ahogy említettük, az iskolai végzettség nagyban meghatározza a roma nők munkaerőpiaci esélyeit. De az is, hogy a vizsgált körben erőteljes a korai szülés (a teljes mintán belül a szülő nők 37%-a 17 évesen vagy annál fiatalabb korban szült). A tudatosan vagy éppen nem tudatosan vállalt családalapítás jelentős hatással van a roma nők munkaerőpiaci lehetőségeire és esélyeire, hiszen sokan még be sem léptek a munkaerőpiacra, már egy időre ki is írták magukat onnan. A fiatal roma nők, ha szülnek, hamarabb kilépnek az oktatási rendszerből, ahová már nem is jutnak aztán vissza. A munkaerőpiactól is távol kerülnek, hiszen jellemzően több gyermeket szülnek és otthon maradnak gyermekeikkel. A korai gyerekvállalás hátterében nagyon sokféle tényező húzódhat meg: tradíciók, szülői minták, tájékozatlanság a védekezéssel kapcsolatban, stb. (A gyermekvállalással kapcsolatos kérdésekkel majd a következő fejezetben foglalkozunk részletesebben.) Természetesen nehéz az okozati viszonyokat teljesen pontosan feltérképezni, azt, hogy mi állhat a korai iskolaelhagyás hátterében. A korai gyerekvállalás is szerepet játszik ebben. De az interjúkból az is kiderül, hogy vannak fiatal lányok, akik még akkor sem maradnak bent az oktatási rendszerben, ha nem is lettek kismamák vagy anyukák. Vannak, akik már azt a kötelezettséget is csak formálisan teljesítik, hogy 16 éves korig kötelező jelleggel iskolába kell járniuk (pl. mert vagy a szülők kérésére vagy az iskola nyomására magántanulói státuszba kerülnek a gyerekek).

Adataink szerint a 18-24 korosztály tagjainak mindössze 24%-a dolgozik, 10%-a pedig munkanélküli. A legtöbben gyesen vannak (54%). A 25-29 évesek körében már 44%-nyian dolgoznak és 42%-nyian vannak gyesen. A dolgozók száma a 30-as korosztálytól kezdve meghatározóbb – 60% körül mozog -, s az idősebbek körében emelkedik a munkanélküliek száma is (3-4. melléklet).

A foglalkoztatottságnak ez a magasabb szintje egyértelműen a közmunka-programnak köszönhető, hiszen a munkával rendelkezők kb. háromnegyede közmunkás. A gazdaságilag aktívakon belül különösen a kisebb településeken illetve a közép- és időskorúak körében meghatározó foglalkoztatási forma ez. A nagyobb városokban már inkább biztosított a közmunkán túli foglalkoztatás lehetősége (3-4. melléklet).

Az interjúk tapasztalatai szerint a közmunka programnak sok pozitív hozadéka van. A felmérésnek nem célja a közmunka-program részletes foglalkoztatáspolitikai elemzése, az azonban biztos, hogy a segélyhez képest ez magasabb jövedelemhez juttatja a háztartásokat, és a közmunkásokat valamilyen formában visszavezeti a munka világába, rendszert, rendszerességet visz hétköznapijaikba. A program sok helyütt nehézkesen indult, a résztvevők nem tudták, mire számítsanak, de jelenleg komoly igény van erre a foglalkoztatási formára a roma populáción belül.

Felmérésünk tanúsága szerint anyagi értelemben komoly problémákkal kell megküzdeniük a roma családoknak. Az anyagi helyzetet firtató kérdésre mindössze 1%-nyian mondták azt, hogy gondok nélkül megélnek, s 14%-nyian azt, hogy ha beosztással is, de jól kijönnek a pénzükből. 38%-nyian éppen hogy ki szoktak jönni a havi jövedelmükből. A többieknek - a megkérdezettek 47%-ának - már komoly megélhetési problémáik vannak,

jelentős szintű anyagi problémával kell szembesülniük: 36%-uknak hónapról-hónapra komoly anyagi gondjai vannak, 10%-nyian pedig kifejezetten nélkülözések között élnek. Különösen nagy számban számolnak be anyagi problémákról az idősebb korosztály tagjai (3. melléklet).

Bár az alapvető elektronikai-szórakoztató eszközökkel relatíve jól ellátottak a vizsgált roma háztartások, pl. 98%-ukban van színes tévé, 75%-ukban van mobiltelefon, de jövedelmi-vagyoni helyzetüket jól mutatja, hogy pl. a komolyabb vagyoni értéknek számító autója már csak 14%-nak van (3. melléklet).

Felmérésünk adatai azt mutatják, hogy a roma családok közvetlen lakókönyezete nagyon erősen deprivált. A térségben élők roma nők 75%-a kifejezetten szegényes, sokszor lepusztult környezetben él. A kérdezőbiztosok besorolása alapján 54%-uk olyan lakóépületben él, amely rossz állapotú, s javításokra szorul, 52%-uk egyszerűbb parasztházban vagy tanyasi jellegű épületben vagy éppen putriban él. Csak a házak/lakások 57%-ában van valamilyen fürdőszoba kialakítva, 55%-ában van vezetékes víz, s 52%-ában vízöblítéses WC (2.1.2. táblázat).

Természetesen ezeket az adatokat komoly mértékben befolyásolja az a tény is, hogy a kérdezés alapvetően olyan területeken történt, ahol koncentráltan élnek romák (ez gyakran pl. valamelyik szegregátum). Azokat a roma családokat a kutatás kevésbé éri el, akik valamilyen oknál fogva ki tudtak lépni ebből a körből, máshol, akár jobb körülmények között élnek. Igaz, azt joggal feltételezhetjük, hogy sajnos ennek a rétegnek a nagysága nem lehet túl jelentős.

A vizsgált településeken élő roma családok lakó-, lakáskörülményei nagyon különbözőek, attól függően is, hogy az adott településeken a telepeket,

szegregátumokat rehabilitálták-e vagy éppen felszámolóban vannak, illetve hogy ezek a településrészek milyen jellegűek (kertes, telepi, bérházas, stb. terület). Ebből a szempontból speciális helyzetben vannak a 20.000 főnél nagyobb települések. (A felmérésnek ezen a pontján időlegesen ezt a település-kategóriát meg is bontjuk.) Adataink szerint mind az Ózdon, mind a Kazincbarcikán élő roma kérdezettek sokkal városiasabb közegben élnek, mint a többiek. A kérdezőbiztosok jelzése szerint például az ózdiak egyértelműen az átlagosnál magasabb minőségű, színvonalú ingatlanokban laknak, a kazincbarciaiak pedig – ha nem is jó minőségű helyeken –, de olyan városrészekben élnek, amelyek infrastrukturális adottságai az átlagosnál kedvezőbbek (vezetékes víz be van kötve, külön fürdőszoba van, stb.).

A miskolciak esetében ez a városias jelleg kevésbé figyelhető meg, amiben szerepet játszik az is, hogy a Miskolcon élő romák közül sokan a város vonzáskörzetében élnek, lényegében falusias, szegényes közegben, de ezek a részek közigazgatásilag Miskolchoz tartoznak. A kérdezőbiztosok jelzése szerint a 3.000-20.000 lakosú településen élő roma kérdezettek rosszabb helyeken laknak, mint a 3.000 főnél kisebb településen élők, ezeken a településeken a vezetékes vízszolgáltatás is kevesebb helyen érhető el.

2.1.2. táblázat: A vizsgált településeken élő roma nők lakó-, lakáskörülményei, %

	a környék szegé- nyes	az épület rossz állapotú	egysze- rűbb paraszt ház, tanya	nincs fürdő- szoba	nincs vezeté- kes víz	nincs WC
Miskolc	86,8	70,9	63,8	43,2	34,5	39,5
Ózd	65,1	32,2	13,7	27,9	28,6	36,2
Kazincbarcika	90,3	58,3	44,9	11,2	13,7	22,9
3000-19999	85,5	70,6	48,6	49,6	52,8	56,8
3000-nél kisebb	68,8	45,5	54,8	42,5	46,7	48,0
összesen	75,1	53,8	51,5	42,7	45,2	48,1

Már ezek a társadalmi-demográfiai adatok is jelzik, hogy nem lehet általában egy homogén roma társadalomról beszélni. Vannak bizonyos tényezők, amelyek mentén tényleg homogénnek tűnik ez a közösség (pl. iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, stb. szerint), de vannak olyan tényezők, amelyek mentén a roma társadalmon belül is erős differenciáltság, heterogenitás mutatkozik: például vagyoni helyzet szerint (különböző lakáskörülmények, eltérő jövedelmi potenciál), vagy a családok nagysága, a gyerekszám szerint, vagy az általunk érdeemben nem vizsgált kulturális, etnikai identitás szerint (oláh, beás, magyar cigány, stb.)

A témára tekintettel elemzésünkben háttérváltozóként mi elsősorban a kérdezettek életkorára és lakóhelyére fogunk koncentrálni, ezek szerint vizsgáljuk az adatokat. (Ezek azok a változók, amelyeket a mintaképzés során alapváltozókként kezeltünk.)

2.2. Gyerekvállalás, családtervezés

A gyerekvállalás kérdése a demográfiai vetület mellett az egészségtudatosság témakörét is érintheti. A roma nők körében jelentkező korai szülések illetve a szülések nagyobb száma óhatatlanul is kihatással lehet a szülő nők egészségi állapotára. Egy túlságosan fiatal anya szervezetét jobban megviselheti a szülés, s az is, ha két várandósság között kevés idő telik el, s a szervezetnek nincs elég ideje regenerálódni. A mélyinterjúk során sok ilyen jellegű negatív tartalmú történetet, esetet hallottunk az interjúalanyoktól.

A felmérés adatai szerint a roma nők, ha szülnek, akkor valóban az esetek nagy részében korán szülnek (17 éves korban vagy még fiatalabb korban). De arról sem szabad megfeledkezni, hogy van egy jelentős réteg, a fiatal

korosztályon belül is, amely (még) nem szült. Természetesen a kiskorúakkal kapcsolatosan pontos arányszámokat - vajon a 14-17 éves roma lányok mekkora hányada szült már – nem tudunk mondani, mert felmérésünk erre a korosztályra nem terjedt ki.

Felmérésünk időben visszatekintő adatokkal tud szolgálni, s ezen adatok szerint a 18-29 éveseknek 32%-a szült 18 éves kora előtt. 26%-nyian még egyáltalán nem szültek, 42%-nyian pedig 18 éves korukban vagy utána szülték első gyermeküket.

A felmérés alapján messzemenő következtetéseket nem vonnánk le a korcsoportos adatokból (pl. a viszonylag alacsony várható élettartam miatt az idősebbek korosztályokban egyáltalán nem reprezentatív a minta, a sok elhalálozás miatt nem lehet már visszakövetkeztetni a kiinduló adatokra.) Az adatok alapján azt azért kijelenthetjük, hogy nem erősödik a fiatal korban való szülés elterjedtsége. A felmérésben szereplő idős roma nők 38%-a szült fiatalon, a 30-55 éveseknek 32%-a, a 18-29 éveseknek pedig ugyancsak 32%-a (5. melléklet).

A fiatal korban történő gyerekvállalás ma is gyakorinak mondható a vizsgált körben. Ennek hátterében nagyon sokféle indok húzódik meg. A mélyinterjúk tapasztalatai alapján a legfontosabbakat foglaljuk össze.

A roma kultúra hatása

A gyerekszülés a roma kultúrában szimbolikus jelentőséggel bír, ezzel válik a nő teljes jogú tagjává a roma közösségnek. A fiatal lányok számára az elszakadás lehetőségét is magával hozza, elköltözhetnek a szüleiktől, igaz, ez a kisebb településeken sokszor nem a teljes függetlenedést hozza meg számukra, hiszen gyakran a fiú/férj családjához kerülnek el.

Abortuszellenesség

Az interjúk során gyakran hangzik el, hogy a roma lányok nem kívánt terhességek esetében is megtartják a gyerekeiket, nagyon ritka, hogy abortuszra mennének. Ennek elutasítását a roma lakosságon belül egyértelműen érzékelhető gyerekcentrikusság, gyerekszeretet mellett babonák és hiedelmek is erősítik.

A tradicionális családmódel primátusa

A vizsgált populáción belül nagyon erős a tradicionálisabb jellegű családmódel, amely a nők alapfeladataként a gyerekekkel való foglalatostkodást definiálja. Minden otthoni, háztartási feladat vitele a nőkhöz kapcsolódik, ők biztosítják a családi élet érzelmi integritását. Segítségét ebben csak nőktől várhatnak, akik a többgenerációs családban ugyancsak otthon vannak, maradtak (nagymamák).

Nagyfokú a fiatalok tájékoztatlansága a védekezéssel kapcsolatban

Az interjúk alapján egyértelmű, hogy a fiatalok nagyon tájékoztatlanok a védekezés terén. (S a lányokhoz képest a fiúk talán még inkább. A terhesség elleni védekezés idősebb korban is elsősorban az asszonyok feladata, a férfiak nem foglalkoznak vele. Óvszerhasználat például nagyon ritka.) A felvilágosítás terén az otthoni közeg sem segíti a fiatalokat, mert ezek a női témák a családon belül gyakran tabuk, anyák és lányaik között is. Az iskolára hárulna ebben a tekintetben nagyon sok feladat, s úgy tűnik, hogy a témával kapcsolatban a jelenleginél sokkal több információ átadására volna szükség. A védekezési lehetőségekkel, a családtervezéssel, a párkapcsolati kérdésekkel, stb. kapcsolatban nemcsak egy-egy

osztályfőnöki, védőnői óra keretében kellene foglalkozni, sokkal szervezettebben kellene ezt a témakört az iskolai képzésbe beépíteni. Felmérésünkben a szülő roma nők 44%-a jelezte, hogy élete során használt valamilyen fogamzásgátló módszert a nem várt terhesség megakadályozásáért. De csak 23%-nyian mondták azt, hogy ezt rendszeres jelleggel teszik/tették. A megkérdezettek háromnegyedénél tehát ez alkalomszerű vagy teljesen elmarad.

Az oktatási rendszer gyenge megtartó ereje

A 14-18 év közötti roma fiatalokat az oktatási rendszer nagyon nehezen integrálja, s gyakran kivetí magából őket. Az oktatási, képzési lehetőségek hiánya is szerepet játszik abban, hogy a roma lányok egy része már fiatal korában anyai, családanyai szerepet vállal fel. Mindenképpen javítani kellene az oktatási rendszer megtartó erején, mert ezzel a családalapítás kezdete időben eltolódhatna, s jelentősen emelkedhetne a roma lakosság iskolázottsági szintje.

A gyerekvállalással kapcsolatban a másik közkeletű vélekedés, hogy a roma nők sok gyermeket szülnek. Adataink valóban magas gyerekszámokat mutatnak. De ezen a ponton nehéz felmérésünk adatait pontosan értelmezni, hiszen a kérdezettek nagy része még szülőképes, termékeny korban van, tehát a jelenlegi állapotok még egyáltalán nem a végleges helyzetet tükrözik.

Például a gyermekkel rendelkező 18-29 évesek 39%-ának (még) csak egy gyermeke van, de ha kiragadjuk a mintában szereplő 40-59 éves korosztályt, akkor ebben a körben az egy gyermekkel rendelkezők aránya mindössze 5%, 14%-nyian két gyermeket szültek, 25%-nyian hármat, 19%-nyian négyet, 39%-nyian pedig ötöt vagy még ennél is többet. Ennek

a - nevezzük - referencia-korosztálynak, az átlagos gyerekszáma nagyon magas (4,76). Természetesen ebből nem lehet egyértelműen előrejelzést adni arra vonatkozóan, hogy a mai fiatalabb generációkkal mi lesz, ők hány gyermeket fognak vállalni. (A mélyinterjúk során az interjúalanyok többször utaltak arra, hogy ma mintha több esetben törekednének arra a roma anyukák, hogy megálljanak két-három gyereknel.)

Akarat és terv szintjén csak nagyon kevesen gondolkodnak egyébként nagy létszámú családokban. A megkérdezettek majdnem 90%-a, ha ez teljesen rajta múlna, akkor maximum három gyerekig menne el, a roma nők ennyit tartának ideálisnak ma egy családban. Ezen belül is legtöbben a két gyerekes családmódellet választanák (41%), három gyereket pedig 36%-nyian vállalnának (tehát sokaknak még a három is sok).

Érdemes megnézni, hogy a fentebb említett referencia-korosztály, ahol átlagosan 4,76 gyermek született, ma mit tartana ideálisnak. Az adatok azt mutatják, hogy ők is 2-3 gyereket terveznének (ideális gyerekszám: 2,53). Az ideálisnak tartott gyerekszámra hatással van a megkérdezettek életkora: minél fiatalabb valaki, annál valószínűbb, hogy alacsonyabb gyerekszámot tart ideálisnak (ideális gyerekszám átlaga - 18-29 évesek: 2,36, 30-55 évesek: 2,48, 55 évnél idősebbek: 2,62). A települések jellege is befolyásolja a válaszokat, a nagyobb városokban élő romák inkább két gyermeket vállalnának, a kisebb településeken lakók pedig inkább elképzelhetőnek tartanak a három gyereket (ideális gyerekszám átlaga - Miskolc: 2,25, Ózd, Kazincbarcika: 2,26, 3-20.000 lakosú település: 2,50, 3.000 főnél kisebb település: 2,50).

Ezt a két adatsort - hogy kinek mennyi gyermeke van (pontosabban mennyit szült), illetve hogy mennyit tart ideálisnak egy családban - megint csak nem lehet direktben összehasonlítani, hiszen sokan még szülőképes

korban vannak. Az azért biztos megállapítható, hogy ez a két érték nincs szinkronban egymással. Míg társadalmi szinten elsősorban az jelent problémát, hogy a nők nem tudják megszülni azokat a babákat, akiket igazából szeretnének illetve terveznének, a roma nők körében pont fordított a helyzet, ők sokkal több gyermeket szülnek, mint amennyit ideálisnak tartanak.

Ha ennek lehetséges okait akarjuk számba venni, akkor az interjúk tapasztalatai alapján a következő indokokat érdemes kiemelni:

Roma szokások, tradíciók

A hagyományokban nemcsak a korai gyerekvállalás, hanem a nagycsalád iránti igény is megtalálható. A gyermeket – még ha nem is volt tervezve – áldásként fogják fel a romák és gyakran meg is szülik őket, csak ritkán mennek el abortuszra, s akkor is inkább idősebb korban.

A tudatos családtervezés hiánya

A tudatos családtervezés gyakran teljesen hiányzik a roma családok életéből. Ez természetesen az együttélő felek kölcsönös felelőssége, nemcsak a nőket, hanem a családok férfi tagjait is érinti.

A fogamzásgátlás hiánya

A fiatal lányok védekezéssel kapcsolatos információi nagyon hiányosak. A felnőtt (és születésen már túllévő) nők körében nem annyira a tájékozatlanság a probléma. Bár vannak hiányosságok a családtervezés tudatosságában, a védekezés elmaradása sok esetben anyagi okokkal hozható összefüggésbe. Sokan egyszerűen nem tudnak fogamzásgátlásra

költeni. A lehetséges védekezési formák közül a roma nők a drágább megoldásokkal (pl. tabletta) nagyon ritkán élnek. Ha eljutnak odáig, hogy védekezzenek, akkor általában az olcsóbb injekciót adják be maguknak. Viszonylag népszerű megoldás a hurok is, amelynek felrakását sok területi önkormányzat anyagilag is támogatja azon nők körében, akik már többször is szültek, de úgy döntenek, hogy időlegesen vagy véglegesen szeretnének megoldást találni a nem kívánt terhesség ellen. A program keretében az önkormányzat biztosítja a hurok beszerzését, állja a nőgyógyászhoz való utazás költségét, stb., a program révén így a roma nőknek semmifajta anyagi kiadása sincs. A jövőben érdemes volna az ilyen típusú programokat még inkább bővíteni, s még inkább propagálni a roma nők körében.

Anyagi okok

Az interjúalanyok egy része úgy véli, hogy egyeseknél az anyagi megfontolások is szerepet játszanak a nagyobb gyerekvállalásban. A munkalehetőségek, kitörési pontok hiányában ez vezethet a mind több segély, anyagi támogatás eléréséhez.

Bár az egészségmagatartás, egészségtudatosság kérdésével a következő fejezetben foglalkozunk részletesebben, érdemes megjegyezni, hogy a gyerekvállalás és a gyereknevelés – a sok otthoni munkaszervezési, anyagi, stb. nehézség ellenére – komoly szerepet játszik a vizsgált körben az egészségesebb életmód felvállalásában és gyakorlásában: a kismamák várandósságuk alatt, ha nem is hagyják abba a dohányzást, de legalább sok esetben csökkentik, elkezdenek vitaminokat szedni, stb. Későbbiekben azonban az egészségtudatosabb életvezetés elsősorban csak a gyermekek egészségesebb életvitelére való odafigyelést jelenti, a gyerekeket hamarabb elviszik orvoshoz, táplálkozásukra jobban odafigyelnek, stb.

3. Egészségmagatartás, egészségtudatosság

3.1. Az egészségmagatartás elméleti modellje

Egy többnyire mélyszegénységben lévő réteg esetében nagyon nehéz értékelni és minősíteni azt, hogy körükben milyen az egészségmagatartás, milyen az egészségmegőrzés szándéka és gyakorlata, milyen áldozatvállalási készségek és képességek jellemzik őket. Az egészséges életmód gyakorlása gyakran különböző tilalmak megfogalmazását, bizonyos korlátok meghatározását jelenti. Be kell tartani bizonyos szabályokat: mit nem ehetünk (illetve mit szabad ennünk), mit nem csinálhatunk (helyette mit kellene inkább csinálnunk). Tehát az egészség megóvása érdekében bizonyos áldozatokat kell hoznunk. Kérdéses, hogy egy lecsúszott, többszörösen hátrányos helyzetben lévő réteg esetében ez a fajta áldozatvállalás mennyiben várható el, mennyire képesek újabb és újabb „tilalomfák” között élni, hiszen körülményeik, jövedelmi helyzetük már éppen elég korlátot állítanak köréjük.

A mélyinterjúk tapasztalatai alapján a vizsgált körben az egyén tudatos egészségmagatartását gyakran csak a betegségállapot kialakulása hozza magával, tehát inkább csak a végső esetben tudnak/akarnak az egészségtudatosság útjára lépni. Az egészséges életmód gyakorlása nem a betegségállapot kialakulásának elkerüléséhez, annak időbeli kitolásához kapcsolódik, hanem a már jelentkező betegségek súlyosbodásának megakadályozásához.

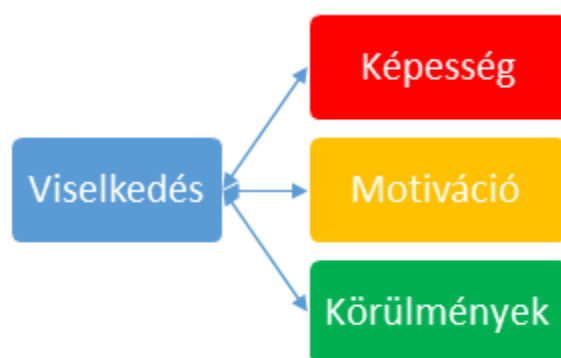
Az interjúk alapján – de mint majd a későbbi fejezetekben láthatjuk, az empirikus kutatás adatai szerint is – az orvoshoz fordulás sokszor nem preventív célzattal történik. Sokszor csak akkor fordulnak a roma nők –

különösen az idősebbek – orvoshoz, ha már erős fájdalmaik, nagyon is kézzel fogható tüneteik vannak.

Mint majd az elemzés utolsó fejezetében láthatjuk a preventív jellegű szűrővizsgálatok látogatottsága is igen alacsony a roma nők körében.

Azt a folyamatot, amely az egyént az egészséges, egészségesebb életmód gyakorlására ösztönzi, nagyon sokféle tényező együttes hatásaként lehet leírni. Az egészségpszichológiai kutatások az egészségmagatartás meghatározásához, befolyásolhatóságához ma gyakran alkalmazzák az ún. COM-B elméleti modellt. A modell értelmezésében az egészségmagatartás háttérében három fő komponens áll: a képesség (Capability), a körülmények (Opportunity) és a motiváció (Motivation). A modell szerint e három befolyásoló tényező együttesen – egymásra kölcsönösen hatva - alakítja ki illetve változtatja meg az egyén (egészség)magatartását (Behavior)³.

A COM-B modell: a magatartás rendszere



A „Képesség” elem tartalmazza a legfontosabb (egészséggel) kapcsolatos ismereteket és a viselkedés megvalósításához szükséges testi, lelki készségeket. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy ezek az elemek adják meg azt

³ forrás: Egészségjelentés 2015, NEFI

a belső, szubjektív bázist, amire aztán építkezni lehet: az egyén tudja, hogy mit kell (elvben) tennie, ismeri az adott terület háttérét, szabályait, stb., és rendelkezik mindazokkal a készségekkel is, amelyek segítik abban, hogy meg is tegye a szükséges lépéseket.

A „Motivációt”, a második viselkedést befolyásoló tényezőt a cselekvést elindító tudatos döntések, szándékok és automatikusan adott válaszok, szokások alkotják. Ez a komponens-együttes, amely elindítja az embert céljai eléréséhez, megadja az okot, van miért működésbe hozni a már meglévő információkat és aktiválni a már meglévő készségeket. Ez a tényező-együttes igazából a miért kérdésre adja meg a választ, miért van szükség az adott lépés megtételére, mit akarok ezzel elérni.

A cselekvés megvalósulását a harmadik tényező-együttes, a „Körülmények”, a lehetőségek is alapvetően meghatározzák. Ide tartozik a fizikai, szociális, kulturális környezetünk. Ezek gyakran már az egyénen kívül álló külső feltételek, amelyre az egyénnek nincsen érdemi hatása, gyakran adottságként kell elfogadnia őket.

3.2. Az egészségmagatartás elméleti modelljének főbb elemei

A roma populáción belül nehezíti az egészségtudatos magatartás kialakulását, hogy a legtöbb komponens, ahelyett, hogy jó irányba „terelné” az embereket, pont ezzel ellentétes hatásokat vált ki, tehát ellenható tényezőként működik. Mind a mélyinterjúk tapasztalatai alapján, mind az empirikus kutatás adatai alapján ezt lehet megállapítani.

A hiányok még legkevésbé az alapismeretekkel kapcsolatban jelentkeznek. Statisztikailag kimutatható, hogy a túlfeszített, túlhajtott életvitel, a mozgásszegény életmód, az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás, az

alkoholizmus, mint rizikófaktorok – más rizikófaktorokkal kiegészülve – komoly mértékben növelik a megbetegedés esélyét. Ezekkel az alapvető összefüggésekkel teljesen tisztában vannak alanyaink is, kis túlzással számukra is egyértelmű tézisek ezek. A felmérés során a megkérdezettek 80-90%-a mondta azt, hogy ezek az életmódbeli, életvezetésbeli elemek nagymértékben befolyásolják az egészségi állapotot (3.2.1. táblázat). Ilyen, teljesen evidenciaszerű elem számukra a stressz, az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a táplálkozás, az elhízás és a testmozgás.

3.2.1. táblázat: Azok aránya, akik szerint következő dolgok (nagyon) nagy hatással vannak az ember egészségi állapotára, %

az idegesség, feszültség, stressz	89,6
az alkoholfogyasztás	89,3
a dohányzás	88,2
a táplálkozás	88,0
az elhízás	86,1
a testmozgás	79,6
az ember öröklött, genetikai tulajdonságai	74,3
a munkahelyi környezet, a végzett munka jellege	57,4
a lakóhelyi környezet jellege, a lakás/ház állapota	57,2

A felmérésben szereplő egészség-befolyásoló tényezők közül szinte csak azok maradtak ki a roma nők felsorolásából, amelyek nem is a képességek csoportjába, hanem inkább az egyéni kívül álló lehetőségek, „körülmények” csoportjába tartoznak (genetikai adottságok, környezeti elemek).

Mégis, a valóság azt mutatja – s ezt majd a későbbi fejezetekben pontos adatokkal is alátámasztjuk -, hogy a roma nők között nagyon sokan dohányoznak (még várandósságuk alatt is), sok közöttük az elhízott, a táplálkozásukban nem igazán egészségtudatosak, stb. A fentebb ismertetett modell szerint ez a fajta inkonzisztencia elsősorban azért alakul ki, mert sok esetben hiányoznak a képességek (pl. kitartás, hogy nem

gyűjtök rá) vagy a motivációk vagy a külső körülmények: a lehetőségek, adottságok. Utóbbira jó példa a dohányzás vonatkozásában, hogy nagyon sok családban szinte mindenki dohányzik, ebbe születnek bele az újabb és újabb generációk, ez az általánosan elfogadott viselkedési norma. A motiváltság ellen hat például az, hogy a kérdezettek anyja, nagyanja is dohányzott, akár terhesen is, így a dohányzás káros hatását önmagukra nézve kevésbé észlelik (vagy több hasznát látják, mint kárát), ők is megtudták szülni a babájukat, stb..

3.3. Az egészségmagatartás megnyilvánulási formái

Ebben a fejezetben azt mutatjuk be, hogy a megkérdezettek a rendelkezésükre álló ismeretek, készségek, lehetőségek, stb. birtokában mit tesznek. Az előbbiekben ismertetett modell működésének eredményeképpen mi az „output”, az egészségmagatartásuk milyen formában manifesztálódik, milyen területen jelentkezik.

Az elvi szintekhez és a lehetőségekhez mérten viszonylag kis körben érzékelhető egészségtudatos magatartás, a két szint nagyon erőteljesen elválik egymástól. A megkérdezettek mindössze 20%-a mondja azt, hogy ő sokat/nagyon sokat tesz egészsége érdekében, a többiek esetében ez a fajta egészségtudatosság, már kevésbé vagy egyáltalán nem figyelhető meg. Összességében pedig a megkérdezettek 44%-a gondolja azt, hogy elvben ő igen is (sokat) tehetne egészsége érdekében. 49%-nyian viszont nagyon szkeptikusak, elzárkózóak ebben a tekintetben, mintha úgy éreznék, hogy alig-alig van esélyük arra, hogy érdemben befolyásolják egészségi állapotukat (3.3.1. táblázat).

3.3.1. táblázat: A kérdezett szerint mennyit tehet és mennyit tesz valójában az egészségért, %

	tehetne	tesz
nagyon sokat	6,9	1,5
sokat	37,5	18,1
keveset	40,3	56,1
semmit	8,6	18,6
nem tudja	6,8	5,6
összesen	100,0	100,0

Ha mindezeket az adatokat az országos eredményekkel vetjük össze, akkor is nagyon jelentős eltérések mutatkoznak. Országosan a felnőtt nők 81%-a értett egyet azzal, hogy a genetikai, biológiai adottságokon túl az egészség megőrzésének kulcsa, ha magunk is teszünk érte, vagyis az egészségtudatos életmód.⁴ A roma nők körében jelentkező alacsony értékek (44%) hátterében nem az áll, hogy elméletileg ne lennének tisztában a mozgás, a kiegyensúlyozott táplálkozás, a szűrővizsgálatok, stb. fontosságával, hanem inkább az, hogy önmaguk szerepét ebben a folyamatban – okkal vagy ok nélkül – sokszor alulértékelik.

A tenni akarás illetve képesség erősen életkor- és településfüggő: a fiatalabb korosztály esetében többen vannak, akik egészségtudatosabban akarnak, próbálnak élni, s ugyanez mondható el a nagyobb városokban élő roma nőkről is (6. melléklet).

Az elvi és a gyakorlati szint elválásának egyik lehetséges kiváltó tényezőjét nagyon jól mutatja, hogy a kérdőíves vizsgálatunk során, amikor azt kérdeztük meg, hogy a kérdezettek igazából mit tehetnének egészségi állapotuk javulásáért, spontán módon nagyon gyakran került szóba – miközben mi a pozitív gyakorlatokat vártuk volna –, a pénzhiány: az hogy

⁴ <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

a válaszadónak nincs pénze az egészségesebb, jobb termékek, szolgáltatások megvételére, nincs elegendő pénze élelmiszerre, gyógyszerre, vitaminokra, stb.

Ha a konkrét cselekvési irányokat nézzük, a válaszok alapján az egészségmagatartás célterületeként egy tényező erőteljesen kiemelkedik. Ez pedig a táplálkozás. Erre a térségben lakó roma nők megpróbálnak nagyon nagy hangsúlyt helyezni. Ezen belül szóba kerül az egészségesebb étrend követése, a gyakoribb gyümölcs- és zöldségfogyasztás, a vitaminok szedése (ez feltehetően a kismamák, várandósok nagy száma miatt kerül is szóba), a diéta, stb. (3.3.2. táblázat). A táplálkozásra való fókuszálás sok esetben el is szívja a háziasszonyok erejét és energiáját más terület elől.

3.3.2 táblázat: A kérdezett szerint mit tesz egészsége érdekében, %
(N=a kérdésre érdemben válaszolók, „aki nagyon sokat/sokat tesz”)

mozgás, torna, sport	28,2
általában étkezés: odafigyelné az étkezésre, élelmiszerekre, táplálkozásra, főzésre, étrendre	22,4
gyümölcsfogyasztás	22,1
vitamin	21,8
dohányzásról való leszokás, nem dohányzom	20,6
zöldségfogyasztás	17,6
általános válasz: vigyázni magamra, odafigyelné magamra, stb.	17,1
gyógyszerek (rendszeres) szedése, kiváltása	12,4
általában diéta, elhízás elleni lépések	10,5
ivás, alkohol (keveset iszik, nem iszik alkoholt)	9,0
általában orvoshoz járás, vizsgálatokra való eljárás	6,4
szűrővizsgálatokra elmenni	5,6
egyéb konkrét táplálkozással kapcsolatos lépés	3,8
ha beteg vagyok, rosszul érzem magam, elmenni az orvoshoz	2,6
az orvosi utasítások betartása	2,1
séta, gyaloglás	1,7
pihenés	1,7
kevesebb idegeskedés, stressz	1,1
drog elhagyása	0,4
kevesebb édesség	0,3
biciklizés	0,2

Viszonylag kevesen hozzák szóba spontán módon a szűrővizsgálatokat. Ebből azt a következtetést vonnánk le, hogy a szűrővizsgálatokon való részvétel nem is annyira az aktív egészségmagatartás része, sokszor talán csak egy kötelezőnek tartott feladat kipipálását jelenti.

Tekintettel arra, hogy a dohányzás nagyon elterjedt a roma populáción belül, örültünk volna, ha nagyobb számban kerültek volna szóba a dohányzás csökkentéséről, visszaszorításáról szóló gyakorlatok is. Úgy tűnik, mintha a dohányzással kapcsolatban – például a táplálkozással szemben - immunisabbak, elfogadóbbak lennének a kérdezettek

A mélyinterjúk kutatás során is sokszor érintettük ezt a kérdéskört, s a válaszok alapján úgy tűnik, hogy a roma nők a dohányzás kérdését egyáltalán nem az alapján ítélik meg, hogy az egészséges vagy nem egészséges. Bár alapinformációk szintjén tudják, hogy egészségkárosító, de olyan sok jelentéstartalommal bír számukra a dohányzás, hogy ez a dimenzió csak a sokadik helyre kerül a dohányzás megítélésekor (még terhes korukban is sokszor maximum csak csökkentik a napi adagjukat). A mélyinterjúk kutatás során az interjúalanyok nagyon sokfajta motivációt és jelentéstartalmat rajzoltak meg a dohányzással kapcsolatban.

A dohányzás, mint általános viselkedési forma

A roma közösségekben nagyon sokan dohányoznak, ennek hagyománya van, s a fiatalok is nagyon hamar elkezdenek dohányozni (a dohányfüst a lakásokban teljesen beívódik a ruházatba, az ágyneműbe, stb.).

Függőségi viszony

Sok roma nő esetében kifejezett nikotinfüggésről beszélhetünk, a dohányzás lehetséges abbahagyásakor komoly elvonási tüneteket lehet körükben prognosztizálni. (Az interjúk során szóba kerültek olyan észrevételek is, hogy a passzív dohányzás elszenvedése következtében nem alakul-e már ki magzat- vagy később csecsemőkorban valamiféle függőségi viszony.)

Stimuláló szer

Sok esetben érzékelhető, hogy az idegességet, a feszültséget csak ezen a módon tudják levezetni a roma anyukák. Ilyen szituációk pedig szép számmal adódnak. Vannak, akik a leghétköznapibb esetekben is képesek magukat teljesen „felhúzni”, de ott vannak a mindennapokban a nagyon súlyos problémák is: pénzhiány, munkanélküliség, a sok gyerekkel való foglalkozás, a sok háztartási munka, stb.

A nők menekülési útja

Az otthoni, egész napos munka, főzés, stb. egyhangúságából (a férjek ezekből a feladatokból csak nagyon ritkán veszik ki a részüket) vagy éppen a munkahelyi munkavégzés monotonijából a cigarettázás, a dohányzással eltöltött idő tudja kiszakítani az embereket.

Csökkenti az éhségérzetet

Praktikus szempontjai is lehetnek a rágyújtásnak. A dohányzással sokan elérik azt, hogy kevesebbet egyenek, és sokáig éhgyomorral (a cigarettát

kávéval is kiegészítve) is kibírják a napot. Így az otthoni ételekből több jut a család többi tagjának, pl. a gyerekeknek.

Státuszsimbólum

A dohányzási lehetőség biztosítása sokak szemében azt jelenti, hogy a külvilág számára azt üzenhetik, hogy ők még egy szint felett vannak, megengedhetik ezt még maguknak, erre is futja.

Mindezen motivációk – amelyek mellé minden bizonnyal lehetne még találni továbbiakat – bemutatásával csak érzékeltetni akartuk, mennyi mindennek kellene megoldódnia, teljesülnie ahhoz, hogy egy dohányzó ember elindulhasson az egészségtudatosabb magatartás irányba. Hiába vannak meg éppen az ismeretek, a képességek, ha mindez nem párosul kellő motivációval és nem adottak hozzá a lehetőségek. Akkor nem valósulhat meg a dohányzásról való leszokás sem.

4. Egészségügyi információforrások (kommunikáció)

4.1. Kommunikációs csatornák

Az egészséggel, az egészséges életmóddal kapcsolatban nagyon sokféle információt gyűjthet be az ember, nagyon sokféle helyről. A felmérés során kíváncsiak voltunk arra is, hogy a roma nők, ha információkat szeretnének kapni arról, hogy hogyan lehetne egészségesen, egészségesebben élni, mit tesznek: hova fordulnak, milyen eszközöket vesznek igénybe. (Egyrészt arra kértük őket, mondják meg, melyik a legfontosabb kommunikációs csatorna a számukra, illetve összességében melyik a három legfontosabb.) Az információforrások tipizálásával talán meghatározhatók azok a

kommunikációs csatornák, amelyeken keresztül a roma populáció egészség témakörben a leghatékonyabban elérhető lenne.

A felmérésünk tanulsága szerint alapvetően kétfajta, tömegesebben igénybe vett, kommunikációs tér körvonalai rajzolódnak ki. Az egyik egy belső, a roma közösségen (a családon, az ismeretségi-baráti körökön) belül működő kommunikációs háló, a másik pedig egy alapvetően orvos-szakmai irányítás alatt működő kommunikációs tér.

A megkérdezettek nagy része a kommunikációs folyamatban vagy az orvosok (házi orvosok, szakorvosok) szerepét emeli ki vagy a közelükben élő családtagokat/barátokat/ismerősöket (4.1.1. táblázat).

A legfontosabb információs források listáján legelőször az orvosok szerepelnek (42%-nyian említik őket az első helyen, a legfontosabb három információs forrás listáján pedig 65%-nyian.) E szakmai közeg kiemelése véleményünk szerint egy megelőlegezett bizalom is, mert a mélyinterjúk tapasztalatai alapján úgy tűnik, hogy ez a szakmai kommunikációs csatorna sokszor csak formális jelleggel működik. Mint azt majd a későbbiekben láthatjuk, bár az ellátórendszerbe komoly egyenlőtlenségek vannak kódolva, azonban a roma nők közül sokan eljutnak orvoshoz, pl. házi orvoshoz, nőgyógyászhoz. A kapcsolatfelvételre azonban sokszor csak formális okból kerül sor, pl. táppénzes papírokat töltetnek ki (ez a közmunka program bevezetése óta egyre gyakoribb) vagy gyógyszereket iratnak fel. Érdeemi beszélgetésekre a betegségek okairól, a követendő gyógyulási protokollról vagy egészségtudatos magatartás-formákról csak ritkábban kerül sor. A beteginformálás gyengeségei különösen szakorvosi szinten érzékelhetők. Több olyan esetet is hallottunk, amikor a vizsgálat befejeződött, a leleteket kiadták, s a betegek semmifajta információt nem kaptak a vizsgálat eredményéről. Gyakran csak a falujukba visszamenve, a védőnővel vagy a

háziorvossal beszélve derült ki számukra pontosan, hogy mi volt a vizsgálat végeredménye.

Bár a roma közösségekben az orvosok elfogadottsága nagyon erőteljes, ezt az elfogadást elsősorban érzelmi és nem szakmai tényezők alapozzák meg. Az orvosokkal való kapcsolattartásban nagyfokú érzékenység jellemzi a roma nőket. S mindezzel még ráépül, hogy nagyon erőteljes félelmek vannak egyes orvosi kezelésekkal szemben (pl. fogászat, nőgyógyászat), amit meg kell próbálniuk legyőzniük. Ha a betegek úgy érzik, hogy az orvostól kellő odafigyelést, törődést kapnak, akkor az kialakíthat egy érzelmi kötődést bennük, s a betegek ettől az orvostól lényegében mindent – minden tanácsot, információt – el tudnak fogadni. Ha azonban ez nem alakul ki, akkor lehet, hogy ezek a roma nők az egészségügyi ellátó rendszerből hosszú időre kikerülnek: nem fognak más orvost keresni, nem fognak más orvoshoz elmenni.

Sok esetben pedig hiába alakul ki ez a kellő érzelmi bázis, sajnos az orvos-beteg viszonyban – az egészségügyet általában is jellemző problémák miatt: nagy a betegforgalom, kevés idő jut egy betegre – az információátadás nem mindig megfelelő hatékonysággal működik (nem is biztos, hogy mindig értik a betegek a kapott információt). Véleményünk szerint az orvosi kommunikációs tér ilyen nagymérvű kiemelése elsősorban az orvosok fontosságának, elfogadottságának szól, s nem a valóban megkapott, begyűjtött információk mennyiségének és minőségének. Nagyon jó volna, hogy ha ez a szakmai-orvosi kommunikációs forma a jövőben a jelenleginél hatékonyabban működhetne.

A másik, tömegesebben használt kommunikációs tér lényegében a roma közösségekben belül működik. Összességében a megkérdezettek 28%-a említette a családot, mint legfontosabb információforrást (mellettük 8%-

nyian pedig a barátokat, ismerősöket). Ha az első három helyen kiemelt információforrást nézzük, akkor a családot 67%-nyian említik. Ebben a vonatkozásban ez a legmagasabb érték. S akkor még nem beszéltünk arról, hogy az első három hely valamelyikén ott szerepelnek a barátok, ismerősök is, 42%-os említési aránnyal. (Jó volna, ha ezeket az eredményeket össze lehetne hasonlítani azzal, hogy egy nem-roma közösségen belül mennyien választanák ezeket a kommunikációs formákat, de sajnos ilyen jellegű adatok nem állnak rendelkezésünkre.)

4.1.1. táblázat: Kommunikációs csatornák egészség témakörben: A: a legfontosabb / B: a három legfontosabb között szerepel, %
(kerekített értékek)

korcsoport	18-29 évesek	30-55 évesek	55 évnél idősebbek	össz.
	A/B	A/B	A/B	A/B
szülő, családtag	32 / 76	24 / 62	28 / 66	28 / 67
orvos (házi orvos, szakorvos)	33 / 61	46 / 68	45 / 63	42 / 65
barát, ismerős	7 / 40	8 / 41	9 / 43	8 / 41
védőnő	5 / 36	4 / 25	0 / 14	4 / 28
tv, rádió	9 / 25	8 / 27	10 / 34	8 / 27
internet	11 / 21	5 / 13	0 / 1	6 / 14
újság, magazin	1 / 6	1 / 6	0 / 2	1 / 6
egyéb	0 / 0	1 / 3	0 / 0	1 / 1

Ez a belső kommunikációs forma gyakran generációs alapon működik. A többgenerációs családokon belül gyakran a legidősebb szülő, a nagymama szava a döntő, már csak az évek során felhalmozott tapasztalatok miatt is. (Ez a bázisa egyébként a csecsemő-, gyermekgondozással kapcsolatos különböző roma szokások, hiedelmek továbbélésének is.) Ebben a belső kommunikációs térben fontos szerephez jutnak a roma „véleményvezérek”, „hangadók” is, akiknek szavát ugyancsak sokan elfogadják. Mivel a családok gyakran összejárnak, a családtagok, a szomszédságbeliek sokszor

nagyobb társaságban vannak együtt, az információk egymás közt nagyon gyorsan tudnak terjedni. Ha egy fontos információ bekerül ebbe a kommunikációs térbe, akkor az, amennyiben releváns információról van szó, nagyon gyorsan végig tud futni a rendszeren.

Az információáramlás közösségi színtereként a munkahelyek is megjelenhetnek. Olyan helyeken dolgoznak együtt a roma asszonyok, ahol egyszerre többen, nagyobb számban is együtt vannak (pl. közmunka-programok), így meg tudják beszélni egymással a problémáikat, ki tudják cserélni a tapasztalataikat.

Ez a rendszer valamennyire zártan működik, az információk a rendszeren belül áramlanak (sok esetben olyan információk is, amelyek pl. orvos-szakmai szempontból nem is elfogadhatók). Értelmeszerűen a külsős információknak valahogy el kell érnie ezt a zártabb közösséget. Kívülről ebbe a belső, zárt láncba leginkább úgy lehet belépni, ha sikerül megtalálni azokat a „véleményvezéreket”, „nagyamákat”, akinek szavára sokan adnak, és sikerül bevonni őket a kommunikációs folyamatba. A helyi kommunikációs formák hatékony használatával kapcsolatban sok pozitív példát hallottunk az interjúk során (pl. roma mentorok, roma egészségőrök képzése és bevonása).

A kutatás tárgya miatt érdemes külön megnézni, hogy milyen adatokat kaptunk a védőnőkkel kapcsolatban, ők hol helyezkednek el ebben a kommunikációs rendszerben. Az adatok azt mutatják, hogy a fiatalabb korosztályon (18-29 évesek) belül fontos információs forrást jelentenek. Bár első helyen csak 5%-nyian említik őket meg, de az első három hely valamelyikén már 36%-nyian.

A mélyinterjúk tapasztalatai alapján azt mondhatjuk, a szakmai oldalról megjelenő védőnői tájékoztatások sokkal informatívabbak, mint pl. az orvosok részéről érkező tájékoztatások. Ennek sok oka van, a védőnő személyiségén túl a kommunikációs folyamatra pozitívan hat már az is, hogy itt nők beszélnek egymással, ösztönzőleg hat, hogy gyakran nem egy rendelőben találkoznak egymással, hanem az anyukák otthonában, akár több időt is tudnak ilyen kérdésekre szánni, stb. Ha a mélyinterjúk alapján nagyon röviden jellemezni akarnánk a szakmai jellegű egészség-informálás csatornáit, akkor a következőket állapíthatjuk meg:

- védőnői szint: a szolgáltatással érintett roma nőkkel való találkozás „tömeges” méretű, az egészséggel, betegséggel kapcsolatos információk áramlása intenzívebb, tartalmibb
- háziorvosi szint: a roma nőkkel való találkozások gyakoriak, a találkozások jellege azonban gyakran formális, az egészséggel kapcsolatos információk átadása is gyakran túl hivatalos
- szakorvosi szint (elsősorban nőgyógyászok): a roma nőkkel való találkozás ritkább, az egészséggel, betegséggel kapcsolatos információk átadása nagyon korlátozott, hiányos

Érdeemes még megemlíteni, hogy a fiatalok körében relatíve népszerű az internet is, mint „egészségügyi” információforrás. Első helyen a fiatalok körében kifejezetten sokan említették meg ezt a kommunikációs csatornát (11%), összességében pedig 21%-nyian választották. (Az internetet azért érdemes külön is megemlíteni, mert az internet esetében értelemszerűen meghatározó, hogy egyáltalán a családoknak van-e otthoni internetkapcsolatuk. Felmérésünk szerint a háztartások 31%-ában adott az otthoni internet, ennek fényében ez a 21%-os adat különösen impresszív. A fiatalok körében az internet-használaton belül nagyon erőteljes a Facebook használata.)

A hagyományos elektronikus és írott sajtó közül még az elektronikus sajtónak van szerepe az „egészségügyi” kommunikációban – elsősorban a televíziónak, s elsősorban az idősebbek körében – az írott sajtó jelentősebb nyomot nem tud hagyni. A vizsgált populáció tagjai újságot ritkán olvasnak.

4.2. A védőnő, mint információforrás

A védőnőkkel kapcsolatos fejezetben kezdetben csak azokkal a kérdezettekkel fogunk foglalkozni, ahol a családban van legalább egy maximum 7 éves korú gyermek. Azokkal tehát, akik jelenleg is testközelből figyelhetik meg a védőnők munkáját. (Ez viszonylag nagy válaszadói kört jelent, a vizsgált sokaság 47%-át teszi ki.)

Mielőtt a védőnők információs feladatait vizsgálnánk, érdemes röviden érintenünk a védőnők általánosabb feladatköreit. Felmérésünk szerint a megkérdezett roma nők körében szinte alapelvárásként jelentkezik, hogy a védőnők ne csak a magzatok/gyermekek egészségével, gondozásával foglalkozzanak, hanem lépjenek ezen tovább, s az anyák, kismamák egészségi állapotára is figyeljenek (életmódra vonatkozó tanácsadással, orvosi vizsgálatokkal kapcsolatos kérdésekre válaszolva, stb.). Összességében 77%-nyian vannak ezen a véleményen, s csak 17%-nyian azonosulnak a korlátozóbb, gyermekek primátusát megfogalmazó állítással. Bár a nővédelem/anyavédelem, mint védőnői feladatkör általában minden válaszadói csoportban nagy hangsúlyt kap, azonban megfigyelhető, hogy a kisebb településeken élők körében ezzel kapcsolatban az átlagosnál erőteljesebb igények fogalmazódnak meg. A nagyobb városokban valamivel kevésbé várják el a megkérdezett nők, hogy a védőnő az ő egészségükkel is komolyabban foglalkozzon (4.2.1. táblázat).

4.2.1. táblázat: Védőnői feladatkör megítélése település bontásban, %
(N=ahol a háztartásban van 0-7 éves gyermek)

település-nagyság	megye- székhely	20000- 150000	3000- 19999	3000- nél kisebb	össz.
a védőnőnek elsősorban a magzatok/a gyermekek egészségével, gondozásával, az ezzel kapcsolatos tanácsadással kell foglalkoznia	26,4	29,3	9,2	16,6	16,7
a védőnőnek ezen felül ugyanolyan fontos feladata az anyák egészségi állapotával való foglalkozás is	68,9	64,1	83,6	78,3	77,7
nem tudja, válaszhány	4,6	6,5	7,2	5,0	5,7
összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Mindezek az igények harmonizálnak azzal, amit a védőnők a hivatásukról maguk is gondolnak. A védőnők is egy komplex, átfogó jellegű feladatkörként definiálják munkakörüket. Bár a mélyinterjúk során olyan vélemények is elhangoztak, hogy néha talán már túl komplex is (pl. a méhnyakszűrési feladatkör tervezett bevezetése megosztja a védőnői társadalmat). De ha valami igazából problémát okoz a védőnők számára, az a komplexitásból is fakadó túlzott és gyakran feleslegesnek tartott adminisztráció. Úgy érzik, hogy az adminisztrációs terhek nagyon megnöttek, s elveszik az időt és a teret az érdemi munkavégzés, a családok látogatása előtt.

Vannak olyan vélemények is, hogy a feladatok, feladatkörök bővülése miatt eljuthatunk egy olyan állapothoz is, amikor már speciális felkészültségű és képzettségű védőnőkre lesz majd szükség, akik inkább egy-egy területre fókuszálnának majd. Például a védőnői méhnyakszűrés bevezetésével elképzelhető lenne egy nővédelmi, anyavédelmi feladatokat ellátó védőnő-

specialista, aki elsősorban ezekért a feladatokért felelne, akár több körzetben is (méhnyakszűrés, fogamzásgátlás, egyéb szűrővizsgálatok, stb.).

A feladatkörök folyamatos bővülése felvet olyan igényeket is, hogy a túlzott adminisztráció kezelésére védőnő-asszisztenseket lehetne alkalmazni, akik elsősorban az adminisztratív, szervezési munkákban vállalhatnának át feladatokat.

A védőnők alapfeladatukon túl tehát nagyon sokféle feladatkörrel foglalkoznak, kompetenciájuk sok mindenre kiterjed. Ezek között megjelennek a különböző információs, tájékoztatási kötelezettségek is. Ezeket a tájékoztatási lehetőségeket maguk a megkérdezett roma nők is nagyon fontosnak tartják. Bármelyik területet is nézzük (szociális kérdések, szűrővizsgálatok, egészséges életmód, egészségvédelmi programok), a válaszadók kb. 80-90%-a tartja egy négyfokú skála alapján nagyon fontosnak a védőnők tájékoztatását (4.2.2. táblázat).

A védőnők tájékoztatási kötelezettségét nagyon eltérően ítélik meg azonban a különböző nagyságú településeken élők. A kisebb vagy közepes nagyságú településeken élők „nagyon fontosnak” tartják ezt a fajta információs forrást, a nagyobb városokban élők már kevésbé, itt kb. 50-60%-nyian tartják ezt nagyon fontos védőnői feladatkörnek.

Az adatok azt mutatják, hogy ezek a gyakorlatban is működnek, legalább az információátadás szintjén. A megkérdezettek 70-80%-a számolt be arról, hogy a vizsgált területeken kapott a védőnőtől segítséget, információkat. Itt már kevésbé jelentkeznek különbségek a vizsgált településtípusok vonatkozásában. Az adatok egybeesése arra utal, hogy a

védőnők többé-kevésbé hasonló mértékben teljesítik ezt a fajta kötelezettségüket.

4.2.2. táblázat: Védőnői tájékoztatás: A: Mennyire fontos, hogy egy védőnő tájékoztatást adjon az édesanyáknak? / B: A gyermekgondozáson túl adott-e a információkat a védőnő, %

(kerekített értékek, N=ahol a háztartásban van 0-7 éves gyermek)

település-nagyság	me- gye- szék- hely A/B	20000- 150000 A/B	3000- 19999 A/B	3000- nél kisebb A/B	össz. A/B
családtámogatási lehetőségek: szociális juttatások/ támogatások/ segélyek, pl. GYES, GYED	65/74	68/79	93/82	89/91	86/87
a felnőtteket érintő szűrővizsgálatok	50/79	48/79	89/80	88/80	82/79
a nők egészsége, miképpen lehetne egészségesebben élni	46/68	56/66	88/73	84/77	80/75
egészségfejlesztési, egészségvédelmi programok (pl. baba- mama klub, szülésre való felkészítő foglalkozás, stb.)	47/51	56/69	89/70	82/73	79/70

Ha összevetjük, milyen elvárásokat fogalmaznak meg a tájékoztatással kapcsolatban a kérdezettek, s ezek a gyakorlatban mennyiben valósulnak meg, akkor azt mondhatjuk, hogy a kisebb településeken a két szint szinkronban van egymással, sőt egy árnyalatnyi hiányérzetet tapasztalunk, az igényeket nem minden esetben elégítik ki a védőnők. A nagyobb városokban pont egy ellenkező tendenciát figyelhetünk meg, itt a védőnők tulajdonképpen túlteljesítenek, mert nagyobb számban teljesítik kötelezettségeiket, mint amennyire igényt tartanának rá. Ez különösen a szűrővizsgálatok elvégzésére való felhívásokkal kapcsolatban figyelhető

meg. A védőnők az előírásoknak megfelelően tájékoztatják a lakosságot, miközben ezt a megkérdezettek annyira nem várnák el.

Ha a védőnői feladatok, feladatkörök értékelését területi alapon vizsgáljuk, egyértelműen megfigyelhető, hogy más-más védőnői szerepkört, segítséget, információkat várnak el a kisebb településeken élők illetve a nagyobb városok lakói (Miskolc, Ózd, Kazincbarcika). A kisebb településeken sokkal erőteljesebb az igény arra, hogy védőnő feladata lényegében mindenre kiterjedjen. Az interjúk során nagyon sok személyes eset, történet merült fel: ha szükséges, segítenek a segélykérő űrlapok kitöltésében vagy akár maguk töltik ki, ha éppen a tanácsadónál járnak az anyukák és beugornak, megméri a súlyukat, stb. A nagyobb városokban nem ilyen „multifunkcionális” védőnőt várnak el az anyukák, ők gyakran inkább csak az alapfeladatok ellátását igénylik.

Az elvárások ilyen nagyfokú eltérése egyértelműen arra utal, hogy a kisebb településeken a védőnők egy jelentős űrt töltenek be. Részben azért, mert a települések intézményesen kevésbé lefedettek (korlátozottabb hivatali elérhetőségek állnak rendelkezésre, az ellátórendszerben nagyobb hiányosságok vannak, nincsenek vagy ritkábbak a hivatalos személyes kapcsolatok, stb.). De szerepet játszik ebben az is, hogy a legtöbb kérdésben a kisebb, elzártabb településeken élők kérdezettek információs bázisa is alacsonyabb és inkább szorulnak segítségre.

Feltűnő, hogy bár a védőnő alapvetően a gyermekek és az édesanyák egészségi állapotát kell hogy felügyelje, mégis legtöbbször a szociális, családtámogatási kérdésekben való tájékoztatás fontosságát emelik ki, s összességében csak másodlagos helyen jelentkeznek az egészségneveléssel, egészséges életmóddal, stb. kapcsolatos tájékoztatások. Ez azt is jelenti, hogy a kisebb településeken sokat

segíthetne a védőnők egészség-szakmai munkájában, ha ezeken a területeken több intézményi támogatást, segítséget kaphatnának az ebben a kérdésben illetékes hatóságoktól, társszervezetektől (szociális dolgozóktól, önkormányzati dolgozóktól, családsegítőktől, stb.)

Fontos megjegyeznünk, hogy mindezek az információs adatok csak mennyiségi jellegű indikátorok, csak azt jelzik, hogy milyen esetekben kerül sor az információk átadására. Az már egy másik kérdés, hogy befogadói oldalon mennyire nyitottak mindezen információk befogadására és minden esetben megértik-e a kapott információkat, azokat be tudják-e építeni a mindennapokba.

Védőnői oldalon vannak ezzel kapcsolatban kételyek illetve negatív tapasztalatok. A védőnők sokszor úgy érzik, hogy nehezen tudják áttörni azokat a „falakat”, amelyek az eltérő kulturális szokásokból illetve eltérő szocializációs folyamatokból fakadnak. Ahhoz, hogy ezek az információk valóban célba érjenek és hassanak, ahhoz nagyfokú türelemre, empátiára és elfogadókészségre van szükség a részükről. A védőnők körében készült interjúk alapján a kapcsolattartás során a következőkre érdemes figyelni, ha az információkat hatékonyan szeretnénk átadni:

Differenciált kommunikáció

A személyes találkozó során határozott fellépésre és kommunikációra van szükség, de ugyanakkor tekintettel kell lenni arra, hogy a befogadói oldal érzékenyebben is reagálhat az elhangzottakra. Vannak olyan helyzetek, amikor a keményebb, „hatósági” jellegű fellépés az üdvözítőbb, működőképesebb kommunikációs forma, de alapvetően meg kell próbálni egy bizalmi, partneri viszonyt kialakítani.

Fogalom-használat

A kommunikáció során mindenképpen egyszerű, az adott roma környezetben működő fogalmak, magyarázatok használata a célszerű, azon a szinten kell kommunikálni, ami mindenképpen megadja az esélyt, hogy az információk átmenjenek és feldolgozásra kerüljenek.

Tolerancia, elfogadókészség

Mindenképpen meg kell próbálni tolerálni és elfogadni pl. azokat a csecsemőgondozási vagy gyereknevelési szokásokat, amelyek a roma kultúrából származnak és hatnak, amennyiben azoknak érdemi egészségkárosító hatása nincsen.

Személyes példák bemutatása

A kommunikáció ne csak „elméleti” szinten működjön, fontos, hogy konkrét, személyes példák is szóba kerüljenek: mások mindezt hogyan csinálják, mi történt X.Y-al ezzel kapcsolatban, stb. A roma közösségekben a személyes példák bemutatásának nagyon fontos orientáló szerepe van. Mind a pozitív példák – pl. X.Y terhessége alatt milyen szépen megcsináltatta a fogait –, mind a negatív példák – pl. milyen kiütéseket okozott a tehéntej fogyasztása a kisbabánál –, nagyon erősen tudnak hatni.

A családban élő „véleményvezérek” bevonása

Az információk átadásában és a meggyőzésben sokat segíthet, ha a családban irányadónak tekinthető „véleményvezér”, pl. a nagymama véleménye egybeesik a védőnő tanácsával. A „véleményvezérek” bevonása segíthet az információ-áramlásban és a verifikációban. (Ugyanakkor

előfordulhat, hogy „véleményvezérek” bevonása adott esetben konfliktusokat is szülhet, mert pl. az adott nagymama véleménye éppen nem esik egybe a védőnő tanácsadásával.)

Segédanyagok használata

Fontos az információk átadásakor, hogy a védőnők különböző segédanyagokat használjanak, amiket ott is tudnak hagyni a családoknál. Fontosnak tűnik, hogy ezek a segédanyagok képi elemeket (is) használjanak. Vizuálisan sokszor jobban átmennek és rögzülnek az információk, mint ha ugyanazt szövegesen, írásban kapja meg az ember.

4.3. Egészségfejlesztési és egészségvédelmi programok

Az egyértelműen látható, hogy a védőnői tájékoztatások – minden jó szándék, és odafigyelés ellenére – önmagukban kevesek ahhoz, hogy egy mélyszegénységben élő, nagyon alacsony iskolázottságú réteg egészségtudatosságát, egészségmagatartását megváltoztassa, hiszen sok esetben már az alapok (készségek, információk) is hiányoznak.

Ennél jóval többre van szükség. Ezt a pluszt a különböző egészségfejlesztési és egészségvédelmi programok jelenthetik, amelyek egy részében maguk a védőnők is közvetlenül érintettek (baba-mama klubok, baba-masszázs foglalkozások, egészségklubok, anyatejes napok, iskolai védőnői órák, stb.), hiszen feladatkörük része. De nagyon sok más programban is részt vesznek, akár tanácsadóként, akár csak szervezőként (pl. egészségnapok, véradó napok, stb. alkalmával).

E programok célcsoportját értelemszerűen a már felnőtt, gyerekes nők alkotják, akik már kiléptek az oktatási intézményrendszerből. Mégis egy szó erejéig érdemes még az iskolai képzéseknél megállni, hiszen a(z iskolai) védőnők az iskolákban is jelen vannak. Nagyon fontos volna, hogy már az iskolában ezek az egészségfejlesztési és egészségvédelmi programok valamilyen pre-formában elindulhassanak. Itt is talán több kellene, mint a védőnők által megtartott tematikus órák, amelyek a védőnők erőfeszítései ellenére is gyakran formális jellegűek. Mivel az általános iskolát befejezve a lányok egy része 1-2 év múltán véglegesen elhagyja az oktatási rendszert, az általános iskola 7-8. osztályában lehetne intenzívebb formában foglalkozásokat tartani, olyan alapvető témakörökben, mint pl. gyerekvállalás, gyerekgondozás, háztartás-vezetés, pénzkezelési szokások, stb.. Vannak ebben a tekintetben pozitív példák, gondolunk itt például a védőnők által szervezett iskolai szakkörökre vagy tanfolyamokra. Ezt a vonalat kellene valamilyen formában tovább erősíteni. Meg kellene próbálni az általános iskolai képzésbe jobban beépíteni ezeknek a praktikus ismereteknek az átadását (háztartástan, főzési ismeretek, csecsemőgondozás, stb.), s úgy, hogy ezekkel a fontos témákkal ne csak egy-egy órán át foglalkozhassanak a gyerekek. E foglalkozások megtartásához meg kellene próbálni különböző szakembereket bevonni, akik között a védőnők is természetesen megjelenhetnek. Fontos volna egy olyan képzési tematika, tanmenet kidolgozása óravázlatokkal, oktatási segédanyagokkal, amelyeket állandó jelleggel lehetne használni az iskolán belüli képzés során.

De ezek a tematikus képzések az idősebbek körében is nagyon fontosak (akár elindulhatna egy „Nők iskolája” vagy egy „Felnőttek iskolája”). Mint említettük ma már nagyon sok egészségfejlesztéssel, egészségvédelemmel kapcsolatos program, kezdeményezés működik a térségben. A programokat különböző pályázati pénzekből próbálják a szervezők működtetni, vannak,

amelyek alapítványi támogatásból működnek, de vannak, amelyeket valamilyen nagyobb gazdasági cég szponzorál. A szervezői, lebonyolítói oldalon is sokszínű a kép: megjelennek különböző civil szervezetek, alapítványok, a Máltai Szeretetszolgálat, a Vöröskereszt, stb., s természetesen maguk a védőnők is.

E programok működése, működtetése kapcsán nagyon vegyesek a tapasztalatok: vannak nagyon sikeres programok, vannak kevésbé, vannak, amelyeken tömegesen részt vesz a helyi (roma) lakosság, vannak, amelyekre ígéreteik ellenére sem mennek el az anyukák. Az alábbiakban megpróbáljuk összefoglalni az interjúk alapján, hogy az ilyen típusú programok szervezése kapcsán mi garantálhatná azt, hogy ezek valóban sikeresek legyenek.

Programszervezési „kiskaté”:

A szervezés, meggyőzés perszonalizáltsága

Önmagában az, hogy egy programot, egy eseményt pl. kiplakátolnak egy településen, az a roma populációt nem éri el: nem is biztos, hogy látják, vagy ha igen, akkor nem olvassák el ezeket az üzeneteket. Ahhoz, hogy egy program sikeres legyen, mindenképpen szükséges a személyes kontaktálás és meggyőzés (a program részleteinek ismertetése, miért fontos az ezen való részvétel, milyen kézzel fogható eredményei, következményei vannak/lesznek, ha ezen az emberek részt vesznek).

Roma közvetítők, „véleményvezérek”, mentorok bevonása

A szervezés és a meggyőzés folyamatában elengedhetetlennek tűnik, hogy a szervezés ne „felülről” történjen. Meg kell találni és be kell vonni a

szervezés folyamatába azokat az aktívabb, elfogadottabb személyiségeket a roma közösségekben, akikre valamiért jobban hallgatnak a többiek. Ha ők toboroznak ezekre a programokra – azzal is kiegészítve, hogy ők is el fognak menni -, az sokkal motiválóbb hatású lesz.

Csoportos szervezés, részvétel

A szervezés során az is fontos lehet, hogy egyszerre többeket próbáljanak meg (pl. a családban, a szomszédságban) rávenni a részvételre. Az emberek szívesebben vesznek részt a programokon, ha nem egyedül jönnek, hanem barátokkal, rokonokkal.

Időbeli faktor: elegendő felkészülési idő biztosítása

Ez nemcsak az egészségvédelmi programok szervezéséhez kapcsolódik, hanem mindenféle program szervezéséhez, hogy hagyjanak elegendő időt a felkészüléshez, a tervezéshez, pl. ne egy nappal a program előtt próbáljanak meg résztvevőket rekrutálni.

Minél közelebbi helyszín választása

Kulcsfontosságú a helyszín is, hiszen a programoktól való távolmaradásra, illetve a programokról való lemorzsolódásra a nehézkes eljutás, a sok utazás, stb. erőteljesen hathat, még akkor is, ha megvan az esetleges érdeklődés. Például, ha egy programot a település középpontjában szerveznek meg, akkor jóval kisebb az esélye annak, hogy a központtól 2 km-re eső roma telepről vállalni fogják az emberek, hogy bemenjenek, beutazzanak. Mindenképpen jó volna, hogy ha ki lehetne alakítani egy olyan helyet a roma közösségek, telepek közelében (pl. egy üresen álló ház

felújításával, átalakításával), ami ezt a távolsági problémát megoldhatja, s amit az itt élő emberek a magukénak is érezhetnek.

Gyerekekre vigyázás

Ez is gyakran hallott indok, hogy a roma anyukák időhiány miatt nem tudnak elmenni a programokra. Nem tudnak mit kezdeni az otthon maradó gyerekekkel, nem tudják kire hagyni őket. Erre is ki kellene találni valamilyen megoldást. Nagyobb egészségnapok szervezésekor a nagyobb apparátusoknak köszönhetően ez talán könnyebben megoldható pl. játszóházak, gyermekmegőrzők szervezésével, animátorok bevonásával, így az anyukák a gyerekeiket is elhozhatják nyugodtan. Kisebb foglalkozások esetében is ezt fontos volna megteremteni (pl. a Biztos Kezdet Házzal karöltve, ahol a ház meg tudja oldani a gyerekek időleges elhelyezését, felügyeletét).

Munkahely támogatása

Amennyiben az anyukák dolgoznak (pl. közmunka-programban), s a program munkaidőben menne, akkor sokat segíthetne a munkáltató segítsége (pl. szabadnap biztosítása).

Anyagi motiválás

Egy szervezett program nem lehet sikeres, ha abba nem épül bele valamilyen anyagi kompenzáció vagy ajándékozás. A résztvevőknek érezniük kell, hogy a programon való részvételt valamilyen formában honorálják a szervezők (ennek inkább szimbolikus jelentőséggel kell bírnia, nem effektíve az érték számít, elegendő lehet valamilyen élelmiszer vagy tisztítószer, stb. átadása is).

Közvetlen, interaktív jelleg

Nem szerencsés, ha ezek a foglalkozások egy formalizált, unalmasnak tartott előadás formájában valósulnak meg (ez a folyamatos részvételt nem fogja biztosítani). Meg kell próbálni a foglalkozásokat élményalapúvá tenni, interaktívvá tenni, bevonni a résztvevőket, ők is megszólalhassanak, tevékenykedhessenek (pl. az egészséges életmód bemutatása megtörténhet oly módon, hogy a résztvevők együtt, közösen főznek vagy főzőversenyt rendeznek – erről sok jó példát hallottunk -, s nem direktben történik meg az egészséges táplálkozás bemutatása).

Személyes tapasztalatok bemutatása

Nagyon fontos volna, hogy előadói oldalon is megjelenhessenek olyan személyek, akik ugyancsak a roma közösségből érkeznek, vagy akiket jól ismernek a helyben élők. Az előadások tematikájának elfogadását és gyakorlatba való átültetését sokkal jobban segítheti, ha a résztvevők konkrét, személyes példákat, eseteket ismerhetnek meg (pl. egy méhnyakszűrőssel kapcsolatos előadásra hívjanak meg olyan, helyben ismert roma asszonyt is – természetesen, ha vállal ilyen jellegű szereplést -, aki átesett már ilyen betegségen, s testközelből lehet megismerni az ő személyes tapasztalatait). A személyes tapasztalatok átadásának egy formája lehet, ha az adott témában elmondhatnák az idősebb roma nők is személyes élményeiket, tapasztalataikat, a múltban ezek hogyan voltak, ebből mit érdemes megtartani vagy elvetni, stb.

Rendszeresség

Mindenképpen fontos – amennyire ez anyagilag megoldható -, hogy a programok előadásai, foglalkozásai rendszeres jelleggel fussanak. Ne ad-

hoc-szerűen legyenek szervezve, hanem legyenek állandó időpontok (ha havi rendszerességű programról van szó, akkor az menjen pl. minden hónap első péntekjén, ha éves rendszerességű, akkor tartsák meg minden évben, stb.).

Hosszútávúság

Ha már fut egy program, meg kell próbálni, hogy az hosszútávú, több éven át futó, monitorozott, hatástanulmányokkal is alátámasztott program legyen. A jelenlegi programok, bármennyire is sikeresek, ha csak rövid távra szólnak, nem fognak érdemi hatást kiváltani. Ez természetesen anyagi kérdés is. Mivel ezek a programok jelenleg elsősorban pályázati forrásból működnek, s a pályázatok határideje nem szokott túl hosszú lenni, mindenképpen fontos volna a hosszútávú finanszírozásban a fokozottabb állami szerepvállalás.

A résztvevők homogén összetétele

Sokan mondják azt, hogy érdemes „tisztá” csoportokat képezni a programon résztvevők körében, s itt a választóvonalat nem is mindig a romák és a nem romák között kell meghúzni. A roma társadalmon belül is jelentkező differenciáltság miatt nem biztos, hogy szívesen vannak együtt pl. a beás romák a nem beásokkal, a magukat gazdagabbnak tartó romák a szegényebbekkel, stb.. Vannak azonban olyan vélemények is, hogy egymás elfogadásának csak az lehet az útja, hogy ha együtt vannak ezek az emberek, pl. együtt főznek, hogy kölcsönösen megismerhessék és elfogadhassák egymást.

5. Egészségi állapot

A magyar lakosság egészségi állapota sokkal rosszabb annál, mint az a hasonló fejlettségű országokban tapasztaltak alapján elvárható lenne. Az egészségi állapot bemutatására a felmérésben több mutató is felvételre került, amely segít roma nők egészségi állapotát értékelni.

A fejezetben bemutatott első mutató a vélt egészség, amely az egyének önértékelésén alapul, vagyis azon, hogy milyen a véleményük a saját egészségi állapotukról. Nem függ össze szorosan a tényleges, orvosilag igazolt diagnózissal, megítélését befolyásolja az egyén társadalmi, gazdasági, kulturális helyzete (pl. iskolai végzettsége, foglalkozása, jövedelme, lakóhelye stb.), ugyanakkor bizonyított, hogy a valós egészségi állapot jó indikátora, ezért a nemzetközi gyakorlatban a kérdés elfogadott és rendszeresen alkalmazott eszköze a lakosság egészségi állapotára vonatkozó vizsgálatokban.

Továbbá az egészségi állapot abszolút jelzője a meglévő egészségügyi probléma, vagy betegség, illetve, hogy ezek a problémák korlátozzák-e az egyént valamilyen mértékben a mindennapi tevékenysége során.

A mentális egészség megismerése pedig elengedhetetlen ahhoz, hogy felmérjük az egyén egészségi állapotát, mert napjainkban ugyanolyan fontos a lelki egészség, mint a testi.

A testtömegre vonatkozó paraméterek pedig tovább segítenek árnyalni a képet, hiszen az esetleges alultápláltság vagy a túlsúly és az elhízás számos betegség okozói lehetnek, így mindenképpen fontos megtudni, hogy a vizsgált populáció milyen testtömeg index (BMI) kategóriákba sorolható be.

5.1. Vélte egészség

A felmérés eredményei alapján a Borsod-Abaúj-Zemplén megyében élő roma nők kicsivel több, mint a fele, azaz 55%-ka gondolja úgy, hogy jó vagy nagyon jó az egészségi állapota. Az Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014-es (ELEF2014)⁵ adatai alapján, a nők 58%-ka véli jónak vagy nagyon jónak az egészséget, ez alapján lényeges különbség nem írható le a teljes populáció és vizsgált megyében élők között, és ez a nem jelentős különbség talán azt sejteti, hogy roma származás nem befolyásolja nagymértékben ennek a szubjektív egészségészlelési, közérzetbeli mutatónak az értékét.

A korcsoportokat összehasonlítva az tapasztalhatjuk, hogy a fiatal korosztályban sokkal magasabb ez az arány, vagyis a fiatalok 83%-ka véli jónak vagy nagyon jónak az egészségi állapotát, míg ez az arány a legidősebb korosztályban csupán 11%, ami arra enged következtetni, hogy az életkor viszont nagyban befolyásolja ennek a mutatónak az értékét.

Területi különbségeket vizsgálva azonban nem láthatunk különbséget, így elmondhatjuk, hogy az illető lakhelyének típusa összességében nincs, vagy ugyanolyan hatása van a vélt egészségi állapotra (5.1.1. táblázat).

5.1.1. táblázat: Az egészségi állapotát jónak vagy nagyon jónak vélők aránya, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		66,0	45,0	26,0	50,3
20000-150000		83,0	41,0	14,0	50,3
3000-19999		76,0	50,0	12,0	53,2
3000-nél kisebb		89,0	44,0	8,0	50,3
összesen		83,0	45,4	11,1	54,8

⁵ Statisztikai Tükör-2015. április 30.-ELEF2014 gyorsjelentés- Központi Statisztikai Hivatal

5.2. Korlátozottság

A vizsgált megyében élő roma nők 25%-ának van valamilyen tartós betegsége, vagy egészségproblémája. A településtípusokat vizsgálva nincs jelentős különbség a krónikus betegségben szenvedők arányában, a legmagasabb gyakoriság a kisközségekben tapasztalható 27%-kal. A korcsoportokat vizsgálva azonban az életkor növekedésével egyre emelkedik a valamilyen betegséggel, vagy egészségi problémával küzdők aránya. A legfiatalabb korcsoportban 6%, míg a legidősebb korcsoportban pedig 73% ez az arány. (5.2.1. táblázat)

5.2.1. táblázat: Azok aránya, akiknek van valamilyen krónikus betegsége, vagy olyan egészségi problémája, amely 6 hónapja tart és előreláthatólag 6 hónapig tartani fog, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		6,0	25,0	50,0	21,0
20000-150000		9,8	36,1	66,7	22,4
3000-19999		5,0	24,0	70,0	20,2
3000-nél kisebb		6,0	27,3	79,2	27,2
összesen		6,0	26,9	73,1	24,8

Azonban a bevallott egészségi probléma, vagy betegség nem minden esetben korlátozza az egyént, a megyében élő roma nők 23%-át korlátozza vagy súlyosan korlátozza betegsége, egészségi problémája. A korlátozottak aránya szintén nő a kor előrehaladtával, a legfiatalabb korcsoportban 6%, a legidősebb korcsoportban 65% ez az arány. A településtípusokat vizsgálva azonban ebben az esetben sincs jelentős eltérés, a legmagasabb arány szintén a kisközségekben figyelhető meg 25%-os gyakorisággal. (5.2.2. táblázat)

5.2.2. táblázat: Azok aránya, akiket a krónikus betegsége vagy egészségi problémája korlátozza, vagy súlyosan korlátozza, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		5,0	21,0	58,0	19,3
20000-150000		6,0	30,0	52,0	20,9
3000-19999		8,0	23,0	70,0	18,0
3000-nél kisebb		6,0	24,0	66,0	24,5
összesen		6,4	23,9	65,1	22,5

5.3. Mentális egészség

A magyar társadalomnak csak egy kisebb hányada éli át a szorongásos zavarok, vagy hangulatzavarok olyan súlyos fokát, hogy az már klinikai értelemben betegségnek tekinthető. A kutatások azonban arra utalnak, hogy a szubklinikai mértékű depresszív állapot következményei számos szempontból szintén veszélyesek lehetnek.

Már az enyhe mértékű depressziós tünet együttese is a mindennapi életvezetést és életminőség érzését hátrányosan befolyásolhatja, előrejelzője lehet a klinikai depresszióknak és a kardiovaszkuláris megbetegedéseknek, valamint növeli az önkárosító magatartásformák kockázatát.

A mentális egészség felmérésére használt kérdésünk alapján, amely arra irányul, hogy a kérdezett érezte-e magát az elmúlt 2 hétben szomorúnak, lehangoltnak, reménytelennek, a megyében élő roma nők 25%-ka érezte magát így az elmúlt időszak legalább felében.

Korcsoportokat vizsgálva, az életkor előrehaladtával nő azok aránya, akiknek ilyen érzéseik vannak, a legidősebb korcsoportban 45%, míg a

legfiatalabban 10% ez az arány. Településtípusokat tekintve pedig a községekben élőkre jellemző legnagyobb arányban, azaz 27%-uk mondta azt, hogy szomorúak és lehangoltak voltak az elmúlt 2 hét legalább felében (5.3.1. táblázat)

Azok közül, aki lehangoltnak, vagy szomorúnak érezték magukat, 15%-uk az elmúlt egy évben járt pszichológusnál vagy pszichiáternél, tehát olyan mélységűnek élték meg a lelki problémáikat, hogy úgy érezték szakemberhez kell fordulniuk.

A mélyinterjúk tapasztalatai is alátámasztják, hogy a vizsgált körben a mentális problémák erőteljesesek. A valós egzisztenciális, anyagi, környezeti, stb. problémákat az érintettek sokszor nehezen élik meg. A problémák túlnőnek rajtuk, s gyakran nem is tudnak hatékony megoldást találni rájuk. A problémákat lelkileg nehezen dolgozzák fel, a problémamegoldásban gyakran másoktól várják a segítséget. Bár pontos statisztika nem áll a rendelkezésünkre, de az orvosi vényre felírt pszichikai jellegű, kedélyjavító gyógyszerek szedése (Frontin, Rivotril, stb.) elég intenzívnek tűnik, s e gyógyszerek szedése bizonyos körökben már túlmegy az egészséges gyógyszerhasználat mértékén, eléri a kábítószerhasználat szintjét.

5.3.1. táblázat: Azok aránya, akik az elmúlt 2 hét több mint a felében, vagy majdnem minden nap szomorúnak vagy lehangoltnak, vagy reménytelennek érezte magát, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		9,0	29,0	44,0	23,6
20000-150000		10,0	26,0	48,0	21,6
3000-19999		9,0	27,0	50,0	15,5
3000-nél kisebb		10,0	32,0	42,0	27,1
összesen		9,6	30,0	44,7	24,4

5.4. Túlsúly/Elhízás

Az elhízás a XXI. század egyik legnagyobb népegészségügyi problémája. 1980 óta megháromszorozódott gyakorisága a WHO Európai Régiójában, és az érintettek száma továbbra is meredeken emelkedik⁶. A túlsúly és az elhízás, a magyar felnőtt lakosság egészségveszteségének 14%-áért (656 Mrd Ft) tehető felelőssé. A túlsúly és az elhízás főként a keringési rendszer betegségeiben játszik szerepet, azonban közel azonos arányban a cukorbetegség, a daganatos megbetegedések és a mozgásszervi panaszok okozta megbetegedésekkel is kapcsolatba hozható⁷.

Mivel bizonyítottan több betegség kialakulásnak is rizikófaktor, ezért ennek a mutatónak az ismerete segíthet árnyalni a roma nők egészségi állapotáról festett képet.

Borsod-Abaúj-Zemplén megyében élő roma nők 53%-ka túlsúlyos vagy elhízott, 4%-uk pedig alultáplált. A korcsoportok közötti különbségeket vizsgálva az életkor növekedésével nő a túlsúlyosak és elhízottak aránya, az alultápláltságot nézve pedig a legfiatalabb korcsoportban legmagasabb az arányuk (7. melléklet).

Az ELEF2014 eredményeivel összehasonlítva, miszerint a felnőtt nők 55%-ka túlsúlyos vagy elhízott, a roma nők körében jelentkező 53%-os érték nem mutat érdemi különbséget az országos adatokhoz képest³.

Az elhízás egyik legfőbb oka az egészségtelen táplálkozás és nem elegendő fizikai aktivitás. Ha ebből a szempontból vizsgáljuk meg a túlsúlyosak és elhízottak arányát, akkor azt tapasztalhatjuk, hogy a roma nők esetében BMI

⁶ WHO/Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity>; Elérve: 2017.03.17.

⁷ Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet: Egészségjelenet2015

kategóriák alapján a táplálkozási szokásokban és a fizikai aktivitás gyakoriságában nincs jelenetős eltérés. Azonban a felmérés korlátjának tekinthető, hogy a táplálkozás kapcsán csak a rendszerességre kérdezett rá, az adagok mennyisége és minőségére nem terjedt ki a kérdezés, ezért további vizsgálatokra van szükség a túlsúly és az elhízás tényleges okainak megállapításához (5.4.1. táblázat).

5.4.1. táblázat: Az egyes BMI kategóriákba tartozók mekkora hányadára jellemzők a következők, %

	alultáplált	normál	túlsúlyos/ elhízott
naponta zöldség és vagy gyümölcs-fogyasztás	38,1	45,2	43,3
naponta cukros üdítő fogyasztás	33,0	44,0	41,0
naponta húsfogyasztás	55,5	38,0	39,2
heti legalább 3 alkalommal testmozgás	13,0	13,3	13,8

6. Kockázati egészségmagatartás

A legnagyobb halálozási súllyal bíró betegségek, mint a daganatos vagy a keringési rendszer betegségei mögött, az egyének egészségmagatartása áll, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás, nem megfelelő táplálkozás, vagy nem elegendő fizikai aktivitás. 2015-ben Magyarországon a kockázati tényezőkkel magyarázható hazai egészségveszteség túlnyomó többsége (közel 80%) összefügg a viselkedéssel².

6.1. Dohányzás

A dohányzás világszerte a leginkább megelőzhető haláloknak számít, ennek ellenére évente közel 6 millió ember haláláért felelős világszerte és több

mint 500 milliárd dollár értékű gazdasági kárt okoz.^{8,9} A dohányzók 50%-a idő előtt, a nemdohányzókhoz képest átlagosan 14 évvel korábban halnak meg.

A dohányzás Magyarországon súlyos népegészségügyi és nemzetgazdasági problémát jelent. Dohányzás következtében 2015-ben 22.496 ember halt meg, és több mint 500 ezer egészségben eltöltött életévet veszítettünk el.

A dohányzás okozta halálozásban is az európaihoz hasonló trend figyelhető meg, azaz míg a férfiak esetében csökken a halálozások száma, a nőknél nincs számottevő változás. A dohányzás okozta gazdasági terhekre többféle becslés is készült, amelyek alapján a dohányzás okozta hazai veszteség 2010-ben 450 -1000 milliárd Ft közé esett.

A vizsgált megyében élő roma nők 60%-ka dohányzik jelenleg, 7%-uk már abbahagyta, 33%-uk pedig soha nem dohányzott (6.1.1. táblázat). A jelenleg dohányzók aránya korcsoportonként és településtípusonként nem mutat jelentős eltérést, kivéve a megyeszékhelyet, mert ott korcsoportonként jelentős eltérés tapasztalható, a legfiatalabb korosztályban 49%, az idősebb korosztályokban 69% és 68% a jelenleg dohányzók aránya (8. melléklet).

Az ELEF2014 eredményeihez képest jelentős eltérést mutatnak adataink. Országos szinten a nők kevesebb, mint negyede dohányzik jelenleg, míg a roma nők 60%-a gyújt rá rendszeresen.

⁸Forrás: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

⁹ WHO Report on the Global Tobacco Epidemic; 2013; WHO; Forrás: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1 (elérhető: 2017.01.27.)

6.1.1. táblázat: Jelenleg dohányzók aránya, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		49,0	69,0	68,0	61,9
20000-150000		59,2	59,0	48,0	58,9
3000-19999		56,6	64,6	48,0	62,3
3000-nél kisebb		65,0	58,0	58,0	63,8
összesen		60,9	60,9	55,6	60,3

A passzív dohányzás hatásairól jelenleg is sokan gondolják úgy, hogy közel sem olyan súlyosak, mint az aktív dohányzás következményei, azonban a folyamatos passzív dohányzás csaknem annyira veszélyes, mint az aktív dohányzás. A roma nők körében nemcsak az aktív, hanem a passzív dohányzásnak való kitettség is elég magas, 73%-uk él együtt egy háztartásban olyan emberrel, aki jelenleg is dohányzik. (6.1.2. táblázat)

6.1.2. táblázat: Azok aránya, akiknél a háztartásban más dohányzik, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		68,7	68,4	68,2	68,5
20000-150000		73,7	62,8	65,8	64,0
3000-19999		70,0	77,3	76,3	74,2
3000-nél kisebb		78,1	70,1	80,0	76,1
összesen		74,8	71,2	76,5	73,0

Ha együttesen vizsgáljuk, hogy a roma nők mekkora aránya él dohányfüstös környezetben, azért mert ő maga dohányzik vagy mert olyan emberrel él együtt aki, rendszeresen rágyújt, akkor a roma nők 79%-a van kitéve a dohányfüst ártalmainak.

Azok a roma nők, akik jelenleg, vagy korábban dohányoztak, átlagosan 17 éves korukban gyújtottak rá először. A korcsoportokat vizsgálva minél fiatalabb, annál korábban próbálta ki a dohányzást. Településtípusonként nincs jelentős különbség az első rágyújtáskori átlagos életkorban (6.1.3. táblázat).

6.1.3. táblázat: Dohányzó, vagy korábban dohányzók átlagos életkora, amikor elkezdtek dohányozni, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		15,6	17,3	16,8	16,8
20000-150000		15,8	16,8	17,3	16,5
3000-19999		15,6	17,4	17,7	17,1
3000-nél kisebb		16,1	16,8	17,2	16,7
összesen		15,9	17,0	17,3	16,7

A terhesség alatti dohányzás köztudottan káros és többek között alacsony születési súlyt is okozhat¹⁰. A vizsgált megyében élő (dohányzó, szülőképes korú) roma nők 60%-a gyújtott rá valamilyen rendszerességgel a terhessége alatt. A korcsoportokat vizsgálva ez az arány nő az életkor emelkedésével, a fiatalok körében ez az arány 56%, míg a legidősebb korosztályban 68%. Ez a különbség köszönhető annak, hogy az évek során több ismeret és információ áll rendelkezésre a terhesség alatti dohányzás káros hatásairól, ezért a fiatalabb anyukák kisebb arányban gyújtottak rá a terhességük alatt, bár még így is több mint a felükre jellemző ez az attitűd (6.1.4. táblázat).

¹⁰ CDC- Tobacco Use and Pregnancy
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/tobaccousepregnancy>

6.1.4. táblázat: Azok aránya, akik a várandósságuk alatt dohányoztak, korcsoportonként és településtípusonként %
(N=akik valaha dohányoztak és gyermeket szültek)

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		74,3	41,6	56,1	49,9
20000-150000		60,4	66,2	58,6	60,1
3000-19999		62,0	70,2	73,1	60,6
3000-nél kisebb		50,9	58,7	69,7	60,1
összesen		55,9	60,2	67,9	59,8

Azon roma nők körében, akik a terhességük alatt rágyújtottak, 27%-uk esetében volt koraszülött gyermeke és 22%-uk esetében ugyan nem volt koraszülött, de kis születési súlyú volt a gyermeke. Ugyanezen arányok a nemdohányzók körében 11 és 10%. Ez az eredmény is arra enged következtetni, hogy a terhesség alatti dohányzásnak lehet hatása a születési súlyra és az esetleges koraszületésre.

A dohányzás ilyen nagymértékű elterjedtsége miatt továbbra is fontos a kockázati magatartásokkal kapcsolatos ismeretek bővítése, kiemelve a dohányzás, azon belül pedig a terhesség alatti dohányzás káros hatásait. Továbbá fontos lenne hangsúlyozni a passzív dohányzás okozta káros hatásokat, hogy az ilyen jellegű egészségkárosító hatásokat is csökkenteni lehessen.

De ahhoz, hogy valóban viselkedésváltozás következzen be, nem elegendő az ismeretek átadása, motiváció és a megfelelő környezet biztosítása is elengedhetetlen.

6.2. Alkoholfogyasztás

Napjainkban, főként a fejlett országokban, de a fejlődő országok egy részében is az alkohol a testi és lelki egészség egyik legjelentősebb károsító tényezője. Fontos szerepet játszik a korai, illetve a megelőzhető halálozások jelentős hányadában.

A felmérés eredményei alapján a megyében élő roma nők több mint kétharmadára nem jellemző az alkoholfogyasztás, azaz az elmúlt egy évben egyáltalán nem fogyasztott alkoholt. A napi rendszerességű alkoholfogyasztás pedig statisztikailag mérhetetlen (9. melléklet).

A mélyinterjúk tapasztalati alapján az interjúalanyok sem érezték annyira súlyosnak ezt a problémakört a nők körében. (Bizonyos roma kultúrákban nem is nézik jó szemmel (a férfiak), ha a nők (is) isznak.) A túlzott alkoholfogyasztás inkább a férfiak körében jellemző egészség-károsító magatartás.

Ehhez hasonló problémákra enged következtetni az ELEF2014-es felmérés eredményei is, ahol a nagyivók aránya a férfiak körében 10-szer nagyobb, mint a nőknél, így a túlzott alkoholfogyasztási problémák nagy valószínűséggel a férfiakat érinti inkább és nem a nőket.

Az alkoholfogyasztás megítélése saját szemszög alapján egy kicsivel másabb képet fest, mert a megyében élő roma nők 8 % úgy ítéli meg, hogy a kelletténél gyakrabban vagy több alkoholt fogyaszt. Az életkor alapján a saját megítélés szerint gyakori, vagy több alkoholt fogyasztók aránya nő, a legfiatalabb korosztályban 4%, a legidősebb korosztályban 25% ez az arány – tehát ez a magatartásforma inkább az idősebbek és leginkább a kisebb településeken élő idősek körében elterjedt. A

településtípusok összehasonlítása alapján a 3.000-20.000 lakosú települések esetében tapasztalható kiugró gyakoriság, az ilyen településen élők 28%-a gondolja úgy, hogy a kelleténél gyakrabban, vagy több alkoholt fogyaszt. (6.2.1. táblázat)

6.2.1. táblázat: Azok aránya, akik saját megítélésük szerint a kelleténél gyakrabban vagy több alkoholt fogyasztanak, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		0	3,3	8,7	2,7
20000-150000		11,5	15,4	0	5,1
3000-19999		5,7	13,2	33,3	28,2
3000-nél kisebb		3,2	6,9	30,0	9,0
összesen		4,4	8,7	25,3	8,4

6.3. Drogfogyasztás

A hazai kábítószer fogyasztásról és annak következményeiről röviden a következőket lehet elmondani: Magyarországon évente mintegy 20-30 túladagolási haláleset történt az elmúlt 10 évben. 2014-ben 23 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő túladagolási, továbbá 42 közvetetten összefüggő halálesetet jelentettek. Az esetek mintegy felében valamilyen opiát és más szerek együttes használata vezetett végzetes mérgezéshez. Az esetek másik fele valamilyen stimulánshoz, amfetaminhoz, metamfetaminhoz vagy dizájnert stimulánshoz volt köthető.

A felnőttek kábítószer-használatára irányuló 2015-ös kutatás¹¹ adatai alapján a 18-64 éves népességben minden tizedik (9,9%), a 18-34 éves

¹¹ Paksi B., Magi A., Felvinczi K., Demetrovics Zs. (2015): Drogfogyasztás a magyarországi felnőtt népesség körében - a 2015. évi „Országos Lakossági Adatfelvétel Addiktológiai Problémákról” (OLAAP 2015) első eredményei. Magyar Addiktológiai

fiatal felnőtt populációban csaknem minden ötödik személy (17,7%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot. A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát vagy hasist próbáltak (7,4%), illetve közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy (4%) életprevalencia értéke. A két legnépszerűbb szert követik a szintetikus kannabinoidok (1,9%), az amfetamin (1,7%) és a dizájner stimulánsok (1,3%).

A drogfogyasztók aránya elenyésző mértékű a vizsgált megyében a roma nők körében, egyik korcsoportban és település típus esetében sem éri el az 1%-ot azok aránya, akik az elmúlt 1 évben fogyasztottak kannabiszt, kokaint, amfetaminokat, extasyt vagy más kábítószer. Azonban a legtöbb felmérés tapasztalata alapján, mint ahogy ennek a felmérésnek az eredményei is alátámasztják, a drogfogyasztással kapcsolatos önbevalláson alapuló kérdések nem tükrözik a valóságot, ennek mérésre speciális felmérésekre van szükség.

A mélyinterjúk tapasztalatai alapján a drogfogyasztás ennél jóval erőteljesebben lehet jelen a térségben, s az interjúalanyok a fogyasztott szerek nagyon sok típusát megemlézték (a szipuzástól kezdve a dizájner drogok használatáig, a házilagosan kikevert szerektől az alkoholfogyasztással kombinált túlzott gyógyszeresedésig). Igaz, ez a szerfogyasztás elsősorban az empirikus felméréssel nem érintett tinédzser korosztálynál csapódik le, s csak másodsorban érinti a fiatal felnőtteket. A drogfogyasztás nemcsak a fiúkat/férfiakat, hanem a lányokat/nőket is eléri.

7. Életmód, életvitel

Egészségünket, egyes betegségek kialakulását, illetve az azokból történő gyógyulást nagyban befolyásolja, hogy milyen életmódot követünk. Akad számos egészségkárosító magatartásforma, mint például a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás és a droghasználat, amelyeket már korábban bemutatunk, de vannak olyan szokások is, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához vagy éppen javításához, amilyen a rendszeres fizikai aktivitás vagy az egészséges táplálkozás.

Az egészséges életmódot előmozdító, döntően népegészségügyi beavatkozásokkal az összes halálozás negyede, a korai halálozás több mint fele megelőzhető lenne Magyarországon. Az egészségkockázatok részletes elemzése alapján megállapítható, hogy a hazai egészségveszteségek 80%-ban viselkedési kockázatokra vezethetők vissza.

A legnagyobb súlyt képviselő rizikók, mint az étrendi kockázatok, a dohányzás, az alkohol- és kábítószer fogyasztás mellett a magas szisztolés vérnyomás, a testtömeg-index, az összkoleszterin és az éhomi vércukorszint kialakulásában is kiemelt szerepet játszik az egyén egészségmagatartása, azon belül, a felsorolt rizikók többségében a táplálkozás minősége.

7.1. Testmozgás

A rendszeres fizikai aktivitás az egészségmagatartás egyik fontos eleme, számos krónikus megbetegedés prevenciójában és intervenciójában meghatározó szerepet játszik. Javítja a testi és lelki egészséget, a

pszichoszociális jóllétet, a stresszel történő megküzdés képességét¹², emellett megelőző és terápiás hatással van számos betegségre és állapotra. A fizikai inaktivitás csökkentésével a népesség egészségi állapota bizonyíthatóan javul, ami növeli a termelékenységet és csökkenti az egészségi állapottal összefüggő szociális kiadások mértékét. A fizikai aktivitás hozzájárul az Európa 2020 stratégiában meghatározott legfontosabb célkitűzések eléréséhez, nevezetesen a növekedés, a termelékenység és az egészségügy terén.¹³

Tehát a rendszeres fizikai aktivitás előnyei nemre és korra tekintet nélkül jól ismertek, azonban a felmérés eredményei alapján a megyében élő roma nőknek csak 14%-ra jellemző, hogy legalább heti 3 alkalommal végeznek valamilyen testmozgást a szabadidejükben. Életkort nézve a fiatalokra jellemző a legnagyobb arányban a rendszeres testmozgás, de ez is csak 15%, a legidősebb korosztályban pedig csak 9 % ez az arány.

Az ELEF2014 eredményei alapján a nők 9%-ka végez a WHO ajánlásnak megfelelő testmozgást, azonban a felmérések fizikai aktivitásra vonatkozó kérdések eltérőek, ezért összehasonlítás nem végezhető, azonban mind a két felmérésben mért fizikai aktivitási arány arra utal, hogy halaszthatatlanul fontos a rendszeres fizikai aktivitást végzők arányának növelése (7.1.1. táblázat).

¹² Gémes K. (2008): Sport mint esély. In.:Kopp M. (szerk.) Magyar lelkiállapot 2008, Semmelweis Kiadó, Budapest, 529-537.

¹³ A TANÁCS AJÁNLÁSA az egészségvédő testmozgás ágazatközi előmozdításáról (2013/C 354/01), 2013. november 26.

7.1.1. táblázat: Azok aránya, akik szabadidejükben legalább heti 3 alkalommal végeznek testmozgást, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		12,0	9,0	4,0	9,5
20000-150000		2,0	7,0	4,0	6,9
3000-19999		9,0	8,0	4,0	5,2
3000-nél kisebb		20,0	18,0	12,0	18,9
összesen		14,9	13,7	8,6	13,5

Ezeket a viszonylag kedvezőtlen adatokat valamelyest árnyalhatja, hogy sokan, ha nem is a szabadidejükben, de munkahelyükön vagy otthon, a háztartásban, sokat mozognak. A mélyinterjúk kutatás során a roma asszonyok közül nagyon sokan utaltak erre (pl. akik foglalkoztatottak, azok a közmunka-program keretében fizikai leterhelésnek vannak kitéve, de az otthoni teendők is – 3, 4, 5 gyermekkel – komolyabb feladatok elé állítják a családjukat.) Azt is fizikai mozgásnak lehet tekinteni, hogy sokan gyalogosan vagy kerékpárral tesznek meg nagy távolságokat, mert vagy nincs településen belüli tömegközlekedési eszköz vagy nem engedhetik meg maguknak anyagilag a jegyvásárlás költségét.

7.2. Táplálkozás

Az egészséges táplálkozásnak minden életkorban alapvető jelentősége van, hatása az egészségre a születéstől az időskorig vitathatatlan az optimális fejlődés, a testi-lelki egészség, a jó szellemi, és fizikai teljesítőképesség megőrzése, az egészséges öregedés szempontjából, hiánya számos kockázatot rejt magában¹⁴.

¹⁴ WHO: Global Health Observatory Data, NCD Morbidity and Mortality, http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/

Kiemelten fontos a lakosság ételkészítés, ételkészítéscsoport alapú javaslatokat tartalmazó tájékoztatása az egészséges táplálkozás irányelveiről, a korszerű, közérthető ételkészítésalapú ajánlások terjesztése, az egészséges ételkészítésválaszték megteremtése és elérhetővé tétele.^{15,16}

A vizsgált roma populáció vonatkozásában az ezzel kapcsolatos tájékoztatás talán az átlagosnál is fontosabb. Egyrészt azért, mert a kérdezettek viszonylag fogékonyak ezekre a kérdésekre. Mint korábban láthattuk, az egészségtudatos magatartás jelei leginkább ezen a területen jelentkeznek. Másrészt, azért, mert a javaslatok kidolgozása során figyelemmel kell lenni azokra az alap-adottságokra is, amelyek a vizsgált roma háztartásokra jellemzőek.

A mélyinterjúkban elmondottakra támaszkodva abból kell kiindulni, hogy a főzés során – ami egyébként gyakran mindennapos a roma háztartásokban – itt egyszerre nagy adagokat kell elkészíteni (nagy a család, több generáció él együtt, nem főznek mindenkinek külön-külön), s gyakran csak egy főétkezés van. A viszonylag gyors, egyszerűen elkészíthető ételekben érdemes gondolkodni, s tekintettel kell lenni a háztartások korlátozottabb anyagi lehetőségeire is. Nem véletlen, hogy annyira elterjedtek a tészta-alapú ételek a meleg-étkezések során (nagy adagban készíthető, gyors, relatíve olcsó). A hagyományok alapján a roma háztartások szeretik a zsírosabb, fűszeresebb ételeket. Jelentősebb változásokat – elsősorban az idősebb korosztály tagjai – nem biztos, hogy elfogadnának, ezért inkább ezeknek a tradicionális ételeknek a megreformálásával lenne érdemes kísérletezni.

¹⁵ <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>

¹⁶ <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/>

Zöldség, gyümölcs fogyasztás

A zöldségek és gyümölcsök kiemelkedő táplálkozás- élettani szerepet töltenek be a szervezet megfelelő működésében. Viszonylag alacsony energia-, zsír-, és szénhidráttartalmukkal szemben jelentős vitamin, ásványi anyag és antioxidáns tartalmuk révén szerepet játszanak számos betegség kockázatának csökkentésében. Ezentúl jótékonyan befolyásolja szervezetünk zsír-és szénhidrát anyagcseréjét és szabályozzák a szervezet folyadékháztartásának egyensúlyát. Továbbá a napi rendszerességgel fogyasztott zöldség és/vagy gyümölcs az egészséges táplálkozás egyik leggyakrabban használt indikátora.

A felmérés eredményei alapján Borsod-Abaúj-Zemplén megyében élő roma nők 44%-ka fogyaszt napi rendszerességgel zöldséget és/vagy gyümölcsöt. A korcsoportokat vizsgálva ez az arány az életkor előrehaladtával csökken, a legfiatalabb korosztály 50%-a, a legidősebb korosztály 34%-a fogyaszt minden nap zöldséget vagy gyümölcsöt. A településtípusok közötti esetleges különbséget vizsgálva a lakosságszám csökkenésével nő a napi rendszerességgel fogyasztók aránya. (7.2.1. táblázat)

Ez összefüggésbe hozható azzal, hogy a kisebb településeken gyakoribb a zöldség-és gyümölcstermesztés, ezért sokkal inkább a mindennapos étrend része ez az élelmiszercsoport. Az ELEF2014 eredményei alapján az országos arány a nőkre nézve 72%, így a különbség jelentősnek mondható.

7.2.1. táblázat: Azok aránya, akik napi rendszerességgel fogyasztanak zöldséget és vagy gyümölcsöt, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		30,0	27,0	22,0	27,5
20000-150000		45,0	44,0	48,0	37,1
3000-19999		44,0	43,0	22,0	45,3
3000-nél kisebb		57,0	44,0	38,0	50,5
összesen		50,2	42,0	33,5	43,9

Cukros üdítőital fogyasztás

A magas cukortartalmú üdítőitalok fogyasztása káros lehet az egészségre, hosszútávon cukorbetegséghez vezethetnek, ezért a napi rendszerességgel történő fogyasztásuk nem ajánlott¹⁷. A felmérés eredményei alapján azonban az figyelhető meg, hogy a megyében élő roma nők 42%-a fogyaszt napi rendszerességgel cukros üdítőitalt. Az életkort tekintve a fiatal korosztályt jellemzi a legmagasabb arányban, több mint felük érintett, míg az idősebb korosztályt a legkisebb arányban - 16%-uk fogyaszt napi szinten magas cukortartalmú üdítőitalt. Településtípusokat összehasonlítva a községben élők fogyasztanak a legnagyobb arányban ilyen üdítőt legalább naponta egyszer (7.2.2. táblázat).

7.2.2. táblázat: Naponta cukros üdítőitalt fogyasztók aránya, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		39,0	37,0	10,0	34,8
20000-150000		43,0	31,0	8,0	33,7
3000-19999		43,0	37,0	10,0	21,5
3000-nél kisebb		59,0	45,0	18,0	49,7
összesen		51,7	41,0	14,5	41,7

¹⁷Dietary Guidelines 2015-2020 <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines>

Húsfogyasztás

A húsok és a húsfélék értékes, az emberi szervezet számára fontos tápanyagokat, B vitaminokat, értékes hem-kötésű vasat és cinket tartalmaznak, ezért a fogyasztásuk a kiegyensúlyozott, vegyes táplálkozás részei, azonban csak mértékkel.

A húsfogyasztási gyakoriságot nézve a megyében élő roma nők 39%-ka napi rendszerességgel fogyaszt húst. A korcsoportokat nézve az életkor növekedésével csökken a naponta húst fogyasztók aránya, a legfiatalabb korcsoportban 47%, a legidősebb korcsoportban 40% ez az arány. Településtípusok közötti különbségeket vizsgálva a legnagyobb arányban a községekben élőkre jellemző a napi húsfogyasztás, azaz 45%. Ez valószínűleg a kistelepülésekre még mindig jellemző állattartással is összefüggésbe hozható (7.2.3. táblázat).

7.2.3. táblázat: Naponta húst fogyasztók aránya, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		37,0	35,0	30,0	35,1
20000-150000		46,0	41,5	34,0	34,2
3000-19999		34,0	58,0	12,2	34,3
3000-nél kisebb		54,0	36,0	40,0	45,5
összesen		46,7	45,5	31,8	40,3

Összességében az életmódra vonatkozó eredmények alapján ebben az esetben is helytálló a már dohányzásnál is említett nagyobb léptékű szemléletváltás fontossága, miszerint a hagyományos ismeretátadáson alapuló hazai egészségfejlesztési programok és egészségkommunikációs módszerek önmagukban már nem elegendőek. Olyan megközelítésre van

szükség, amely figyelembe veszi, hogy az egészségmagatartást az ismereteken túl az egészséggel kapcsolatos attitűdök és hiedelmek, a gyakorlati készségek illetve az értékek is meghatározzák.

7.3. Fogyókúra

A fogyókúra a hiedelmekkel ellentétben nem életmódváltás, hanem a táplálkozási szokásaink drasztikus megváltoztatása, amely sajnos hosszú távon nem vagy csak nagyon nehezen tartható. Azonban a fogyókúrázás gyakoriságának megismerése segít a táplálkozással kapcsolatos attitűd felmérésében.

A vizsgált megyében élő roma nők 11%-a fogyókúrázott valamilyen rendszerességgel az elmúlt 12 hónapban. Korcsoportonként és településtípusonként nincs jelentős eltérés fogyókúrázók arányában (10. melléklet).

Ha BMI kategóriák szerint vizsgáljuk a fogyókúrázási szokásokat, akkor arról nyerhetünk információt, hogy az egyének hogyan viszonyulnak a saját testsúlyukhoz és szükség esetén próbáltak-e már ezen változtatni. Ebből a szemszögből vizsgálva elmondható, hogy a megyében élő roma nők közül, a túlsúlyosak 13%-a, az elhízottak 18%-a fogyókúrázott valamilyen rendszerességgel az elmúlt 12 hónapban. Azonban a normál testtömegűek 6%-a és az alultápláltak 3%-a is tartott valamilyen fogyókúra tervet (7.3.1. táblázat)

7.3.1. táblázat: Azok aránya, akik az elmúlt 12 hónapban fogyókúráztak, BMI szerinti megoszlása, %

BMI kategóriák	az elmúlt 12 hónapban fogyókúrázott
alultáplált	2,6
normál	6,4
túlsúlyos	12,6
elhízott	18,1
összesen	10,8

8. Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátás igénybevételének megismerése, azon belül az egészségügyi dolgozókkal való találkozás, egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel feltérképezése fontos a vizsgált populáció egészséggel kapcsolatos attitűdjének megismeréséhez. Továbbá az esetleges ellátás elmaradása különböző okok miatt, jó indikátorként szolgálhat az egészségügyi ellátórendszer minőségének meghatározásában.

8.1. Orvoshoz fordulás

Bár – mint azt a későbbiekben láthatjuk – összességében viszonylag magas azok aránya, aki az év során bizonyos gyakorisággal megjelennek az egészségügyi rendszeren belül, azonban nem mindegy, hogy a belépés mikor történik meg, a betegségállapot melyik stádiumában. A többség ugyanis általában csak akkor veszi igénybe az egészségügyi rendszer szolgáltatásait, ha valamilyen panasza van, s ez az esetek többségében nem jelenti feltétlenül azt, hogy a betegek már betegségük kezdeti fázisában felkeresnék orvosukat. A roma nők körében inkább a kivárás, a halogatás a jellemzőbb: várnak, s csak abban az esetben fordulnak orvoshoz, ha már úgy érzik, hogy nincs más választásuk, ha már muszáj.

A megkérdezettek 4%-a tűnik egészségi állapotának kezelése szempontjából egyértelműen előrelátónak. (Ők azok, akik ha tehetik, minél előbb orvoshoz fordulnak, hogy tanácsot kaphassanak panaszukkal kapcsolatban, s akkor is megnézetik magukat időként orvossal, ha egészségesnek érzik magukat.) A megkérdezettek 7%-a valamivel később lép a rendszerbe, de azért még olyan enyhébb rosszullétek miatt is elmegy orvoshoz, amely a napi teendők ellátását még nem zavarják. S ugyancsak szorosabb a kapcsolata az egészségügyi intézményrendszerrel azoknak, akik betegségük miatt állandó orvosi kezelést, kontrollt igényelnek (11%), igaz esetükben a kezdetekről, a belépés időpontjáról közelebbi információval nem rendelkezünk. Ez az állandó jellegű orvosi kontroll elsősorban az idősebb lakosság körében figyelhető meg.

A túlnyomó többség tehát, ha egyáltalán orvoshoz fordul, csak egy késői betegség-stádiumban osztja meg a problémáit az orvosokkal. 30%-nyian általában csak akkor fordulnak orvoshoz, ha a napi teendők ellátását komolyabban akadályozó rosszullétet éreznek, s 47%-nyian pedig csak akkor, ha már nagyon súlyosnak érzik a helyzetet, ha már nagy a baj. (11%-nyian azokban még ekkor sem lépnek, ők úgy tűnik teljes mértékben elzárkóznak attól, hogy igénybe vegyenek bármiféle egészségügyi szolgáltatást.)

Összefoglalóan tehát azt állapíthatjuk meg, hogy az orvoshoz fordulás indoka általánosságban valamilyen betegség megléte, azonban a házi orvosok szerepe egyre nő az egészségmegőrzés területén is, ezért fontos lenne, hogy ne csak akkor forduljunk az orvosunkhoz, ha valamilyen tünetet észlelünk, hanem rendszeres rendelői látogatással az egészségünk megőrzése kapcsán is partner legyen a házi orvos. A vizsgált megyében élő roma nők orvoshoz fordulási attitűdjére legnagyobb arányban, azaz közel a

felükre az jellemző, hogy csak akkor fordulnak orvoshoz, ha már nagyon nagy baj van és csupán 4%-ukra jellemző, hogy akkor is elmennek a házi orvosukhoz, ha egészségesek. (11. melléklet)

8.2. Egészségügyi ellátások igénybevétele

A házi orvoson kívül, a más egészségügyi szakemberekkel való találkozás is sokat elárul, hogy a vizsgált megyében élő roma nők, hogyan viszonyulnak az egészségügyi ellátáshoz és milyen az egészségükhöz való viszonyuk. A felmérésben feltett kérdés megpróbálta felölelni a legtöbb egészségügyi szakembert és egészségügyi ellátást, úgymint a fekvőbeteg szakellátást, a házi orvost, a nőgyógyászt, a fogorvost, egyéb szakorvosokat, s mellettük a dietetikust, a gyógytornászt, a pszichológust, stb.

A felmérés eredményei alapján elmondható, hogy az elmúlt 12 hónap során a megkérdezettek legnagyobb arányban a házi orvosukkal találkoztak a felsorolt egészségügyben dolgozó szakemberek közül (73% - 8.2.1 táblázat). Második helyen a nőgyógyással való találkozás áll 36%-kal, tehát éves rendszerességgel a roma nők kb. egyharmada vesz részt valamilyen nőgyógyászati kivizsgáláson, rendelésen, szűrésen. A harmadik helyen a fogorvosi látogatás áll 25%-kal. Ez a két szakorvosi ellátás más szakorvosi ellátáshoz képest viszonylag hangsúlyos, mert összességében a megkérdezetteknek csak 20%-a volt valamilyen más szakorvosnál az elmúlt egy évben. Kórházi fekvőbeteg ellátásban pedig 15%-nyian részesültek az elmúlt egy év során.

8.2.1. táblázat: Azok aránya, akik az elmúlt 12 hónapban jártak valamilyen egészségügyi szakembernél %

házi orvos (saját egészségi állapot miatt)	72,6
nőgyógyász	36,1
fogorvos	24,7
más szakorvos (pl. bőrgyógyász, szemész)	19,9
kórházi ellátás (nem szülés miatt)	15,2
pszichológus, pszichiáter	5,3
gyógytornász	2,4
dietetikus	0,9
természetgyógyász	0,3

Korcsoportokat külön vizsgálva mind a három korcsoportban a házi orvossal való találkozás áll az első helyen, azonban az életkor előrehaladtával nő azok aránya, akik az elmúlt 12 hónapban jártak a házi orvosuknál, a legfiatalabb korcsoport tagjainak 66%-a, a legidősebb korcsoport tagjainak pedig 93%-a járt az elmúlt egy évben a házi orvosánál.

Az összességében második helyen szereplő nőgyógyász, korcsoportonként nézve már eltérő helyet foglal el a rangsorban, a fiatalok esetében még mindig a második 43%-kal, azonban a legidősebb korosztályban már csak negyedik helyen található 23%-kal. Ez nagy valószínűséggel magyarázható azzal, hogy a fiatalok a gyermekvállalás kapcsán gyakrabban találkoznak a nőgyógyászukkal, illetve az ismereteik is magasabb szintűek lehetnek a nőgyógyászati szűrésekkel kapcsolatban, mint az idősebb korosztálynak.

Az összpopulációs rangsorban harmadik helyen szereplő fogorvosi ellátásban való részvétel a kor előrehaladtával egyre csökken, míg az esetleges krónikus betegségek kezeléséhez köthető kórházi fekvőbeteg ellátást, illetve a más szakorvosokkal való találkozás jelentős arányban nő az életkor növekedésével (12. melléklet).

A felmérésben megismert eredmények alapján a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei roma nők egészségének javításához fontos az egészségügyi ellátáshoz fűződő kapcsolat javítása. Bár a háziorvossal történő találkozás kifejezetten magas, a legidősebb korosztályban 96%-uk találkozott az elmúlt 12 hónapban a háziorvosával, addig a többi egészségügyi szakemberrel való találkozási aránya elég alacsony.

Kiemelten fontos lenne a nőgyógyászati ellátás igénybevételének növelése, mert több népegészségügyi szűrővizsgálat is köthető ehhez az ellátási ághoz, és fontos lenne, hogy ne csak a gyermekvállalás indukálja ezeket a találkozókat, hanem a saját egészségük kapcsán kiemelten fontos kétévenkénti méhnyakrák szűrésen is részt vegyenek, továbbá az idősebb korosztály nagyobb bizalma a nőgyógyászokban az emlőszűrésen való részvétel gyakoriságát is növelhetné (ezekről a kérdésekről majd a zárófejezetben szólunk részletesebben).

De az egészségügyi szakemberekkel való találkozás csak egy aspektusa az egészségügyi ellátás igénybevételének megismerésére, hiszen maga a találkozó nem garancia arra, hogy tényleges vizsgálat történik, lehet mindez kimerül egy formális találkozóban, vagy egy recept felírásában. Ezért a felmérés próbált kitérni konkrét vizsgálatokra is, hogy még inkább árnyaltabbá váljon a kép a roma nők egészségügyi ellátásban való részvételéről. A konkrét vizsgálatokra vonatkozó kérdés az egészségügyi dolgozó által végzett vérnyomásmérésre és vérvételre tért ki, mert ez a két általános vizsgálat jó indikátora lehet a vizsgálatokat tartalmazó egészségügyi találkozásoknak.

A Borsod-Abaúj-Zemplén megyében élő roma nők felénél az elmúlt egy évben végzett egészségügyi dolgozó vérnyomásmérést, 30%-uk esetében régebben, mint egy éve, de még 3 éven belül, 7%-uk esetében régebben,

mint 3 éve, de öt éven belül, és szintén 7%-uk esetében 5 évnél régebben. Csupán 1%-uk nem részesült soha ilyen típusú egészségügyi vizsgálatban az életük során. Az életkor hatását vizsgálva, az életkor emelkedésével párhuzamosan nő azok aránya, akiknél végeztek vérnyomásmérést, a legfiatalabb korosztály 48%-ánál, a legidősebb korosztályban 74%-ánál volt ilyen típusú egészségügyi vizsgálat az elmúlt 1 évben, amelyet egészségügyi dolgozó végzett. Településtípust vizsgálva, miszerint van-e a lakóhelynek hatása az egészségügyi vizsgálatokon való részvételre, az eredmények alapján nincs jelentős eltérés a településkategóriák között az ilyen típusú vizsgálaton részt vettek arányában (13. melléklet)

Az országos eredményekkel való összevetés azt mutatja, hogy az elmúlt évben vérnyomásmérésen résztvevő 55%-os roma női arány alatta marad az országos összesített értéknek (72%).¹⁸

Vérvétel valamilyen vizsgálat, pl.: vércukor mérés céljából a megyében élő roma nők 35%-ánál történt az elmúlt egy évben, ez 20%-kal alacsonyabb, mint azok aránya, akiknél az elmúlt egy évben vérnyomásmérés történt. Ez a különbség annak is köszönhető, hogy a vérnyomásmérést, vagy egy egyszerű cukormérést egy háziorvosi rendelőben is el lehet végezni, addig egy komolyabb vérvételi vizsgálatot csak szakorvosi ellátásban végeznek, és mint ahogy az már korábban bemutatásra került, a szakorvosokkal való találkozás aránya csak töredéke a háziorvosi találkozások arányának. 31%-uk esetében régebben, mint egy éve, de még 3 éven belül, 11%-uk esetében régebben, mint 3 éve, de öt éven belül, és szintén 10%-uk esetében 5 évnél régebben. 13 %-uk esetében soha nem került sor vérvételre, tehát nagy valószínűséggel ők még soha nem kerültek be a szakellátásba.

¹⁸ itt nemi bontásban nem érhető el mérési adatok, <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

A korcsoportok közötti esetleg különbségeket keresve, szintén elmondható, hogy a legidősebb korosztályban jóval gyakoribb (55%) az egy éven belül történt vérvizsgálaton való részvételi arány, mint a legfiatalabb korosztályban, ahol ugyanez az aránya csak 32%. Településtípust vizsgálva, a megyeszékhelyen illetve a községben élők közül vettek részt a legnagyobb arányban az elmúlt egy évben vérvételen: 43 illetve 39%-nyian (14. melléklet)

A roma női vérvételi adatokat (35%) érdemes megint csak országos eredményekkel összevetni. A KSH ELEF2014-es felmérése szerint a felnőtt nők közel 60%-a számolt be arról, hogy az elmúlt egy évben volt ilyen vizsgálaton.¹⁹

8.3. Gyógyszerszedési szokások

A gyógyszerek, gyógyhatású készítmények esetében a vényköteles gyógyszerek arra szolgálnak, hogy a már meglévő, orvos által diagnosztizált krónikus betegséget kezeljék, vagy egy esetleges fertőző betegséget gyógyítsanak meg teljesen, addig a vény nélküli gyógyhatású készítmények és vitaminok a napjaink egészségtudatos életmódjának kellékei inkább.

Fontos, hogy ezeket is megvizsgáljuk, mint az egészségügyi ellátás és az egészségtudatosság egy-egy aspektusaként, és mivel a két típus különböző célt szolgál, a felmérésben használt kérdőív két külön kérdés segítségével méri fel a helyzetet. (Fontos megjegyezni, hogy az egészséges és kiegyensúlyozott táplálkozást semmilyen vitamin, vagy étrend kiegészítő nem helyettesíti, így csak ezek kialakítása mellett érdemes törekedni az egyes vitamin szupplementáció gyakoriságának növelésre.)

¹⁹ Forrás: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

A receptköteles gyógyszereket szedők aránya az életkor előrehaladtával nő, amely nagy valószínűséggel, az idősödés során növekvő krónikus betegségek kialakulásával hozható összefüggésbe. A legidősebb korosztály 79%-a, míg a legfiatalabb korosztály 16%-a szedett vényköteles gyógyszert az elmúlt 2 hétben. Azonban településtípusokat tekintve nincs jelentős eltérés vényköteles gyógyszert szedők arányában, tehát az orvos által felírt és szedett gyógyszerek szedési arányát nem befolyásolja a lakóhelyi környezet. Összességben azt lehet elmondani a felmérés eredményei alapján, hogy a vizsgált megyében élő roma nők 36%-a szed valamilyen receptköteles gyógyszert. (8.3.1. táblázat)

8.3.1. táblázat: Azok aránya, akik az elmúlt két hétben szedtek receptre felírt gyógyszert, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		18,0	38,0	66,0	33,9
20000-150000		11,0	43,0	70,0	35,5
3000-19999		13,0	43,0	80,0	36,8
3000-nél kisebb		17,0	39,0	82,0	36,5
összesen		15,6	40,2	79,1	36,0

A nem receptköteles gyógyszerek szedése, mint pl.: a vitaminok, fele olyan gyakori, mint a felírt gyógyszerek szedése, a roma nők 20%-ra jellemző csak. (Ebben minden bizonnyal szerepet játszik, hogy ezért minden esetben fizetni kell, a közgyógyellátás nem vonatkozik rá. Másrészt ezeknek a készítményeknek az alkalmazását már egy egészségtudatosabb szemlélet is motiválja.) A korcsoportokat nézve, hasonlóan mint a vényköteles gyógyszerek esetében, az életkor előrehaladtával nő az ilyen típusú készítményt szedők aránya, azaz a legfiatalabb korosztályban 15%, a legidősebb korosztályban 25% ez az arány.

A település típusokat vizsgálva, a megyeszékhelyen lakókra jellemző legnagyobb arányban, azaz az itt élők 26%-ka szedett ilyen típusú készítményt az elmúlt 2 hétben. (8.3.2. táblázat)

8.3.2. táblázat: Azok aránya, akik az elmúlt két hétben szedtek nem recept köteles gyógyszert, gyógyhatású készítményt vagy vitamint, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	összesen
megyeszékhely		26,0	26,5	26,5	26,3
20000-150000		21,0	34,0	28,0	14,5
3000-19999		14,0	14,0	24,5	22,0
3000-nél kisebb		12,0	23,0	24,5	21,1
összesen		14,6	21,9	24,9	19,7

8.4. Egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei

Az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek egyik megnyilvánulási formája az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés társadalmon belüli egyenlőtlen megoszlása. Egy 2015-ös elemzés szerint a szükségesnek vélt, de igénybe nem vett ellátás esélyét statisztikailag szignifikánsan befolyásolta a roma nemzetiség, az iskolai végzettség, az ekvivalens háztartási jövedelem²⁰. Továbbá 2014-ben a magyar lakosok összes halálozásnak 14%-a elkerülhető lett volna megfelelő és időben igénybevett egészségügyi ellátással²¹. Az egészségügyi ellátás elmaradását több tényező is indokolhatja, többek között az egyes vizsgálatok esetén előforduló hosszú várólista, várakozási idő.

²⁰ Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013-2015

²¹ Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet-Egészségjelentés2016

A vizsgált megyében élő roma nők közel 20%-nál fordult elő, hogy nem jutottak időben, vagy nem is kapták meg a szükséges egészségügyi ellátást, mert túl hosszú volt a várakozási idő. Az életkort vizsgálva a legidősebb korosztályban nagyobb arányban fordult elő (30%), mint a legfiatalabban (15%), de ez annak is köszönhető, hogy az idősebb korosztálynak gyakrabban van szüksége egészségügyi ellátásra.

A hosszú várakozási idő miatt elmaradt ellátások gyakoriságát nem növeli a lakóhely típusa, a vizsgált kategóriák esetében hasonló arányban maradt el egészségügyi ellátás ennek az indoknak a következtében (8.4.1. táblázat).

8.4.1. táblázat: Azok aránya, akik a hosszú várakozási idő miatt későn, vagy egyáltalán nem jutottak hozzá a szükséges egészségügyi ellátáshoz, korcsoportonként és településtípusonként %

	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely	13,0	21,0	24,0	18,5
20000-150000	12,2	26,0	23,4	19,5
3000-19999	21,0	24,0	24,0	20,8
3000-nél kisebb	12,1	18,0	34,0	19,4
összesen	14,5	20,4	29,8	19,4

További ok lehet még a rossz, vagy nehézkes közlekedés, amiért valaki nem jut hozzá szükséges egészségügyi ellátáshoz, ez a Borsod-Abaúj-Zemplén megyében élő roma nők 17%-ánál fordult elő. A korcsoportok közötti esetleges különbségeket vizsgálva hasonló eredményt kapunk, mint a hosszú várakozás miatt elmaradt egészségügyi ellátásnál, ebben az esetben is a legidősebb korosztályban a legmagasabb az elmaradási arány 24%-kal, míg a legfiatalabbak esetében ez csak 13%.

Településtípusokat vizsgálva a várt összefüggéseket kapjuk, a legfejlettebb közlekedési infrastruktúrával rendelkező megyeszékhelyen fordult elő a legkevésbé, hogy a rossz közlekedés miatt elmaradt az egészségügyi ellátás, míg leggyakrabban az elzártabb, nehezebben megközelíthető kistépüléseken fordul elő ez a probléma (8.4.2. táblázat).

8.4.2. táblázat: Azok aránya, akik a nehézkes közlekedés miatt későn, vagy egyáltalán nem jutottak hozzá a szükséges egészségügyi ellátáshoz, korcsoportonként és településtípusonként %

település	kor	18-29 éves nő	30-55 éves nő	55 év feletti nő	Összesen
megyeszékhely		7,0	4,0	10,0	5,6
20000-150000		6,1	18,0	22,9	17,1
3000-19999		17,0	21,2	22,5	21,5
3000-nél kisebb		13,1	18,2	26,0	17,7
összesen		12,9	17,5	23,5	16,5

Az egészségügyi ellátás elmaradását anyagi okok is meghatározhatják: a betegnek nincs pénze az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, az egészségügyi szolgáltatás egyéb járulékos költségeinek kifizetésére (pl. utazás, hálapénz, stb.).

Az anyagi okok miatt elmaradt ellátások közül legnagyobb arányban az az eset fordul elő, hogy a család nem tudja a receptköteles gyógyszert kiváltani, ezt a vizsgált megyében élő roma nők 34%-a jelezte. Második helyen az orvosi ellátás elmaradása áll 19%-kal – ennyien nem vettek igénybe orvosi ellátást anyagi okok miatt. A fogorvosi ellátások esetében ugyanez az érték 16%, a lelki egészséggel kapcsolatos ellátások esetében pedig 8%.

Az életkor előrehaladtával nő az anyagi okok miatt elmaradt egészségügyi ellátások száma, a vizsgált egészségügyi ellátás formájától függetlenül. A

legidősebb korosztályban az anyagi okok miatt elmaradt orvosi ellátás aránya 32%, addig a legfiatalabb korosztályban 18%. Ugyanezek az arányok a fogorvosi ellátás esetében 26% és 11%, a gyógyszerkiváltási gondok esetében 48% és 25%. a lelki egészséggel kapcsolatos ellátások esetében pedig 17% és 4%.

Településtípusok esetében pedig, ellátásonként változik, hogy hol a legmagasabb az anyagi okok miatt ellátatlanok aránya. Az orvosi és fogorvosi ellátás elmaradása a 3.000-20.000 településeken élőkre, a gyógyszerkiváltási nehézségek a városlakókra, a lelki egészséggel kapcsolatos elmaradt ellátás pedig a községekben élőkre jellemző a legnagyobb arányban. (15. melléklet)

A felmérés eredményei alapján azt mondhatjuk, hogy a jövőben – továbbra is - kiemelt területnek kellene lennie az elmaradt egészségügyi ellátások mértékének csökkentése, a külső feltételek, körülmények mind nagyobb számban történő biztosításával (közlekedési lehetőségek javítása, a pénzügyi problémák megoldása, az ellátás iránti bizalom növelése, stb.).

9. A népegészségügyi szűrővizsgálatok

A népegészségügyi szűrővizsgálatok országos szintű irányítása az Országos Tisztifőorvosi Hivatal feladata. A női szűrések közül ide tartoznak az emlőszűrések és a méhnyakszűrések. Ezek „szervezett szűrések”, tehát postán kiküldött személyes behíváson és a „megszűrt” személyek követésén alapulnak. Központilag nyilván vannak tartva a meghívandó személyek és vezetik, kik jelentek meg a szűrésen és kik nem.

9.1. Emlőszűrés

Felmérésünk szerint a Borsod Abaúj Zemplén megyében élő felnőtt roma nők 25%-a vett már részt valaha emlőszűrésen (8%-nyian az elmúlt 12 hónapban, 5%-nyian egy évnél régebben, de két éven belül, ugyancsak 5%-nyian pedig 3 éven belül). Mindez azt jelenti, hogy a térségben négy roma nőből három sohasem vett részt még mammográfiái vizsgálaton.

Szervezett, meghíváson alapuló szűrés emlőrák esetében a 45-65 év közötti nők körében működik. Ők azok, akiknek behívót küldenek, s a behívás alapján, ha nem is kötelező, de ajánlott a részvételük. Kérdéses, hogy ezek a meghívók minden esetben eljutnak-e a címzettekhez, mert például a telepeken lakók esetében a cím alapján való nyilvántartás nem mindig egyszerű, van, ahol nincsenek pl. utcák/házszámok, csak irányítószámok vagy helyrajzi számok. S jelentős azok száma is, például Miskolcon, az Avason, akik albérletben laknak, s nincsenek bejelentkezve az új lakóhelyükön.

Ha csak a célkorosztályra koncentrálnunk – 45-65 évesek –, akkor valamivel kedvezőbb adatokat kapunk, de még ebben a körben is csak 43%-ról mondható el, hogy valaha részt vett mammográfiái vizsgálaton. (Az országos referencia adat ebben a tekintetben 89%, ennyi 45-65 éves nő vett már részt valaha emlőszűrésen). Mivel szervezetenként kerül sor a 45-65 év közötti nők körében emlőszűrésre, így érdemes azt is megnézni, hogy két éven belül (úgymond „szabályszerűen”) hányan jelentek meg szűrésen. Az adatok azt mutatják, hogy a 45-65 éves roma nők 26%-a vett részt az elmúlt két évben ilyen vizsgálaton, miközben elvben mindenki kapott meghívót, időpontot. Ha egy picit bővebben húzzuk meg ezt az időbeli határt (3 évben), akkor az időben szűrtek aránya 33%.

(Az országos referencia adat ebben a tekintetben 78%, ennyi 45-65 éves nő vett részt az ELEF-es kérdezést megelőző három évben emlőszűrésen.)²²

Mivel információink alapján a megyében mammográfiai vizsgálatra csak Miskolcon van lehetőség, azt vártuk, hogy területileg nagyon különböző lesz a szűrtek aránya, s a legmagasabb elérést Miskolcon prognosztizáltuk. Ebbéli feltételezésünk nem teljesen igazolódott. Az adatok azt mutatják, hogy a célkorosztályon belül (45-65 éves nők) a „szabályszerűen” megjelenők aránya Miskolcon a legalacsonyabb. A „szabályszerű” megjelenés alatt azt értjük, hogy a hivatalosan előírt két éves cikluson belül jelenik meg a behívott személy a vizsgálaton. Miközben Miskolcon ez az arány mindössze 12%, a másik három település-típuson ennek az értéknek kb. két és félszeresét regisztrálhatjuk (26-29% - 9.1.1. táblázat).

9.1.1. táblázat: Részvétel mammográfiai vizsgálaton, az utoljára elvégzett emlőrontgent időpontja szerint, település-típus bontásban, %
(N=a kérdezett 45-65 éves)

település-nagyság	megye- székhely	20000- 150000	3000- 19999	3000- nél kisebb	össz.
az elmúlt 12 hónapban	5,3	11,4	10,3	21,5	16,7
több mint 1 éve, de 2 éven belül	6,8	17,2	15,6	5,7	8,8
több mint 2 éve, de 3 éven belül	8,7	2,9	8,4	6,5	6,8
több mint három éve	51,2	20,8	9,8	3,1	10,7
soha	28,1	47,7	56,0	63,1	56,9

Ugyanakkor, ha azt nézzük, hogy a veszélyeztetett korosztályból valaha hányan vettek részt már legalább egy alkalommal emlőszűrésen, akkor a várt területi megoszlások jönnek be. Legtöbben a helyben lakó miskolciak

²² Forrás: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

közül mentek el mammográfiai vizsgálatra (72%). A célkorosztályba tartozó ózdiak és kazincbarcikaiak 52%-a volt már valaha emlőszűrésen, a 3.000-20.000 fős települések roma lakóinak 44%-a, a még kisebb településeken élőknek pedig 37%-a.

Mit jelentenek mindezek az adatok? Egyrészt azt, hogy az ellátások igénybevételében jelentkező területi egyenlőtlenségek nagyon erőteljesen hatnak. Ugyanakkor van lehetőség ezeken az egyenlőtlenségeken valamelyest enyhíteni. Az interjúkban gyakran megemlítették az interjúalanyok, hogy sok helyütt az önkormányzatok támogatják a mammográfiai vizsgálatokra való eljutást. Ez egy csoportos buszos beutaztatást jelent, ahol az önkormányzat biztosítja az anyagi feltételeket, a védőnők meg megszervezik a behívóval rendelkező asszonyok utazását. Ezt, ha az anyagi források engedik, rendszeres jelleggel csinálják (félévente, évente). Így van egy olyan réteg, amely rendszeresen el tud jutni a szűrővizsgálatokra. Elvben sok helyütt sokkal több ember számára volna biztosított ez az ingyenes beutazás és vizsgálat, mint amennyien végül igénybe veszik. (A távolmaradás lehetséges okaival majd egy későbbi részben foglalkozunk.)

A szűrővizsgálaton való részvételt ugyancsak segítik azok a kezdeményezések, amelyek keretében nem a betegeket viszik el a vizsgálati helyre, hanem a vizsgálati helyet viszik el a betegekhez: egy-egy napra mobil (mozgó) rákszűrési állomásokat telepítenek ki és üzemeltetnek a szűréssel megcélzott településen.

A Miskolcon élők körében – mivel helyben laknak -, nincs ilyen központilag megszervezett „buszoztatás”. Védőnői, központi szervezés hiányában kevésbé motiváltak az itt élők, s hiába a védőnők tájékoztatása, az emberek

rendszeres jelleggel, határidőben nem mennek el vizsgálatra. Két emlővizsgálat között sokkal több idő telik el, mint két vagy három év.

Annak ellenére nem járnak el sokan a célkorosztályból rendszeresen a vizsgálatra, hogy tudják: mammográfiái vizsgálatra a korukbeli nőknek legalább 2-3 évente ajánlott elmenni (62%), sőt ezen belül sokan azt gondolják, hogy erre érdemes évente sort keríteni. Sokan nem tudják pontosan meghatározni, hogy milyen sűrűséggel ajánlott ez a vizsgálat (27%), de abban azért biztosak, hogy nem három évnél ritkábban (4, 5, stb. évente) kell ilyen vizsgálatra menni (11%).

9.2. Méhnyakszűrés²³

Méhnyakszűrésen a felnőtt roma nők 70%-a vett már részt valaha, tehát jóval többen mint emlőszűrésen (26%-nyian az elmúlt 12 hónapban, 13%-nyian egy évnél régebben, de két éven belül, 8%-nyian pedig 3 éven belül). Mindez azt jelenti, hogy a térségben három roma nőből – saját bevallása alapján – egy nem vett még részt sohasem ilyen szűrésen. (Az országos adatok szerint méhnyakszűrésen a felnőtt nők 84%-a vett már részt valaha.)²⁴

Az emlőrákkal szemben a méhnyakrák esetében életkorilag sokkal szélesebb spektrumú a veszélyeztetettek nők köre: a szervezett szűrésbe a 25-65 éves korosztályt vonják be. Ha csak kifejezetten erre a célkorosztályra koncentrálnunk, akkor valamivel magasabb szűrési adatot kapunk (75%).

²³ A fejezetben, amikor a méhnyakszűrésről általában írunk, akkor abban egyaránt megjelenhetnek az OTH által szervezett szűrések illetve a nőgyógyászoknál a szakorvosi vizsgálatok keretében lebonyolított („nem-szervezett”) méhnyakszűrések is.

²⁴ <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>

Mivel szervezeten háromévente kerül sor a 25-65 év közötti nők méhnyakszűrésére, így érdemes azt is megnézni, hogy a kérdezést megelőző három éven belül hányan jelentek meg szűrésen. Az adatok azt mutatják, hogy a 25-65 éves roma nők 48%-a vett részt az elmúlt három évben ilyen vizsgálaton.

Az adatok területi bontása azt mutatja, hogy a lakóhely jellege, nagysága itt is meghatározza a szűréshez való hozzájutás esélyét, hiszen Miskolcon 82%-nyian, Ózdon/Kazincbarcikán 92%-nyian vettek részt már valaha méhnyakszűrésen. Ezzel szemben a legkisebb településeken élők körében 74%-nyian, a közepes nagyságú településeken élők körében pedig 68%-nyian (16. melléklet). A méhnyakszűrésen rendszeresen résztvevők arányában már inkább a hasonlóságok dominálnak. A vizsgált négy településkategória közül háromban az elmúlt három évben majdnem minden második roma nő részt vett szűrésen (44-48%). Ezek mellett kiemelkedően magasnak mondható az ózdi/kazincbarcikai adat (61%).

Ellentétben az emlővizsgálattal a méhnyakszűréssel kapcsolatban kevésbé érzékelhetőek központi, kampány jellegű szervezések, amelyek megkönnyíthetik a nők szűrésen való részvételét. („Buszoztatásról” például egyáltalán nem hallottunk.) Ennek hátterében feltehetően az áll, hogy ezen a területen sokkal több szűrési lehetőség áll rendelkezésre, nem kell mindenképpen olyan nagy távolságokat megtenni. (Központi jellegű, kampányakciónak tekinthető, amikor kisebb településre megpróbálnak az önkormányzatok/a védőnők nőgyógyászokat hívni. Ezt évekkal ezelőtt gyakrabban lehetett megfigyelni, ma már – anyagi okok miatt – kevésbé.)

Feltehetően a behívási listák sem mindenhol olyan nagyok, hiszen sok nő, ha nem is rendszeresen, de azért találkozik nőgyógyásszal, pl. amikor szül,

így időről-időre átesik szűrővizsgálaton (ők nem is kerülnek be így a szervezett szűrésre behívandók közé).

Az adatok részletesebb életkori bontása azt mutatja, hogy a rendszeres részvétel tekintetében a törésvonal igazából 45 év körül jelentkezik, eddig az időpontig ugyanis lényegében azonos az egyes korcsoportokban a résztvevők száma. A 25-44 éves korú nők kb. 50-60%-a mondta azt a felmérés során, hogy az elmúlt három évben volt szűrésen, s kb. 20-30%-uk, hogy ennél régebben. A 45-55 éveseknek viszont már csak 40-45%-a vett részt az elmúlt három évben szűrésen, az 56-65 éveseknek pedig csak 24%-a (9.2.1. táblázat).

9.2.1. táblázat: Méhnyakszűrésen való részvétel, az utoljára elvégzett citológiai (méhnyakhámsejt) vizsgálat időpontja szerint, korcsoportonként, %

(N=25-65 évesek)

korcsoport	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-55	56-65	össz
az elmúlt 12 hónapban	29,5	31,3	32,1	28,2	18,4	20,9	15,6	25,6
több mint 1 éve, de 2 éven belül	16,7	17,8	9,6	12,0	16,9	10,4	2,9	12,5
több mint 2 éve, de 3 éven belül	6,9	14,5	10,4	12,5	8,9	7,4	5,9	9,5
több mint három éve	11,8	12,6	31,9	26,9	25,5	37,9	49,8	27,3
soha	35,1	23,7	16,0	20,4	30,4	23,4	25,7	25,1

A mammográfiai vizsgálattal ellentétben méhnyakszűrést már sok helyen el lehet végeztetni, lényegében mindenhol, ahol nőgyógyászati szakorvosi rendelés elérhető. Bár pontos adatokkal nem rendelkezünk arról, hogy mennyien mennek vizsgálatra a szervezett szűrés keretében, azonban az interjúk tapasztalatai alapján azt mondhatjuk, hogy ez az – emlőszűréshez képest – mindenképpen magasabb szűrési statisztika nem annyira ennek köszönhető. A termékeny korban lévő nők várandósságuknak köszönhetően

szinte automatikusan bekerülnek az ellátórendszerbe, s a nőgyógyászati vizsgálatokkal párhuzamosan átesnek a legfontosabb szűrővizsgálatokon is, s ez időben lényegében attól függően tart, hogy hány gyermeket szülnek: minél többet, annál folyamatosabb ez fajta nőgyógyászati, szűrővizsgálati kontroll.

A szűrővizsgálatokon való részvétel tehát nem biztos, hogy csak és kizárólag az egyén döntésén, elhatározásán múlik. Szerepet játszik ebben ez is, mert ha valami nőgyógyászati problémát érzékelnek a nők, akkor egyből orvoshoz fordulnak, igaz gyakran csak akkor, ha már komoly fájdalmat érzékelnek, tehát nem preventív célzattal keresik fel az orvost. (A nőgyógyászati jellegű problémákat sokkal könnyebben érzékelhetik a betegek, mint például az emlőproblémákat, amelyek tünetei kezdetben láthatatlanok és kevésbé fájdalmasak.) Meg kell említenünk, hogy a „nem szervezett” szűrések nagyobb népszerűsége annak is köszönhető, hogy - a szervezett szűrésekkel ellentétben - várandósságukkor a nők szívesebben vesznek részt vizsgálatokon, de nem önmagukért, hanem születendő gyermekük miatt. (Ez a másodlagosan jelentkező önegészség-fontosság akkor is megfigyelhető, ha már megszülettek a gyerekek, az édesanyák elsősorban a gyerekek egészség-, betegállapotával foglalkoznak, önnön egészség-, betegállapotukkal már kevésbé.)

A termékeny korból kilépve a roma nők az esetek nagy részében elvesztik a kapcsolatot a nőgyógyászokkal, nem járnak már el kontroll vizsgálatokra, van, hogy 10-15 évet is kihagynak. Ezzel magyarázható, hogy 45 éves kor után meredeken esik a méhnyakszűrésen részt vevők száma. Szervezett szűréssel minden korosztályt nehéz elérni, de ezt a közép illetve idős korosztályt talán még kevésbé, különösen az 55-65 éves korosztályt. Ez korosztály úgy érzi, hogy ők már valaminek a végéhez közelítenek, ezért a szűrővizsgálatoknak számukra már nincs olyan nagy fontossága, s sokan,

ha kiderülne, hogy valami baj van, valószínűleg nem is kezeltetnék, műtetnék meg magukat. „Roma-számítás” szerint ez a korosztály valójában már nagyon öregnek számít. (Az interjúk során gyakran hangoznak el olyan vélemények, hogy egy középkorú, idős roma nő legalább 10-15 évvel idősebbnek tűnik a valós életkorához képest.) A szervezett szűrés szempontjából elvben tehát ez az idősebb korcsoport a legfontosabb célcsoportot, őket kellene leginkább elérni és meggyőzni.

A szervezett szűrés úgy szabályozza a részvételt, hogy az érintetteket háromévente hívják be méhnyakszűrésre. Érdekes, hogy a 25-65 éves kérdezettek nagy része úgy gondolja, hogy a nőknek az ő korukban évente kell méhnyakszűrésre járni (59%). A hároméves ciklusig 79%-nyian jutnak el, 10% szerint ennél ritkábban kell ilyen vizsgálatot végezni. 11%-nyian nem tudták eldönteni, hogy milyen sűrűséggel ajánlott ez a szűrés.

9.3. Védőnői méhnyakszűrés

A méhnyakszűrés esetében a jelenlegi szűrési helyszínek és lehetőségek bővülnek azáltal, hogy a szűrés fokozatosan a védőnői kompetencia része lesz. A védőnő nővédelmi feladatai - a családtervezéssel kapcsolatos tanácsadás, az anyaságra való felkészülés segítése, a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezése - kiegészülnek a népegészségügyi célú méhnyakszűrés elvégzésével. Ma már a felsőfokú védőnői képzésbe is beépült ez az elem kötelező jelleggel, s minden pályán lévő védőnőnek el kell végeznie az ezzel kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzést. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2014. (V.21.) ESzCsM rendelet, 2015. október 1-től hatályba lépő módosítása mondja ki, hogy ez 2018. december 31-ig minden védőnő számára kötelező.

A védőnői méhnyakszűrés fogadtatása központi helyet foglalt el a kérdőíves kutatásunkban és értelemszerűen a kérdést érintettük a kvalitatív interjúkban is.

A kvalitatív interjúzás során megkérdezett védőnőket nagyon különböző szakmai élethelyzetekben értük el. Valaki még csak az elméleti képzést végezte el, s a gyakorlati képzés előtt állt. Van, aki már azon túl volt és gyakorolja is a praxist. Van, aki hosszú távon tervez ezzel, van, aki úgy gondolja, hogy ha ezt kötelezővé teszik, akkor ő inkább elhagyja a pályát. Természetesen néhány interjú alapján nem lehet pontos következtetést levonni arról, hogy a védőnők összességében milyen álláspontra helyezkednek el ebben kérdésben (hogy szükségesnek tartják-e ennek teljeskörű bevezetését, csinálnák-e, stb.). De az interjúk tapasztalatai alapján azt azért el lehet mondani, hogy milyen érveket, érvrendszereket fogalmaz meg egyik vagy másik oldal.

Ha a védőnői interjúkban említett érveket illetve ellenérveket megpróbáljuk összegyűjteni, akkor a következő típusos vélemények emelhetők ki:

a védőnői méhnyakszűrés mellett szóló érvek, érvcsoportok	a védőnői méhnyakszűrés ellen szóló érvek, érvcsoportok
erős bizalmi viszony van a védőnők és a körzetében élő anyukák, kismamák között, nagyon jól ismerik egymást	ez nem tudja helyettesíteni a komplexebb, többelemű nőgyógyászati vizsgálatot
magasabb szűrtség várható, mert a védőnőkhöz többen mennének el, több olyan ember, aki nőgyógyászhoz úgyse fog elmenni, eljutni	a (nagyobb településeken) feszültséget, konfliktusokat generálhat a nőgyógyászok és a védőnők között
nő, mint vizsgáló személy iránt nagyobb a nyitottság (kevésbé lesznek szégyenlősek a nők, könnyebben levetkőznek)	felelősség kérdése, ha pozitív a lelet, azt nagyon nehéz lesz elkommunikálni

a védőnői méhnyakszűrés mellett szóló érvek, érvcsoportok	a védőnői méhnyakszűrés ellen szóló érvek, érvcsoportok
kevesebb időráfordítást jelent a nők számára a védőnői vizsgálat: közelebb van, nincs várakozási idő	ha nem negatív a lelet, de később kiderül, hogy valami komolyabb probléma volt, amit a védőnői vizsgálat nem tudott kimutatni, az ugyancsak nehezen vállalható, nehezen kommunikálható (bizalmi deficitet eredményezhet) támadni fogják őket érte
(elsősorban a kistelepüléseken) a védőnő helyben van, közel van, könnyebben elérhető, könnyebben lehet vele kapcsolatba lépni	nagyvárosokban, ahol sok nőgyógyász van, feleslegesnek tűnik egy ilyen szolgáltatás bevezetése
a behívásos rendszer hatékonyabban működhetne (a védőnők a szűrési listát alaposan leellenőrzik, a személyes találkozó során jobban tudnák motiválni a részvételben az érintetteket)	a képzés szakmai színvonala nem minden esetben megfelelő, a képzés során előírt kenetlevételek száma nem biztos, hogy elegendő
	egy nőgyógyász szakmailag ehhez jobban ért, ez a szakterülete
	idegenkedés, tartózkodás van a felnőtt nők ilyen jellegű intim vizsgálatától (fizikai kontaktus, higiéniai kérdések, stb.)
	a méhnyakszűrés, mint plusz feladat beemelése csak növeli az amúgy is leterhelt védőnők munkáját
	a védőnői méhnyakszűrés anyagi finanszírozása nem igazán megoldott
	kötelező jellegén enyhítenének, inkább választható opció legyen (a kötelező jelleg akár tömegesebb pályaelhagyást is indukálhat, s a kötelező jelleg rányomhatja a bélyegét a szűrések hatékonyságára is)

A pozitív érveket átolvasva viszonylag világos a helyzet. A szűrési hatékonyság növelése és a megszűrt asszonyok számának növekedése alapvetően két tényezőn múlhat. Egyrészt azon, hogy nagyon szoros viszony van a védőnők és a körzetben élő (roma) nők között: jól ismerik egymást, bizalmi a kapcsolatuk. Másrészt azon, hogy a védőnők helyben vannak: könnyen elérhetők, az asszonyoknak nem kellene utazniuk, a rendelőkben várakozniuk, stb.

A negatív jellegű érvek, ha megfogalmazódnak, már szerteágazóbbak. Ez nem jelenti feltétlenül azt, hogy több a negatív vélemény, hanem inkább csak azt, hogy a megközelítések ebben a vonatkozásban sokkal specifikusabbak. Ezeknek a negatív véleményeknek egy része azt vetíti előre, hogy a védőnők egy csoportja nem szeretne méhnyakszűrést végezni, idegenkedik tőle, nem érzi úgy, hogy a profiljába vág, tart attól, hogy a sikertelen vizsgálatok, a pozitív leletek erodálhatják a már kiépült bizalmi kapcsolatokat. S emiatt akár a pályaelhagyás is opció lehet a számukra 2018-at követően. A negatív típusú vélemények másik nagyobb csoportja arra utal, hogy bizonyos feltételek teljesülése esetén a védőnők egy része nem fog elzárkózni ettől a feladattól (pl. ha a képzési színvonalat emelnék, ha a finanszírozási kérdéseket megoldanák, ha a már meglévő feladat-leterhelésen valahogy enyhítenének, stb.)

Összességében a véleményeket látva azt mondhatjuk, hogy egyáltalán nem egységes a védőnői társadalom ebben a kérdésben, ezért érdemes mindenképpen egy konszenzusos helyzet kialakítása.

Nézzük azonban meg a másik oldalt is, azt hogy a (védőnői) szűrővizsgálatok potenciális (roma) alanyai miképpen állnak ehhez a kérdéshez.

Az adatok azt mutatják, hogy a védőnői méhnyakszűrés lehetőségéről még kevesen tudnak. Ez önmagában annyira nem meglepő, hiszen a védőnők valószínűleg csak akkor tesznek említést erről a körzetükben, ha már lehetőségük van ilyen vizsgálat elvégzésére: megvan a munkáltatói szerződésük is hozzá, ki van alakítva és fel van szerelve a tanácsadójuk. Összességében a roma nők 24%-a mondta azt, hogy hallott már arról, hogy védőnők is végezhetnek ilyen fajta szűrést. Majdnem mindegyik válaszadói csoportban stabilan egynegyedre tehető a tájékozottak aránya. Egyedül a védőnőktől „távolabb” elhelyezkedő idősebb korosztályhoz tartozó kérdezettek tájékoztatlanabbak a kérdésben (17. melléklet).

Önmagában a megkérdezettek támogatják ezt a lehetőséget, sokan hasznosnak tartják a védőnői méhnyakszűrés bevezetését. A megkérdezettek 71%-a tartja ezt nagyon vagy valamennyire hasznosnak. Az adatok területi bontása azt mutatja, hogy a kisebb településeken élők nagyobb számban támogatják ezt lehetőséget, a nagyobb városok lakói pedig az átlagosnál valamivel kevésbé (17. melléklet).

A védőnői szűrés bevezetésének hátterében az a szándék is meghúzódik, hogy a szűrendő nők könnyebben el tudnak jutni így a vizsgálati helyszínre, nem kell utazniuk, nem kell várakozniuk, stb. A szándék valós jelenségeken alapszik, hiszen ha csak azokat vesszük alapul, akik részt vettek már ilyen vizsgálaton, azok kétharmada azt mondja, hogy a legutóbbi vizsgálat során utaznia kellett, mert a vizsgálat elvégzésére csak más településen volt lehetőség. És akkor ebben még nincsenek beleszámolva azok, akik éppen azért nem mennek el szűrésre, mert nem akarnak/tudnak utazni és azok sem, akik lehet, hogy helyben laknak, de a várakozás még az ő esetükben is komoly időt venne el.

Jelenleg a megkérdezettek lakóhelye egyértelműen meghatározza, hogy ki tudja helyben ezt a vizsgálatot elvégeztetni.

A 3.000 főnél kisebb településeken élők 94%-a ezt nem tudja megtenni, s a legutolsó méhnyakszűrés alkalmával utaznia kellett. (Akiknek nem kellett, azok lehet, hogy szerencsések voltak és eljutottak egy helyi vagy éppen egy „utazó” nőgyógyászhoz vagy éppen már egy védőnő csinálta meg a vizsgálatot. De az is lehet, hogy az utolsó vizsgálat során máshol volt a kérdezett lakóhelye.)

A nagyobb városok esetében (Miskolc, Ózd, Kazincbarcika), mindössze az esetek 5%-ában kellett utazni, tehát itt egyértelműen megoldható (volt) a helyi vizsgálat. (Akiknek utazniuk kellett, azoknak lehet, hogy az utolsó vizsgálat során máshol volt a lakóhelye vagy valamilyen komplikációja volt, s ezért például Budapestre kellett utaznia. De az is lehet, hogy a város vonzáskörzetében lévő telepről utazott a kérdezett, amit egy másik településként értelmezett, hiába beszélhetünk egy közigazgatási egységről, pl. Miskolc-Lyukóvölgy.)

Megosztottabb a kép a 3.000-20.000 fős településeken élők körében. Itt minden második esetben kellett a vizsgálaton résztvevőnek egy másik településre utaznia. Az ebbe a település-kategóriába eső kérdezettek attól függően adnak választ a kérdésre, hogy az adott településen elérhető-e nőgyógyász szakorvos vagy sem. Ha nem, akkor utazni kell.

Akár az utazás miatt, akár a várakozás miatt, a szűrésre mindenképpen valamennyi időt fordítania kell a páciensnek. Az adatok azt sugallják, hogy az utazás ténye átlagosan kb. 2 órával növeli a vizsgálatra fordítandó időmennyiséget, de a legkisebb településekről indulók esetében akár 3 órával is. Míg az „utazóknak” átlagosan négy és fél órájuk megy el a

vizsgálattal, addig a „helyi vizsgálaton” részt vevőknek „csak” két és fél órájuk (9.3.1. táblázat).

9.3.1. táblázat: A méhnyakszűrésre történő utazással, a várakozással, stb. eltöltött idő, településtípus bontásban, átlagóra
(N=aki már rész vett méhnyakszűrésen, a legutolsó vizsgálat alapján)

településtípus	megye- székhely	20000- 150000	3000- 19999	3000- nél kisebb	össz.
helyben készült a szűrés	2,63	2,95	2,19	1,36	2,44
másik településre kellett utazni	1,63	4,41	3,68	4,54	4,36
összesen	2,59	3,06	2,92	4,33	3,66

A védőnői méhnyakszűrés lehetősége alapvetően még nem igazán jelentkezhet a szűrési statisztikában. A legutolsó szűrést alapul véve, a nőgyógyászati méhnyakszűrés aránya a megyében 97%-os, a védőnőié pedig 3%-os. A nagyobb városokban (Miskolc, Ózd, Kazincbarcika) statisztikailag még egyáltalán nem mérhető a védőnői szűrés (0%). S ugyancsak elenyésző ez az érték a védőnői szűrés szempontjából fontosnak tekintett kistelepülések esetében (1%). Érdemi eredmények a 3.000-20.000 fős településeken jelentkeznek (10%), ami feltehetően annak köszönhető, hogy itt egy-egy településen olyan védőnő dolgozik, aki nagyon fontosnak tekinti ezt a kérdést, s az ő szűrési aktivitásuk tükröződik ezekben a relatíve magasabb adatokban (17. melléklet).

Nagyon megosztottak a kérdezettek abban a tekintetben, hogy ha teljekörűen bevezetnék a védőnői méhnyakszűrést, akkor kit választanának: inkább egy védőnőt vagy inkább egy nőgyógyászt.

Korábban láthattuk, hogy védőnői oldalról is differenciált az új rendszer fogadtatása, a védőnők az új rendszer működtetésének egyaránt látják

pozitív és negatív hatásait is. De másik oldalról, a páciensek oldaláról is nagyon összetett a kép.

Felmérésünk tanúsága szerint, ha választási lehetőség volna, akkor szűrés esetén a megkérdezett roma nők 44%-a (továbbra is) nőgyógyászhoz fordulna, s lényegében ugyanennyien választanák inkább a védőnőt (42%). Tendenciaszerűen jelentkezik, hogy minél kisebb településen lakik valaki, annál valószínűbb, hogy a védőnőhöz fordulna, de a különbségek nem olyan jelentősek: a nagyobb városokban 35-36%-nyian választanák a védőnőket, a kis-, közepes nagyságú településeken pedig 40-45%-nyian. (Tehát nem lehet azt mondani, hogy a kis településeken élők, ahol nincs nőgyógyászati szakorvosi ellátás, nagyon nagymértékben váltanának.)

A preferenciákat az életkori tényezők is erőteljesen befolyásolják. A szervezett szűrés szempontjából kiemelt célcsoportként kezelendő idős korosztály tagjai a nagyvárosokban illetve a közepes nagyságú településeken – ahol a nőgyógyászati szakrendelés könnyebben elérhető – egyértelműen a nőgyógyászati szűrést választanák. (Ennek oka feltehetőleg az is, hogy életkoruknál fogva, ők kevésbé állnak szoros kapcsolatban a védőnőkkel illetve feltehetően van olyan nőgyógyászati rendelő, ahova rendszeresebben járnak.) Egyedül a 3.000 főnél kisebb településeken nem jelentkezik ez az összefüggés, itt a két szakembert megközelítőleg azonos számban választanák az idősebb nők (18. melléklet). A védőnők említését valószínűleg az is befolyásolja a kisebb településeken, hogy itt gyakoribb, hogy több generáció együtt él, s így az idősebbek jobban ismerhetik a védőnőket.

Az életkori tényezők abban a tekintetben is hatnak, hogy legnagyobb arányban a 18-29 éves korosztály tagjai támogatnák a védőnői szűréseket, azok, akik gyermekeik révén leginkább élő kapcsolattal rendelkeznek a

védőnőkkel. Paradox módon azonban az ő esetükben várható kevésbé, hogy szervezett szűrés keretében valóban a védőnőkhöz fognak kerülni. A védőnők ugyanis csak a behívón szereplő nőket szűrhetik, a 18-29 éves korosztály tagjai viszont nagy számban nem fognak ezeken a listákon szerepelni, mert akik közülük szülnék, azok valamennyire szűrési kontroll alatt állnak. A szülések miatt a nőgyógyászoknál időről-időre áteshetnek ezeken a vizsgálatokon.

A preferenciákat nagyon nagymértékben meghatározza, hogy ki milyen sűrűséggel jár méhnyakszűrésre: aki gyakrabban, az valószínű, hogy nőgyógyászati szűrést csináltatna a jövőben is. A védőnői méhnyakszűrés egyik lehetséges célcsoportját azok jelenthetik, akik nem szoktak megjeleni ezeken a szűrésen. (A szolgáltatás bevezetésének ez az egyik nem titkolt célja is.) Adataink szerint ebben a körben valós igény lehet a védőnői szűrésre, hiszen többen választanák őket, mint a nőgyógyászokat (9.3.2. táblázat). Ugyanakkor ebben a körben a legnagyobb a bizonytalanság is: még nem tudja, igazából, hogy mit csinálna, mindegy neki, lehet, hogy el sem menne. Nem lesz tehát könnyű feladatuk a védőnőknek, hogy ez a réteget elérjék és meggyőzzék.

9.3.2. táblázat: Preferenciák a méhnyakszűrést végző szakemberrel kapcsolatban, annak függvényében, hogy ki mikor volt utoljára méhnyakszűrésen, %
(N=26-65 évesek)

kit választana? mikor volt?	nőgyógyász szakorvost	védőnőt	mindegy	nem menne el	nem tudja
az elmúlt 12 hónapban	63,2	32,0	3,8	0,0	1,0
több mint 1 éve, de 2 éven belül	45,3	45,7	0,5	0,0	8,5
több mint 2 éve, de 3 éven belül	44,4	53,5	0,8	0,0	1,3
több mint három éve	43,0	48,2	0,9	1,9	6,1
soha	27,8	40,3	3,8	2,9	25,1

Ha az indokokat vizsgáljuk, ki miért választaná inkább a nőgyógyászt vagy inkább a védőnőt, akkor a válaszokból nagyon eltérő motivációs kép rajzolódik ki.

A nőgyógyászok választásának egyértelműen szakmai okai vannak: szakmailag megbízhatóbbnak, jobban tartják őket, a terület szakterületük, stb. Ebben a vonatkozásban tehát a méhnyakszűrés erőteljesen szakmai feladatként definiálódik, amihez érteni kell, amihez akár orvosi végzettség is kell. Természetesen jelen vannak további szempontok is: a megszokás, a korábbi kapcsolat, stb., de alapvetően mindent ez a szakmai elem ural (9.3.3. táblázat).

9.3.3. táblázat: Ha választhatna a kérdezett, akkor miért tartja jobb megoldásnak a nőgyógyász által végzendő méhnyakszűrést, %
(N=akik a nőgyógyászt preferálnák és ezt meg is tudja indokolni)

szakmailag jobb, rátermettebb, többet tud, ez a szakterülete	42,7
megbízom a munkájában	41,0
mert orvos, ez orvosi feladat, ez az orvos dolga	5,3
általában megszokásból	4,0
van nőgyógyásza, amúgy is jár hozzá, évente megy oda, más ok miatt is mennie kell orvoshoz	4,0
személyes ismertség, jobban ismerem	3,7
ez nem a védőnő feladata	3,1
általában jó, jobb	2,8
szélesebbkörű vizsgálatokat csinál, többet csinál, mással is foglalkozik	2,1
az orvosnak több jogosítványa van, továbbküldheti, gyógyszerert is felírhat, látja az eredményeket	2,0
biztonságos	1,5
általában jobban odafigyel, lelkiismeretesebb	0,5
közel van, helyben van, itt van, nincs messze	0,5
gyorsabb, hamarabb végez	0,2
mert férfi	0,2
általában praktikusabb, egyszerűbb, kényelmesebb, kellemesebb (nem derül ki miért)	0,1
egyéb	1,2

A védőnők esetében már merőben más a kép. Itt sokkal inkább a praktikus okok kerülnek előtérbe, minden az időbeli, térbeli korlátok lebontásáról szól. A vizsgálat így könnyebben megoldható, mert a védőnők közel vannak, könnyebb őket elérni, nem kell utazni, utazási költséggel kalkulálni. Ennek köszönhetően gyorsabban is végeznek az emberek, nem kell annyit várakozni. Mindezek mellett megjelennek más szempontok is - pl. a személyes ismertség vagy az, hogy könnyebben vetkőznek le az anyukák egy nő előtt -, de alapvetően az időbeli, praktikus megközelítések uralják a válaszokat (9.3.4. táblázat).

9.3.4. táblázat: Ha választhatna a kérdezett, akkor miért tartja jobb megoldásnak a védőnő által végzendő méhnyakszűrést, %
(N=akik a védőnőt preferálnák és ezt meg is tudják indokolni)

nem kell utazni, buszozni	41,3
közel van, helyben van, itt van, nincs messze	35,6
személyes ismertség, jobban ismerem	15,7
gyorsabb, hamarabb végez	12,7
kevesen vannak, nincs tömeg, nincs várakozás	7,8
ingyenes, nem kerül semmibe, olcsóbb, nem kell jegyet vennie	7,7
megbízom a munkájában	7,1
mert a kérdezett szégyenlős, szégyenérzete van,	7,1
mert nő	6,2
kedves, rendes, barátságos	5,5
általában praktikusabb, egyszerűbb, kényelmesebb, kellemesebb (nem derül ki miért)	3,9
általában jó, jobb	1,9
szakmailag jobb, rátermettebb, többet tud, ez a szakterülete	0,7
általában jobban odafigyel, lelkiismeretesebb	0,7
biztonságos	0,1
egyéb	1,9

A szakmai jellegű szempontok pozitív jelentéstartalommal a védőnők esetében nem igazán kerülnek szóba (igaz negatív jelleggel sem). Ez a fajta szakmaiság a megkérdezettek fejében szinte kizárólag az orvosokhoz kapcsolódik. Véleményünk szerint ahhoz, hogy a védőnői szűrések még inkább elfogadottabbak legyenek a roma nők körében, a védőnők szakmai, szakértői image-ét kellene még jobban erősíteni, pl. hangsúlyozni, hogy a szűréssel kapcsolatban milyen képzésen vettek részt, milyen típusú végzettséget szereztek, milyen vizsgálati eszközöket kaptak, stb.). Vagy magát a szűrést kellene egy picit demisztifikálni és az orvosi szintről „lejjebb” emelni. Nem egy bonyolult, szakmai kérdésként kellene bemutatni, hanem inkább úgy, hogy ez csak egy kenet levétel, egy rutinszerű, egyszerű vizsgálat, ami nem is feltétlen igényli egy orvos jelenlétét.

9.4. A népegészségügyi szűréseken való részvételt akadályozó tényezők

Remények szerint a védőnői szűrés teljeskörű bevezetésével sikerül majd növelni a nők, különösen a hátrányos körülmények között élő nők szűrtségét. Az biztos, hogy a védőnői szűrések intézményesülésével jelentősen csökkenhetnek a szűrővizsgálatok igénybevételeiben jelentkező súlyos területi egyenlőtlenségek. (Látható volt, hogy a 3.000 főnél kisebb településeken élőknek, ha szűrésen akarnak részt venni, szinte minden esetben egy másik településre kell utazniuk.)

Nemcsak a méhnyakszűrésekkel kapcsolatban, hanem a mammográfiai vizsgálatokkal kapcsolatban, s általában mindenfajta orvosi vizsgálattal kapcsolatban elmondható, hogy meg kell teremteni annak lehetőségét, hogy a szükséges vizsgálatokhoz mindenki könnyen hozzájuthasson. Ezért minden olyan kezdeményezés, amely ezt a területi egyenlőtlenséget csökkenti, üdvözlendő. A védőnői szűrés ebbe a sorba illeszkedik, s ugyanide soroljuk az emlőszűrések esetében a mozgó vizsgálati buszok működtetését, amellyel célzottan lehet eljuttatni a mammográfiai vizsgálat eszközeit kisebb, elzártabb településekre is. A nőgyógyászati vizsgálatok esetében a területi korlátozottságok feloldásában ugyancsak ezek a mozgó típusú, az adott településre pl. heti rendszerességgel kiutazó nőgyógyászok jelenthetnének megoldást. (Ha egy vizsgálati lehetőség területileg túl messze van, helyben elérhetetlen, akkor meg kell próbálni azt a lehető legközelebb elvinni a szűrendő célcsoporthoz.)

A mélyinterjúkban elhangzottakból kiindulva ezek a megoldások azonban még csak egy elvi esélyt, keretet adnak. Sajnos egyáltalán nem biztos, hogy sikerül ezeket tartalommal is feltölteni, vagyis hogy az érintettek valóban el is fognak menni helyben ezekre a vizsgálatokra. Sok olyan esetről

számoltak be az interjúalanyaink, ahol igazából nem sikerült megmozgatni a helyben élőket. Ugyanakkor sok olyan esetet is említettek, ahol igen.

A vizsgálatok helybe történő telepítése egy sor akadályozó tényezőt meggyengít (utazási problémákat, időbeli problémákat, anyagi problémákat, stb.). Ebben a fejezetben azt próbáljuk meg felvázolni, hogy milyen akadályozó tényezők húzódnak meg még a háttérben.

A kérdőíves felmérés során felsoroltunk a kérdezettek számára nyolc olyan hátráltató tényezőt, amely véleményünk szerint releváns lehet, s megkértük őket arra, hogy jelezzék, ezek a hátráltató tényezők az ő esetükben valóban hatnak-e. (Hogy ezek valós indokok lehetnek, jól mutatja, hogy a megkérdezettek 82%-a választott ezek közül legalább egyet.)

Az empirikus kutatás eredményei azt mutatják, hogy négy olyan tényező-együttes van, amely komoly mértékben visszatarthatja a megkérdezetteket a vizsgálaton való részvételtől, s ezek lényegében függetlenek attól, hogy az adott vizsgálat helyben elérhető-e vagy sem. Tehát önmagában az, hogy a területi egyenlőtlenségek valamennyire megszűnnek, még nem biztos, hogy jelentősebben emelkedni is fog a szűrtség szintje.

A legtöbbször – minden második kérdezettnek (48%) – az okozza a legfőbb problémát, hogy idegenek előtt kell levetkőzni, s feltehetőleg különösképpen az, hogy ezt egy férfi előtt kell megtenni (9.4.1. táblázat). Ez a meztelenül való megjelenés nemcsak a vizsgálaton részt vevő nőket zavarhatja, a roma társadalmon belül vannak alcsoportok, közösségek, ahol kifejezetten tiltják, hogy a roma asszony más férfi előtt fedetlenül mutakozzon. Bár az interjúkból az a kép rajzolódott ki, hogy a fiatalabb korosztályt ma már egyre kevésbé zavarja ez a probléma, mégis,

felmérésünk során a 18-29 évesek körében emelik ki legtöbbször ezt a hátráltató tényezőt.

Ugyancsak nagyon komoly mértékben befolyásolja a roma nőket a félelem. Az attól való félelem, hogy valami rossz dolog fog kiderülni, megtudják, hogy betegek, kezelésekre kell majd járniuk. Ilyen fajta félelmekről a megkérdezettek 46%-a számolt be, s elsősorban az idősebb korosztály tagjai. Mindez szorosan összekapcsolódik azzal, hogy a vizsgált roma nők esetében sok esetben az egészség/betegség észlelés csak akkor kezd erőteljesebben működni, ha testük valami kézzel fogható tünetet produkál. És még ebben is vannak különböző fokozatok, stádiumok, gyakran csak akkor lépnek, ha már nagyon komoly a baj, már alig tudnak mozdulni a fájdalomtól. A preventív jellegű megoldások – s a szűrővizsgálatok természetüknél fogva ilyenek – igénybevétele kevésbé figyelhető meg náluk. A félelmeket az is generálja, hogy sokan úgy gondolják, hogy ezek a típusú vizsgálatok fájdalmasak lehetnek. A megkérdezettek 37%-a említette ezt a típusú visszatartó érvet, s elsősorban a fiatalabb korosztály tagjai, akik egy része életkoránál fogva még nem biztos, hogy részt vett szűrővizsgálaton.

Az eddig említett visszatartó hatású tényezők a kérdezettek személyiségéből, kulturális szokásaiból következnek. A negyedik legfontosabb érv, amely visszatartja az embereket a szűréstől, az lényegében független a vizsgált populáció jellegzetességeitől. Ez már inkább belső, munkaszervezési probléma, s a szervezett szűrés technikai paramétereire kapcsolódik: mennyire naprakészek az adatbázisok, mennyiben tudják követni az aktuális költözéseket, a kimenő levelek mennyiben találják meg a szűrendő célszemélyeket. A megkérdezettek 37%-a mondta azt, hogy azért nem szokott elmenni szűrővizsgálatokra, mert nem szokott behívót kapni.

9.4.1. táblázat: A szűrővizsgálatokon (pl. emlőrontgen, méhnyakszűrés) való részvételt akadályozó tényezők korcsoportonként, %

	18-29 évesek	30-55 évesek	56- évesek	össz.
zavarban vagyok a testem miatt és nem szeretek levetkőzni az orvosi vizsgálatok során	52,4	46,9	40,6	48,1
félek attól, hogy találnak-e valamit a szűrővizsgálaton	40,1	46,8	56,6	45,6
tartok attól, hogy fájdalmas a vizsgálat	45,9	33,1	28,7	37,1
nem mindig kapok behívót és ezért nem is tudom, hogy el kell-e mennem szűrővizsgálatra	36,0	35,5	43,8	36,6
ha a szűrővizsgálatokon valamilyen problémát találnak, akkor azt gondolom, hogy azon már úgysem lehet segíteni, azzal a betegséggel már életem végéig együtt kell élnem	24,5	28,6	36,1	28,0
az életkorom miatt nem kell szűrésre járnom	36,7	16,9	20,3	24,4
nincs időm arra, hogy elmenjek a szűrővizsgálatokra	17,7	23,9	10,3	20,1
szerintem ma fizetni kell szűrővizsgálatokért	5,7	7,5	6,0	6,7

Ahhoz, hogy a szűrések nagyobb hatékonysággal működjenek a roma közösségekben, meg kell próbálni ezeket az akadályokat valahogy leküzdeni. Kérdéses, hogy a kérdezettekben működő gátakat, hiedelmeket lehet-e valahogy oldani. Egy-egy esetben a védőnői szűrések talán segíthetnek ebben. Gondolunk itt például arra, hogy a vetkőzés, levetkőzés talán egy nő előtt kevesebb problémával járhat. Talán egy védőnő jobban tudja oldani – megfelelő tájékoztatással - azokat a görcsöket is, amelyek abból származhatnak, hogy a kérdezett szerint itt egy fájdalmas beavatkozásról van/lesz szó. A megoldást tehát itt is a további tájékoztatás,

a megfelelő és részletes ismeretanyag átadása jelenti. Igaz, azt az alapproblémát, amely a preventív jellegű gondolkodásmód gyengeségéből/hiányából fakad, azt az ismeretek mechanikus átadása sem oldja meg.

Érdemes mindezen információkat a tanulmány egy korábbi pontján már ismertetett ún. COM-B modellbe átültetni, „betölteni”, és megnézni, hogyan működik ez a rendszer, hol vannak hiányosságok, hol és hogyan érdemes a folyamatba beavatkozni, hogy a várt magatartás – a szűrővizsgálatra való elmenetel – kialakuljon.

Képesség

Itt az alapvető ismereteknek kell szerepelniük, hogy a betegek magáról a vizsgálatról, annak szerepéről, menetéről, időpontjáról, stb. minél többet tudjanak. Ez a fajta információs bázis véleményünk szerint ma már többé-kevésbé adott a szűrővizsgálatokkal kapcsolatban. Problematikusabbnak érezzük a részvételhez szükséges készségek meglétét (pl. nem tudok elmenni, mert le kell vetkőzni, félek elmenni, mert fájdalmas lesz a vizsgálat, szégyellek elmenni, mert koszos a ruhám, nem megyek el, mert mi van, ha kiderül, hogy beteg vagyok, stb.) Ahhoz, hogy ezek a készségek kialakuljanak, fontos volna olyan információkat is beépíteni a kommunikációs folyamatba, amelyek a még meglévő fenntartásokat, félelmeket csökkentenék. Be lehetne mutatni, hogy a vizsgálatot nő, női személyzet csinálná, akik előtt talán nyugodtabban lehet vetkőzni. (Igaz vannak nők, akik éppen azt zárják ki, hogy ilyen intim vizsgálatot nők végezzenek el rajtuk.) Vagy külön ki lehetne térni arra, hogy milyen típusú, intenzitású fájdalomra lehet számítani. Be lehetne mutatni, hogy mi történik azzal, akinél a vizsgálat még időben felfedezett egy bajt, illetve mi történik azzal, aki már túl későn került el orvoshoz.

Motiváció

A preventív jellegű gondolkodásmód gyengesége/hiánya miatt a motiváció szempontjából még inkább a hiányosságok érzékelhetők a szűrővizsgálatokkal kapcsolatban. Egy jövőbeni, jelenleg kézzel fogható tünetekkel nem járó, esetleges betegség bekövetkezésének a kizárása önmagában nagyon kicsi motivációval bír. A jövőbeni, szűrővizsgálatokkal kapcsolatos programok, tájékoztatások során sokkal inkább kellene a hangsúlyt arra helyezni, hogy miért fontos ez a vizsgálat, mit jelent ez az egyén illetve a család számára (pl. ahogy egy interjúban megfogalmazták, a már visszahúzódó, vizsgálatokra nem járó nagymamát azzal lehetne rávenni a szűrésen való részvételre, hogy így biztosan láthatja majd az unokáját felnőni). A mélyinterjúk alapján ebben az segíthetne, ha minél több személyes példával ismerkedhetnének meg a roma nők. Ezekbe a személyes történetekbe sokkal könnyebben bele tudnak helyezkedni, azokat át tudják élni, adott esetben azonosulni tudnak a szereplőkkel. Ha ezek a példák – személyes élettörténetek, sorsok – közvetlen környezetükből származnak, az még nagyobb hatással lehet rájuk.

Körülmények

Ide jelen esetben a szűrővizsgálat közvetlen fizikai elérhetősége tartozik illetve az, hogy a szűrővizsgálaton való megjelenés ne jelentsen anyagi kiadást a szűrendő nők számára (pl. utazási költségek). A helyi védőnői szűrésekkel, illetve a mobil mozgó buszok tömegesebb alkalmazásával ez a feltétel sok helyütt biztosított lehet a jövőben. Fontos volna, hogy magát a szűrővizsgálatot (akár védőnői, akár a mozgó buszokon történő vizsgálatról van szó) programszerűen úgy tervezzék meg és bonyolítsák le, hogy az illeszkedjen az egészségvédelmi, egészségtájékoztatás programok - az

elemzésünknek egy korábbi részében ismertetett és összefoglalt - szervezési alapelveihez. Ennek legfontosabb sarok pontjait, címszavakban most megismételjük:

- a szervezés, meggyőzés perszonalizáltsága
- roma közvetítők, „véleményvezérek”, mentorok bevonása
- csoportos szervezés, részvétel
- időbeli faktor: elegendő felkészülési idő biztosítása
- minél közelebbi helyszín választása
- gyerekekre vigyázás
- munkahelyi támogatás
- anyagi motiválás
- személyes tapasztalatok bemutatása
- rendszeresség
- hosszútávúság

10. Vezetői összefoglaló

A Psyma Hungary Közvélemény-kutató Kft. az Országos Tisztifőorvosi Hivatal megbízásából felmérést készített a roma nők egészségtudatosságáról és egészségmagatartásáról.

A kutatás legfontosabb megállapításai a következők:

- A kutatás által elért roma kérdezettek nagyon alacsony iskolai végzettséggel rendelkeznek, alacsony szinten foglalkoztatottak – bár ebben a közmunka-programok bevezetése óta kedvező változások történtek –, lényegében mélyszegénységben élnek.
- A roma családok közvetlen lakókörnyezete nagyon erősen deprivált. A térségben élők roma nők 75%-a kifejezetten szegényes, sokszor lepusztult környezetben él: 54%-uk olyan lakóépületben él, amely rossz állapotú, s javításokra szorul, csak a házak/lakások 55%-ában van vezetékes víz, s 52%-ában vízöblítéses WC.
- Egy lecsúszott, többszörösen hátrányos helyzetben lévő réteg esetében az a fajta áldozatvállalás – amelyet pl. az egészségesebb életmód megkövetel: lemondani bizonyos szokásainkról, korlátozni magunkat bizonyos vonatkozásokban – nehezen várható el, hiszen körülményeik, jövedelmi helyzetük már éppen elég korlátot állítanak köréjük.
- Az egyén tudatos egészségmagatartása összességében gyengén működik a vizsgált körben. A megkérdezett roma nők mindössze 20%-a mondja azt, hogy sokat/nagyon sokat tesz egészsége érdekében. Összességében pedig csak a megkérdezettek 44%-a

gondolja azt, hogy elvben igenis (sokat) tehetne egészsége érdekében. Ehhez képest országosan a felnőtt nők 81%-a ért egyet azzal a véleménnyel, hogy az egészség megőrzésében az egyénnek is nagy a felelőssége.

- A roma nők körében jelentkező alacsony aktív egészségmagatartási értékek hátterében nem az áll, hogy elméletileg ne lennének tisztában a mozgás, a kiegyensúlyozott táplálkozás, a szűrővizsgálatok, stb. fontosságával, ezeknek a típusú alapinformációknak a birtokában vannak.
- A problémát - az objektív adottságok (szegénység, iskolázatlanság, stb.) determináló hatásán túl - az jelenti, hogy a meglévő ismeretanyagot nehezebben tudják aktivizálni, kevésbé rendelkeznek olyan készségekkel, amelyek a tudatos egészségmagatartás irányába tudnák elmozdítani őket.
- Ugyancsak gyengének tűnik a motivációs bázisuk, hogy megtalálják azokat a célkitűzéseket, amiért érdemesnek éreznék az egészségtudatosabb magatartás-minta alkalmazását.
- Az oktatási és egészségügyi rendszer - jelenlegi működésében - illetve az ehhez kapcsolódó civil vagy állami szervezésű egészségvédelmi, egészségtájékoztatási programok elsősorban az egészségügyi ismeretanyag átadására fókuszálnak, s csak másodsorban a megfelelő készségek és motivációs stratégiák kialakítására és elmélyítésére.
- A felmérések azt mutatják, hogy az egészségtudatosabb magatartás minták átvételét a roma nők körében gyakran csak a betegségállapot

kialakulása hozza magával. Sokszor csak akkor fordulnak a roma nők – különösen az idősebbek – orvoshoz, ha már erős fájdalmaik, nagyon is kézzel fogható tüneteik vannak.

- Ezzel szoros összefüggésben: a preventív jellegű szűrővizsgálatok látogatottsága igen alacsony a roma nők körében. Egy jövőbeni, jelenleg kézzel fogható tünetekkel nem járó, esetleges betegség bekövetkezésének a kizárása önmagában nagyon kicsi motivációval bír a számukra.
- Az orvos-beteg találkozók vagy a szűrővizsgálatok száma nem túl magas a vizsgált roma populáción belül. Az elmúlt év során a kérdezettek 73%-a volt háziorvosnál, s 36%-a nőgyógyásznál. A 45-65 éves roma nők 26%-a vett részt az elmúlt két évben mammográfiai vizsgálaton, és a 25-65 éves roma nők 48%-a vett részt az elmúlt három évben méhnyakszűrésen.
- Felmérésünk azt mutatja, hogy a háziorvosi találkozók gyakran formálisak (főleg táppénzre kiírás, receptfelírás, stb. történik), a szakorvosi szintek pedig nagyon információhiányosak. Az egészségügyi kommunikációban aktívabb információáramlás inkább a védőnők és a roma nők között figyelhető meg.
- A megkérdezett roma nők körében alapelvárásként jelentkezik, hogy a védőnők ne csak a gyermekek egészségével, gondozásával foglalkozzanak, hanem lépjenek ezen tovább, s az anyák egészségi állapotára is figyeljenek. Fontosnak tartják, hogy tájékoztatásokat kapjanak az egészséges életmóddal, az egészségvédelmi programokkal, a szűrővizsgálatokkal, stb. kapcsolatban.

11. Szakmapolitikai ajánlás a roma nők népegészségügy szűréseken történő aktívabb részvétele érdekében

A szakmapolitikai ajánlás bázisát jelentő felmérés két részből állt: egy 1000 fős, Borsod-Abaúj Zemplén megyében élő roma nőkre – életkor és település-nagyság szerint - reprezentatív minta tagjainak kérdőíves megkérdezéséből illetve 50 mélyinterjúból, amelynek alanyai roma nők illetve a roma nők egészségi állapotát, életkörülményeit jól ismerő szakemberek (védőnők, szociális dolgozók, roma érdekképviselői vezetők, stb.) voltak.

A vizsgálat azt mutatja, hogy a roma nők népegészségügyi szűréseken való részvétele alacsony. Míg országosan a nők 60%-a vett már részt valaha emlőszűrésen, s 44%-a az elmúlt három évben, addig a borsodi roma nők körében 25%-nyian voltak valaha ilyen szűrésen, s 18%-nyian az elmúlt három évben. Ha az emlőszűréssel kapcsolatban célcsoportként definiált 45-65 éves korosztályt nézzük, akkor országosan ebből a korosztályból 89%-nyian voltak már valaha emlőszűrésen, az elmúlt három évben pedig 78%-nyian. Ugyanezek az értékek a Borsod Abaúj Zemplén megyében élő roma nők körében: 43 illetve 33%.

A méhnyakszűrés kapcsán valamivel kedvezőbbek a szűrési adatok. Méhnyakszűrésen a felnőtt roma nők 70%-a vett már részt valaha, az országos referenciaérték a felnőtt nők körében 84%. A roma nők körében az elmúlt három évben 47%-nyian voltak méhnyakszűrésen, ugyanez az érték országosan 59%.

A kutatás alapján, a szűrővizsgálatokon való nagyobb részvétel elérése érdekében, szakmapolitikai ajánlásunkat az alábbi nyolc pontban foglaljuk össze:

1. Biztosítani a mindenki számára helyben hozzáférhető szűrés elvi lehetőségét

A roma nők körében jelentkező alacsonyabb szűrési adatok hátterében az ellátás igénybevételeben jelentkező területi egyenlőtlenségek fontos szerepet játszanak, hiszen a roma nők jelentős része olyan településen él, ahol nincs lehetőség helyben történő vizsgálat elvégzésére. Az empirikus adatok is mutatják ezt az összefüggést: minél kisebb településen él egy roma nő, annál kisebb az esélye annak, hogy részt tud/akar venni szűrővizsgálaton. A kutatás adatai azt is mutatják, hogy a legutóbbi méhnyakszűrés esetében a roma nők kétharmadának utaznia kellett, mert a vizsgálat elvégzésére csak más településen volt lehetőség (ez az utazási kényszer a kisebb településen élők esetében szinte teljesen általános). Az emlőszűrés kapcsán pedig még magasabbak lehetnek ezek az adatok, mert mammográfiai vizsgálatra Borsod Abaúj Zemplén megyében csak egy településen, a megyeszékhelyen van lehetőség.

Alapelvként kell kezelni, hogy ha egy vizsgálati lehetőség területileg túl messze van, akkor meg kell próbálni azt a lehető legközelebb elvinni a szűrendő célcsoporthoz. Ebben a mobil, mozgó vizsgálati buszok működtetése jelenthet segítséget, amellyel célzottan lehet eljuttatni a mammográfiai vizsgálat eszközeit vagy a nőgyógyászati szűréseket kisebb, elzártabb településekre is. Ebbe a sorba illeszthető a védőnői méhnyakszűrés intézményesülése is, amely a kisebb településekre nagyobb számban juttatná el a helyi szűrés lehetőségét.

2. A védőnői méhnyakszűrés differenciált, konszenzusos bevezetése

A méhnyakszűréseken való nagyobb részvételre mindenképpen pozitívan hathat a védőnői méhnyakszűrés bevezetése. A bevezetés kapcsán viszont

problematicusnak tűnik, hogy a védőnői társadalmon belül nincs konszenzus a munkakör felvételével és gyakorlásával kapcsolatban. Sok olyan probléma van még, amely nincs megnyugtató módon rendezve (minőségbiztosítási, felelősségbiztosítási, munkaügyi, finanszírozási kérdések, a képzés menete, jellege, színvonala, stb.)

Felmérésünk adatai alapján úgy tűnik, hogy a védőnői méhnyakszűrés differenciált, opcionális bevezetése lehet a célszerű. Kutatásunk alapján csak a roma nők szemszögéből közelítve a kérdéshez, a potenciális szűrési alanyok megosztottak abban a kérdésben, hogy kihez fordulnának, ha választási lehetőségük volna: szűrés esetén a 44%-uk (továbbra is) nőgyógyászhoz fordulna, s lényegében ugyanennyien választanák inkább a védőnőt (42%). Tendenciaszerűen jelentkezik, hogy minél kisebb településen él egy roma nő és minél fiatalabb, annál valószínűbb, hogy a védőnőhöz fordulna. A preferenciákat nagymértékben meghatározza, hogy ki milyen sűrűséggel jár méhnyakszűrésre.

A védőnői méhnyakszűrés lehetséges célcsoportját elsősorban azok jelenthetik, akik nem szoktak megjelenni ezeken a szűrésen. Akik több mint három éve voltak vizsgálaton, azok 48%-a választaná a védőnőket, s 43%-a a nőgyógyászokat. Akik pedig még soha nem voltak, azok körében ez a két érték 40 illetve 28%. Ezekben a csoportokban tehát nagyobb a védőnők támogatottsága, de nem mondható általánosnak. Ennek oka, hogy a méhnyakszűrés sok esetben egy orvos-szakmai feladatként definiálódik, s a kérdezettek szakmailag kompetensnek ezen a területen inkább az orvosokat tartják.

3. A szűrésen való részvétel járulékos költségeinek átvállalása, finanszírozása

Sok esetben a kedvezőtlen anyagi-jövedelmi helyzet, a szegénység érzete és tudata gátolja a vizsgált populáció tagjait, hogy részt vegyenek a szűrővizsgálatokon – pl. mert nem tudják kifizetni a vizsgálattal együtt járó (utazási, stb.) költségeket. Ebben nem segít az utazási költségek jelenlegi utófinanszírozási rendszere. Megoldást kellene találni valamilyen előfinanszírozási lehetőségre (pl. a szűrési behívó a vizsgálat tervezett napján ingyenes utazási lehetőséget biztosíthatna). Közvetlen anyagi támogatásként értelmezhető az is, hogy foglalkoztatottság esetén a munkáltató átvállalja a lehetséges (utazási) költségeket.

4. Segítségnyújtás az otthoni munkaszervezési feladatokban

Otthoni kötelezettségeik ellátása mellett (gyerekek felügyelete, nagyobb háztartás vitele, stb.) sokan nehezen tudják megoldani, hogy tartósabban távol legyenek otthonuktól. Felmérésünk adatai alapján ma egy roma nő számára egy méhnyakszűrés vizsgálat átlagosan négy órai elfoglaltságot jelent. A nagyobb szűrési arány elérése érdekében meg kellene próbálni ebben a tekintetben is valamilyen intézményes megoldással segíteni (pl. a szűrés napján játszóházak, gyermekmegőrzők szervezésével, animátorok bevonásával, stb.)

5. A munkáltató támogatása a szűrésen való részvételben

Foglalkoztatottság esetén segítséget nyújthatna, ha a munkáltató fizetett szabadnapot adhatna azoknak a női munkavállalóknak, közmunkás foglalkoztatottaknak, akik (szervezett) szűrésen vesznek részt.

6. A szűrésen való részvétel szubjektív akadályainak feloldása

A részvételt sok esetben olyan tényezők hátráltatják, amelyek függetlenek attól, hogy az adott vizsgálat helyben elérhető-e vagy sem, költségekkel jár-e vagy sem. Ezek a szubjektív jellegű visszatartó tényezők a roma nők kulturális szokásaiból, félelmeiből, fenntartásaiból következnek. Nagyon sokaknak például az okozza a legfőbb problémát, hogy idegenek (pl. egy férfi) előtt kell levetkőzni (48%). Ugyancsak komoly mértékben befolyásolja a roma nőket az attól való félelem, hogy valami rossz dolog fog kiderülni, megtudják, hogy betegek, kezelésekre kell majd járniuk (46%). Mindez szorosan összekapcsolódik azzal, hogy a vizsgált roma nők esetében sok esetben az egészség/betegség észlelés csak akkor kezd erőteljesebben működni, ha testük valami kézzel fogható tünetet produkál. A félelmeket az is generálja, hogy sokan úgy gondolják, hogy ezek a típusú vizsgálatok fájdalmasak lehetnek (37%).

Ahhoz, hogy a szűrések nagyobb hatékonysággal működjenek a roma közösségekben, meg kell próbálni ezeket a szubjektív jellegű akadályokat valahogy leküzdeni. A megoldást továbbra is a megfelelő tájékoztatás, a részletes ismeretanyag átadása jelenti. De fontos volna olyan információkat is beépíteni a kommunikációs folyamatba, amelyek a meglévő fenntartásokat, félelmeket csökkentenék. A jövőbeni szűrővizsgálatokkal kapcsolatos programok, tájékoztatások során sokkal nagyobb hangsúlyt kellene helyezni – roma nőkkel kapcsolatos konkrét személyes példák, élettörténetek, sorsok bemutatásával – arra, hogy miért fontos ez a vizsgálat, mit jelent ez az egyén illetve a családja számára.

7. A szervezett szűrések nyilvántartási rendszerének frissítése

Viszonylag nagy hibaszázalékkal működik a szervezett szűrésre behívandó személyek nyilvántartása. Ennek elsődleges oka, hogy a címnyilvántartások nem minden esetben megfelelőek: nem tudják követni a valós demográfiai, területi, stb. változásokat. Amennyiben lehetséges, meg kellene próbálni javítani, frissíteni a rendszeren.

8. Egészségvédelmi, egészségtájékoztatási programok keretében tartandó szűrések illetve a népegészségügyi szűrések szervezésének alapelvei

A különböző egészségvédelmi programok és szűrések szervezése kapcsán nagyon fontos, hogy a következő szervezési alapelvek jelen legyenek és működjenek a szervezési folyamat során:

- a szervezés, meggyőzés perszonalizáltsága
- roma közvetítők, „véleményvezérek”, mentorok bevonása
- csoportos szervezés, részvétel
- időbeli faktor: elegendő felkészülési idő biztosítása
- minél közelebbi helyszín választása
- gyerekekre vigyázás
- munkahelyi támogatás
- anyagi motiválás
- személyes tapasztalatok bemutatása
- rendszeresség
- hosszútávúság.

12. Mellékletek

1. melléklet: A felmérésben szereplő települések listája és a lekérdezett személyek száma, fő

megyeszékhely		3000-nél kisebb	
Miskolc	250	Farkaslyuk	20
20000-150000		Tizakarád	20
Ózd	175	Köröm	20
Kazincbarcika	75	Taktaszada	20
összesen	250	Kesznyéten	20
3000-19999		Lak	20
Sátoraljaújhely	20	Csenyété	20
Encs	20	Rudabánya	20
Arló	20	Tizatarján	20
Taktaharkány	20	Szin	20
Felsőzsolca	20	Szomolya	20
Tizalúc	10	Homrogd	10
Sajókaza	20	Makkoshotyka	10
Mezőkövesd	20	Boldogkőújfalu	10
Abaújszántó	20	összesen	250
Putnok	20		
Mezőcsát	20		
Szendrő	10		
Onga	10		
Szikszó	10		
összesen	250		

2. melléklet: az interjúalanyok megoszlása a település nagysága szerint, %

150000-	17
20000-150000	5
3000-19999	13
3000-nél kisebb	15
összesen	50

3. melléklet: Néhány alap szoció-ökonomiaai háttérváltozó alakulása a vizsgált területi és életkori csoportokban, %

	a max. 8 általános- sal rendel- kezők aránya	a jelenleg dolgozók aránya	a közmun- kások aránya	a bevallottan komolyabb anyagi gondok között élők aránya	nin- csen autó- juk
18-29 éves nő					
megyeszékhely	69,0	30,6	15,3	37,0	82,0
20000-150000	62,2	38,3	10,6	34,0	73,0
3000-19999	70,0	26,3	17,2	46,0	84,0
3000-nél kisebb	75,0	33,7	27,6	42,0	83,5
összesen	72,1	31,9	22,4	41,9	82,6
30-55 éves nő					
megyeszékhely	69,0	65,7	29,3	41,0	87,0
20000-150000	66,0	52,0	32,0	39,4	76,0
3000-19999	85,9	58,6	43,4	48,0	90,0
3000-nél kisebb	82,0	61,2	54,1	49,0	86,0
55 év feletti nő					
összesen	80,3	60,3	47,0	47,1	86,3
megyeszékhely	94,0	20,0	10,0	48,0	92,0
20000-150000	88,0	27,1	18,8	40,0	88,0
3000-19999	100,0	16,0	16,0	60,0	98,0
3000-nél kisebb	95,8	25,0	25,0	66,0	92,0
összesen, súlyozva					
összesen	96,0	22,4	20,8	60,7	93,1
megyeszékhely	71,6	48,7	22,4	40,3	85,8
20000-150000	67,4	44,2	22,9	37,5	76,4
3000-19999	81,7	42,0	30,8	48,7	88,8
3000-nél kisebb	81,1	47,0	41,1	48,5	85,8
összesen	79,2	45,7	35,1	46,8	85,8

4. melléklet: A megyében élő roma nők gazdasági aktivitása korcsoportok szerint, %

korcsoport	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-55	56-65	66-	össz.
dolgozik (pl. közmunkás)	24,4	43,9	63,0	63,1	57,8	60,3	57,7	29,8	0,0	45,7
munkanélküli	10,3	12,1	12,8	15,6	15,7	9,9	17,6	12,9	0,0	12,7
öregségi/özvegyi korhatár előtti nyugdíjellátásban részesülő	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	3,1	40,2	94,5	6,6
fogyatékos, rehabilitációs ellátásban részesülő	0,6	0,0	0,5	0,0	1,0	4,1	9,8	8,8	5,5	2,6
tanul / tanfolyamra jár	5,9	0,7	2,0	0,4	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0	1,7
gyermekgondozási ellátás (pl. tgyás, gyed, gyes, gyet stb.)	54,1	41,8	21,0	16,4	11,7	13,5	0,0	0,2	0,0	24,2
háztartásbeli	3,3	0,9	0,0	1,3	4,5	3,2	5,6	3,0	0,0	2,7
ápolási segély	0,2	0,0	0,6	0,5	4,6	1,6	3,1	1,2	0,0	1,3
szociális járadék, segély	1,4	0,7	0,0	2,7	4,3	6,4	3,1	3,8	0,0	2,5

5. melléklet: A megyében élő roma nők hány éves korukban születték első gyermeküket, %

	(még) nem szült	17 éves korábban vagy fiatalabban szült	később szült
18-29 éves nő			
megyeszékhely	32,7	29,6	37,8
20000-150000	23,7	24,7	51,5
3000-19999	25,3	39,4	35,4
3000-nél kisebb	25,0	31,0	44,0
összesen	25,7	32,4	41,9
30-55 éves nő			
megyeszékhely	5,1	33,3	61,6
20000-150000	3,0	22,0	75,0
3000-19999	4,0	30,0	66,0
3000-nél kisebb	4,0	34,0	62,0
összesen	4,0	32,0	64,0
55 év feletti nő			
megyeszékhely	0,0	36,0	64,0
20000-150000	6,1	18,4	75,5
3000-19999	6,0	32,0	62,0
3000-nél kisebb	0,0	44,0	56,0
összesen	2,0	38,1	59,8
összesen, súlyozva			
megyeszékhely	14,0	32,3	53,6
20000-150000	10,8	22,5	66,7
3000-19999	11,8	33,6	54,6
3000-nél kisebb	11,1	34,1	54,8
összesen	11,5	32,9	55,6

6. melléklet: Azok aránya, akik szerint (nagyon) sokat tehetnének egészségükért, illetve akik (nagyon) sokat tesznek, %

	(nagyon) sokat tehetne	(nagyon) sokat tesz
18-29 éves nő		
megyeszékhely	56,0	38,0
20000-150000	71,0	31,0
3000-19999	65,0	18,0
3000-nél kisebb	50,0	24,0
összesen	56,1	24,4
30-55 éves nő		
megyeszékhely	45,0	30,0
20000-150000	70,0	35,0
3000-19999	48,0	15,0
3000-nél kisebb	34,0	15,0
összesen	41,6	18,2
55 év feletti nő		
megyeszékhely	14,0	10,0
20000-150000	54,0	30,0
3000-19999	20,0	8,0
3000-nél kisebb	18,0	10,0
összesen	21,2	11,2
összesen, súlyozva		
megyeszékhely	45,6	30,7
20000-150000	68,4	32,9
3000-19999	50,8	15,3
3000-nél kisebb	37,8	17,6
összesen	44,4	19,6

7. melléklet: Testtömeg index kategóriáinak megoszlása, korcsoportonként és településtípusonként %

BMI kategóriák	alultáplált	normál	túlsúlyos	elhízott
18-29 éves nő				
megyeszékhely	2,0	50,0	33,0	15,0
20000-150000	9,2	52,0	26,5	12,2
3000-19999	9,0	54,0	22,0	15,0
3000-nél kisebb	4,0	54,0	28,0	14,0
összesen	5,5	53,5	26,9	14,2
30-55 éves nő				
megyeszékhely	3,0	39,0	34,0	24,0
20000-150000	6,0	44,0	34,0	16,0
3000-19999	5,0	42,0	32,0	21,0
3000-nél kisebb	0,0	36,0	39,0	25,0
összesen	2,1	38,5	36,3	23,2
55 év feletti nő				
megyeszékhely	2,0	10,0	38,0	50,0
20000-150000	4,0	32,0	36,0	28,0
3000-19999	4,0	22,0	42,0	32,0
3000-nél kisebb	4,0	40,0	32,0	24,0
összesen	3,8	32,2	35,4	28,6
összesen, súlyozva				
megyeszékhely	2,6	41,8	34,9	20,9
20000-150000	6,1	45,6	28,2	20,2
3000-19999	1,5	48,1	35,0	15,5
3000-nél kisebb	2,5	41,8	34,9	20,9
összesen	3,5	43,1	32,8	20,6

8. melléklet: Dohányzási gyakoriság megoszlása, korcsoportonként és településtípusonként %

Dohányzási gyakoriság	jelenleg dohányzik	kevesebb, mint egy éve abbahagyta	már több mint egy éve abbahagyta	soha nem dohányzott
18-29 éves nő				
megyeszékhely	49,0	3,0	6,0	42,0
20000-150000	59,2	2,0	4,1	34,7
3000-19999	56,6	2,0	3,0	38,4
3000-nél kisebb	65,0	1,0	4,0	30,0
összesen	60,9	1,5	4,0	33,6
30-55 éves nő				
megyeszékhely	69,0	2,0	10,0	19,0
20000-150000	59,0	4,0	8,0	29,0
3000-19999	64,6	1,0	4,0	30,3
3000-nél kisebb	58,0	1,0	7,0	34,0
összesen	60,9	1,3	6,6	31,2
55 év feletti nő				
megyeszékhely	68,0	0	16,0	16,0
20000-150000	48,0	0	16,0	36,0
3000-19999	48,0	0	6,0	46,0
3000-nél kisebb	58,0	2,0	6,0	34,0
összesen	55,6	1,2	7,8	35,5
összesen, súlyozva				
megyeszékhely	61,9	2,1	9,2	26,7
20000-150000	58,9	2,3	9,4	29,5
3000-19999	62,3	0	7,6	30,1
3000-nél kisebb	63,8	0,9	3,1	32,2
összesen	60,3	1,4	5,8	32,5

9. melléklet: Alkoholfogyasztási gyakoriság megoszlása, korcsoportonként és településtípusonként %

Alkohol fogyasztási gyakoriság, elmúlt 12 hónap	nem fogyasztott	havonta egyszer vagy ritkábban	havonta 2-3 alkalommal	hetente 2-3 alkalommal	hetente 4-5 alkalommal	minden nap
18-29 éves nő						
megyeszékhely	47,0	42,0	9,0	2,0	0	0
20000-150000	47,0	44,0	9,0	0	0	0
3000-19999	65,0	28,0	6,0	1,0	0	0
3000-nél kisebb	69,0	13,0	11,0	7,0	0	0
összesen	64,1	22,1	9,4	4,4	0	0
30-55 éves nő						
megyeszékhely	39,0	45,0	13,0	3,0	0	0
20000-150000	60,0	30,0	8,0	2,0	0	0
3000-19999	62,0	24,0	11,0	2,0	1,0	0
3000-nél kisebb	71,0	13,0	8,0	7,0	1,0	0
összesen	64,5	20,5	9,3	4,9	0,8	0
55 év feletti nő						
megyeszékhely	54,0	30,0	14,0	2,0	0	0
20000-150000	84,0	14,0	2,0	0	0	0
3000-19999	76,0	14,0	4,0	4,0	2,0	0
3000-nél kisebb	78,0	10,0	10,0	2,0	0	0
összesen	75,9	13,1	8,2	2,3	0,5	0
Összesen						
megyeszékhely	43,4	42,4	11,7	2,6	0	0
20000-150000	58,2	24,5	12,3	5,1	0	0
3000-19999	67,1	12,0	13,7	4,2	3,2	0
3000-nél kisebb	73,8	14,7	6,5	4,5	0,5	0
összesen	65,7	20,2	9,2	4,4	0,5	0

10. melléklet: Fogyókúra rendszerességének megoszlása, korcsoportonként és településtípusonként

Fogyókúrázik-e?	igen, rendszeresen	igen, alkalmanként	nem
18-29 éves nő			
megyeszékhely	5,0	14,0	81,0
20000-150000	3,0	14,0	83,0
3000-19999	3,0	11,1	85,9
3000-nél kisebb	1,0	6,0	93,0
összesen	2,1	8,7	89,2
30-55 éves nő			
megyeszékhely	3,0	16,2	80,8
20000-150000	0	4	96,0
3000-19999	1,0	8,1	90,9
3000-nél kisebb	4,0	7,1	88,9
összesen	3,1	8,4	88,5
55 év feletti nő			
megyeszékhely	2,0	8,0	90,0
20000-150000	0	4,0	96
3000-19999	0	12,2	87,8
3000-nél kisebb	6,0	0	94,0
összesen	3,6	4,1	92,3
Összesen			
megyeszékhely	3,6	14,5	81,8
20000-150000	1,3	10,7	87,9
3000-19999	2,2	8,9	88,8
3000-nél kisebb	3,5	5,3	91,3
összesen	2,8	8,0	89,2

11. melléklet: Az orvoshoz fordulás gyakoriságának és indokának megoszlása korcsoportonként és településtípusonként, %

Orvoshoz fordulási gyakoriság, indok	Akkor is megnézetni magát, ha egészséges	Enyhébb rosszullétek, ami napi tevékenységet nem zavarja	Komolyabb rosszullét, ami a napi tevékenységet zavarja	Csak akkor megy orvoshoz, ha már nagy baj van	Betegség miatt rendszeres orvosi kezelés alatt áll	Nem fordul orvoshoz
18-29 éves nő						
megyeszékhely	6,1	24,5	43,9	24,5	0	1,0
20000-150000	2,0	11,2	37,8	41,8	0	7,1
3000-19999	7,0	5,0	43,0	41,0	2,0	2,0
3000-nél kisebb	3,0	2,0	35,4	56,6	3,0	0
összesen	4,2	5,6	38,3	48,4	2,2	1,2
30-55 éves nő						
megyeszékhely	2,0	20,0	39,0	27,0	11,0	1,0
20000-150000	8,0	7,0	31,0	44,0	8,0	2,0
3000-19999	6,1	11,1	28,3	43,4	6,1	4,0
3000-nél kisebb	3,0	5,0	22,0	55,0	14,0	1,0
összesen	4,1	8,3	26,3	48,3	11,2	1,8
55 év feletti nő						
megyeszékhely	8,3	8,3	31,3	16,7	35,4	0
20000-150000	12,0	10,0	28,0	30,0	18,0	2,0
3000-19999	8,0	6,0	30,0	32,0	24,0	0
3000-nél kisebb	4,0	6,0	12,0	36,0	42,0	0
összesen	6,1	6,5	19,5	32,8	34,9	0,2
összesen, súlyozva						
megyeszékhely	4,0	20,4	39,9	25,1	9,7	0,9
20000-150000	3,4	5,6	34,4	46,4	6,7	3,4
3000-19999	11,8	13,0	30,9	41,2	3,2	0
3000-nél kisebb	4,1	4,9	25,3	51,1	14,1	0,5
összesen	4,4	7,2	29,8	46,5	10,8	1,4

12. melléklet: Egészségügyi szakembernél járás megoszlása szakemberenként, korcsoportonként és településtípusonként %

Az elmúlt 12 hónapban.....	feküdt korházban betegként (szülés nem számít bele)	találkozott a háziorvossal saját egészségi miatt	volt nőgyógyász szakorvosnál a saját egészsége miatt	volt fogorvosnál	volt bármilyen más szakorvosnál (pl.: bőrgyógyász, szemész)	volt gyógytornásznál	volt pszichológusnál vagy pszichiáternél	volt dietetikusnál	volt természetgyógyásznál
18-29 éves nő									
megyeszékhely	7,0	67,0	38,0	17,0	21,0	2,0	1,0	2,0	0
20000-150000	9,0	56,0	33,0	27,0	10,0	0	0	0	0
3000-19999	8,0	68,0	40,0	34,0	17,0	0	1,0	0	0
3000-nél kisebb	7,0	67,0	46,0	29,0	7,0	0	3,0	0	0
összesen	7,4	66,3	42,7	28,9	11,1	0,2	2,1	0,2	0
30-55 éves nő									
megyeszékhely	12,0	77,0	28,0	20,0	34,0	5,0	2,0	3,0	0
20000-150000	26,0	74,0	39,0	25,0	26,0	8,0	6,0	0	0
3000-19999	15,0	79,0	34,0	25,0	26,0	3,0	8,0	1,0	0
3000-nél kisebb	16,0	68,0	35,0	23,0	17,0	1,0	6,0	1,0	1,0
összesen	16,2	72,2	34,4	23,4	21,8	2,5	6,1	1,1	0,5
55 év feletti nő									
megyeszékhely	36,0	84,0	6,0	6,0	48,0	10,0	6,0	4,0	0
20000-150000	28,0	86,0	20,0	14,0	38,0	18,0	6,0	10,0	0
3000-19999	34,0	92,0	26,0	18,0	44,0	6,0	20,0	2,0	0
3000-nél kisebb	36,0	96,0	26,0	20,0	34,0	8,0	10,0	2,0	0
összesen	34,8	93,1	23,7	17,8	38,1	8,5	11,8	2,9	0
összesen, súlyozva									
megyeszékhely	12,8	74,3	29,2	17,5	31,0	4,5	2,1	2,8	0
20000-150000	17,1	70,7	31,3	23,9	17,9	2,6	3,5	0,5	0
3000-19999	9,7	70,3	31,6	32,4	35,3	3,2	6,3	2,2	0
3000-nél kisebb	15,2	73,5	40,5	25,6	17,2	1,8	6,8	0,8	0,5
összesen	15,2	72,6	36,1	24,7	19,9	2,4	5,3	0,9	0,3

13. melléklet: Vérnyomás mérés időpontja szerinti megoszlása, korcsoportonként és településtípusonként %

Utolsó, egészségügyi dolgozó által mért vérnyomás időpontja	Az elmúlt 12 hónapban	1-3 éve	3-5 éve	Több mint 5 éve	soha nem mérték
18-29 éves nő					
megyeszékhely	45,0	44,0	11,0	0	0
20000-150000	40,0	44,0	6,0	1,0	9,0
3000-19999	37,0	46,0	8,0	5,0	4,0
3000-nél kisebb	54,0	35,0	7,0	2,0	2,0
összesen	47,7	39,4	7,5	2,5	2,9
30-55 éves nő					
megyeszékhely	60,0	32,0	5,0	3,0	0
20000-150000	61,6	33,4	3,0	1,0	1,0
3000-19999	47,5	32,3	8,1	12,1	0
3000-nél kisebb	58,0	20,0	8,0	13,0	1,0
összesen	55,9	25,4	7,3	10,8	0,6
55 év feletti nő					
megyeszékhely	64,0	28,0	8,0	0	0
20000-150000	74,0	18,0	4,0	2,0	2,0
3000-19999	66,0	16,0	10,0	8,0	0
3000-nél kisebb	78,0	18,0	4,0	0	0
összesen	73,5	18,4	5,8	2,1	0,2
összesen, súlyozva					
megyeszékhely	55,2	35,8	7,4	1,6	0
20000-150000	46,8	40,3	5,4	5,6	2,0
3000-19999	37,6	39,6	12,0	9,3	1,5
3000-nél kisebb	61,5	21,5	7,7	8,1	1,3
összesen	55,0	29,6	7,2	6,8	1,4

14. melléklet: Az utolsó vérvétel időpontja szerinti megoszlás, korcsoportonként és településtípusonként %

Utolsó vérvétel időpontja	az elmúlt 12 hónapban	1-3 éve	3-5 éve	több mint 5 éve	soha nem vettek
18-29 éves nő					
megyeszékhely	39,0	45,0	16,0	0	0
20000-150000	28,3	41,4	8,1	4,0	18,2
3000-19999	22,2	42,4	14,1	5,1	16,2
3000-nél kisebb	35,4	31,3	8,1	3,0	22,2
összesen	31,8	36,3	10,4	3,3	18,2
30-55 éves nő					
megyeszékhely	43,0	35,0	12,0	7,0	3,0
20000-150000	41,4	32,3	15,2	6,1	5,1
3000-19999	29,6	30,6	7,1	18,4	14,3
3000-nél kisebb	31,0	26,0	13,0	17,0	13,0
összesen	32,7	28,6	11,6	15,4	11,6
55 év feletti nő					
megyeszékhely	56,0	36,0	6,0	0	2,0
20000-150000	42,9	32,7	10,2	10,2	4,1
3000-19999	29,6	30,6	8,2	8,2	6,1
3000-nél kisebb	61,2	20,4	8,2	10,2	0
összesen	54,6	26,4	8,1	8,8	2,0
összesen, súlyozva					
megyeszékhely	43,0	38,6	12,8	3,8	1,9
20000-150000	26,3	34,7	11,0	10,6	17,4
3000-19999	27,1	32,8	6,0	11,9	22,2
3000-nél kisebb	39,1	27,6	10,8	11,2	11,4
összesen	35,0	31,1	10,8	10,3	12,9

15. melléklet: Azok aránya, akik anyagi okok miatt nem tudták a felsorolt egészségügyi ellátásokat igénybe venni, korcsoportonként és településtípusonként %

Egészségügyi ellátások	orvosi ellátás	fogorvosi ellátás	receptköteles gyógyszer felírása vagy kiváltása	lelki egészséggel kapcsolatos ellátás
18-29 éves nő				
megyeszékhely	12,1	13,1	17,2	2,0
20000-150000	6,0	8,1	17,0	1,0
3000-19999	19,0	19,4	34,3	6,1
3000-nél kisebb	13,0	8,0	23,0	4,0
összesen	13,8	11,3	24,8	4,1
30-55 éves nő				
megyeszékhely	14,1	25,3	29,3	5,1
20000-150000	21,0	10,0	29,0	6,1
3000-19999	24,2	20,2	43,4	9,1
3000-nél kisebb	17,0	16,0	36,0	8,0
összesen	18,8	17,5	36,6	7,8
55 év feletti nő				
megyeszékhely	20,0	18,0	36,0	6,1
20000-150000	16,3	4,1	28,0	4,1
3000-19999	28,0	22,0	58,0	12,0
3000-nél kisebb	38,0	32,0	48,0	22,5
összesen	32,1	25,9	47,7	16,8
összesen, súlyozva				
megyeszékhely	14,1	20,3	25,8	4,1
20000-150000	18,0	13,9	37,9	6,4
3000-19999	20,5	22,5	29,0	6,5
3000-nél kisebb	19,7	16,2	33,3	8,9
összesen	18,6	16,3	33,6	7,5

16. melléklet: Méhnyakszűrésen való részvétel időpontja, %
(N=25-65 évesek)

	az elmúlt 12 hónapban	több mint 1 éve, de 2 éven belül	több mint 2 éve, de 3 éven belül	több mint három éve	soha
25-29 éves nő					
megyeszékhely	26,5	20,6	5,9	26,5	20,6
20000-150000	19,1	38,3	19,1	10,6	12,8
3000-19999	32,6	10,9	4,3	17,4	34,8
3000-nél kisebb	30,3	15,2	6,1	6,1	42,4
összesen	29,5	16,7	6,9	11,8	35,1
30-55 éves nő					
megyeszékhely	25,0	13,0	6,0	40,0	16,0
20000-150000	26,0	21,0	15,0	33,0	5,0
3000-19999	22,0	19,0	8,0	18,0	33,0
3000-nél kisebb	28,6	9,2	12,2	28,6	21,4
összesen	26,3	13,0	10,7	27,4	22,5
56-65 éves nő					
megyeszékhely	12,5	6,3	6,3	50,0	25,0
20000-150000	13,2	5,3	5,3	63,2	13,2
3000-19999	24,3	8,1	8,1	35,1	24,3
3000-nél kisebb	12,8	,0	5,1	53,8	28,2
összesen	15,6	2,9	5,9	49,8	25,7
összesen, súlyozva					
megyeszékhely	24,1	13,6	6,0	38,7	17,6
20000-150000	23,0	22,9	14,7	31,7	7,7
3000-19999	24,5	16,1	7,2	19,8	32,4
3000-nél kisebb	26,8	9,0	10,3	28,1	25,8
összesen	25,6	12,5	9,5	27,3	25,1

17. melléklet: A védőnői méhnyakszűrés megítélésével kapcsolatos alapadatok,
%

	hallott már erről a lehetőségről	hasznosnak tartja	az utolsó méhnyakszűrés vizsgálat helyszíne más településen volt mint a lakóhely	az utolsó méhnyak- szűrést a védőnő csinálta
18-29 éves nő				
megyeszékhely	28,0	67,0	1,3	0,0
20000-150000	18,0	67,7	13,0	1,3
3000-19999	33,0	71,3	46,6	13,8
3000-nél kisebb	24,0	75,0	91,7	2,0
összesen	26,1	72,8	58,8	4,7
30-55 éves nő				
megyeszékhely	26,0	62,9	4,8	0,0
20000-150000	17,0	56,3	5,4	0,0
3000-19999	22,0	70,1	50,7	9,0
3000-nél kisebb	28,0	71,7	94,7	0,0
összesen	25,4	69,1	65,8	2,0
55 év feletti nő				
megyeszékhely	12,0	59,1	,0	0,0
20000-150000	20,0	54,2	2,3	0,0
3000-19999	18,0	70,5	58,3	8,3
3000-nél kisebb	12,0	73,3	94,3	0,0
összesen	14,2	69,6	66,9	2,0
összesen, súlyozva				
megyeszékhely	25,2	63,9	3,1	0,0
20000-150000	17,7	60,1	7,5	0,4
3000-19999	25,5	70,6	50,4	10,4
3000-nél kisebb	24,6	73,1	93,9	0,5
összesen	24,3	70,5	63,9	2,8

18. melléklet: Preferenciák a méhnyakszűrést végző szakemberrel kapcsolatban:
 „Ha a jövőben választhatna, hogy a méhnyakszűrést ki végezze el, akkor
 következő két személy közül kit választana?“, %

	nőgyógyász szakorvost	védőnőt	mindegy	nem menne el	nem tudja
18-29 éves nő					
megyeszékhely	48,0	41,0	1,0	0,0	10,0
20000-150000	47,0	43,0	0,0	0,0	10,0
3000-19999	46,0	40,0	4,0	1,0	9,0
3000-nél kisebb	43,0	45,0	1,0	,0	11,0
összesen	44,6	43,2	1,7	,2	10,3
30-55 éves nő					
megyeszékhely	54,0	33,0	1,0	,0	12,0
20000-150000	56,0	35,0	2,0	1,0	6,0
3000-19999	43,0	41,0	5,0	3,0	8,0
3000-nél kisebb	42,0	47,0	1,0	1,0	9,0
összesen	44,6	43,1	2,1	1,4	8,8
55 év feletti nő					
megyeszékhely	64,0	30,0	,0	,0	6,0
20000-150000	48,0	22,0	,0	10,0	20,0
3000-19999	52,0	34,0	2,0	,0	12,0
3000-nél kisebb	36,0	40,0	6,0	4,0	14,0
összesen	43,5	36,1	4,0	3,2	13,3
összesen, súlyozva					
megyeszékhely	53,0	35,5	0,9	0,0	10,7
20000-150000	51,8	36,3	1,0	1,7	9,2
3000-19999	45,1	39,8	4,3	1,9	8,8
3000-nél kisebb	41,6	45,4	1,6	1,0	10,3
összesen	44,5	42,3	2,2	1,2	9,9