

BABUSIK FERENC

AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG KORLÁTAI MAGYARORSZÁGON

Cigányok Magyarországon
– Szociális-gazdasági helyzet, egészségi állapot,
egészségügyi, és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés

Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban
Struktúra, esélyegyenlőség, előítéletek.

Két empirikus kutatás eredményei

Embertársaimnak ajánlom

BABUSIK FERENC

**AZ ESÉLYEGYENLŐSÉG
KORLÁTAI MAGYARORSZÁGON**

Státusz, etnicitás,
kirekesztődés az egészségügyben
és a szociális szférában

L'Harmattan

L'Harmattan France
7 rue de l'Ecole Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20

L'Harmattan Italia SRL
Via Bava, 37
10124 Torino–Italia
T. / F.: 011.817.13.88

ISBN 963 7343 10 5

A kiadásért felel Gyenes Ádám
A sorozat kötetei megrendelhetők,
illetve kedvezménnyel megvásárolhatók:
L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: 267-59-79
kiado@harmattan.hu
www.harmattan.hu

A nyomdai előkészítés sokszorosítás
a Könyvpont Nyomda Kft. munkája
Borítóterv: Perjés Bernadett

Tartalom

Előszó .	7
CIGÁNYOK MAGYARORSZÁGON	
- SZOCIÁLIS-GAZDASÁGI HELYZET, EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT, A SZOCIÁLIS ÉS EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS.....	9
Rövid összefoglaló.....	10
Szociális-gazdasági státusz – a szegénység és kirekesztettség indexei.....	14
Iskolai végzettség és gazdasági aktivitás	14
Az iskolai végzettség szerkezete	14
A gazdasági aktivitás szerkezete	18
Aktivitás és iskolai végzettség összefüggése.....	22
A családok aktivitása	24
Gazdasági aktivitás és gyermekszám.....	28
Néhány demográfiai mutató.....	30
Anyagi erő és kiadások	33
Az egyének helyzete.....	33
A családok helyzete.....	35
A lakhatással összefüggő életminőség.....	39
A lakóhelyek elhelyezkedése, a lakások minősége, infrastruktúra, zsúfoltság.	39
A lakhatási életminőséget meghatározó tényezők	42
Az informális szociális védőháló.....	49
Egészségügyi helyzet, hozzáférés	60
Az egészségi állapot mutatói és meghatározói.....	61
Betegségáramok, okok	64
Születésszabályozás.....	70
Abortusz.....	72
Az egészségügyi ellátásokban való részesedés.....	75
A költségek kérdése.....	75
Az orvosi szolgáltatás hozzáférhetőségének megítélése	80
Előítéletesség az egészségügyben	81
Az egészség megőrzésével kapcsolatos néhány attitűd és az átélt előítéletesség hatásai.....	90
Szociális ellátásokban való részesedés	95
Támogatásban részesülők.....	101
Akik nem igényelnek támogatást	104
A támogatási jogosultság hiánya és tényleges szociális státusz.....	107
A szociális szféra dolgozóival való viszony megítélése.....	109
Idegenellenesek-e a romák?	111

HOZZÁFÉRÉSI KÜLÖNBSEGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁSBAN	
– STRUKTÚRA, ESÉLYEGYENLŐSÉG, ELŐÍTÉLETEK	115
Rövid összefoglaló	115
Cigányellenes attitűdök vizsgálata	121
A cigányellenesség mérése és típusai	122
Latencia, a cigányellenesség mérésének megbízhatósága.....	128
A cigányellenesség okainak modellezése	131
Háziorvosok	138
Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés strukturális kérdései.....	138
Területi ellátottság és egyenlőtlenség – országos adatok.....	138
Területi ellátottság és egyenlőtlenség – a kutatás adatai.....	147
A praxisok terhei	148
A praxisok ellátottsága.....	157
Esélyegyenlőség és társadalmi státusz	161
A vizsgálatok eszközszintje.....	163
A terápia intézményi szintjei.....	173
Az elrendelt gyógyszerek költsége.....	178
Terápia utáni nyomkövetés.....	180
Mit befolyásolnak és mit nem a romákkal kapcsolatos attitűdök?.....	182
A romák betegségarányairól való tudás.....	182
Ellátási folyamatok.....	188
Védőnők.....	192
A vizsgált sokaság	192
Hozzáférési egyenlőtlenségek – strukturális kérdések	192
A védőnők által ellátottak száma, munkaterhek.....	193
A védőnők munkaterhei és az ellátott romák aránya.....	202
Az interaktív tér problémája.....	206
A kliensek igény szintjének észlelését meghatározó oksági összefüggések	221
JEGYZETEK.....	225

Előszó

2003 végén két empirikus kutatást vezettem³: párhuzamosan egyet házi orvosok és védőnők körében, valamint egy roma felvételt. Mindkét kutatás célja, egyúttal alapkérdése volt annak tisztázása, hogy az egészségügyi alapellátásban az egyes társadalmi csoportok, köztük a szociális és gazdasági szempontból halmozottan hátrányos helyzetű romák hozzáférése az egyes szolgáltatásokhoz teljes mértékben egyenlő-e. Amennyiben az ellátásban felfedezhető egyenlőtlenség, úgy annak milyen okai vannak, az egyes társadalmi csoportok esetében a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben milyen különbségek mutathatók ki. Az egészségügyi alapellátás szereplői valamint a roma népesség körében végzett kutatások alkalmat adnak a két forrásból származó információ összehasonlítására.

A kötetbe rendezett elemzések reményeim szerint hozzásegíthetnek ahhoz, hogy világosan lássuk a kirekesztettség és az esélyegyenlőtlenség forrásait, strukturális természetű és emberi okait. Minden változás kezdetén ott találjuk az elégedetlenséget a tűrhetetlenné váló helyzettel szemben. Ezt követi a megértés: milyen okok vezetnek a beteg, embertelen vagy megalázó állapothoz és a feltárt okok milyen összefüggésekbe rendeződnek. A pontos diagnózist, a kór okait és természetét feltáró munkát követően veheti kezdetét a terápia. Kötetünk a diagnózisról szól; a terápia és maga a gyógyulás folyamata sokak munkája lesz, sokak erőfeszítésébe kerül majd, de szükséges ahhoz, hogy társadalmunk egészségesebbé váljon, embertársaink teljesebb jog- és esélyegyenlőségben élhessenek. Ez az emberibb és igazságosabb jövő záloga, mindannyiunk felelőssége.

Babusik Ferenc

³ Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium finanszírozásában a Delphoi Consulting társadalomtudományi kutatóműhely végezte a kutatásokat. A kutatóhely egyéb roma tárgyú munkáiról lásd: www.delphoi.hu

Cigányok Magyarországon

– szociális-gazdasági helyzet, egészségi állapot,
a szociális, és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés

A munka célja alapvetően a roma népesség egészségügyi, illetve szociális ellátórendszerhez való hozzáférése esélyegyenlőségének vizsgálata volt. A kutatáshoz szorosan kapcsolódik a szociális és gazdasági helyzet, és az egészségi állapot feltárása, illetve annak a kérdésnek a vizsgálata, hogy a romák milyen mértékben szorultak rá, illetve jogosultak az egyes szociális ellátásokra és a rászorultság mértékéhez képest milyen mértékben kapják meg azokat.

Kutatásunk 1200 háztartást érintő, személyes megkereséssel végzett adatfelvételen alapul, és nem, korösszetétel, települési elhelyezkedés és a települések roma százalékaránya szerint reprezentálja az ország 19 éves kor feletti roma népességét.

A mintavétel alapjául az ország egyes települései roma népességszámára vonatkozó becslés szolgált. A mintavétel módszerül a kétlépcsős, aránytalan eljárást alkalmaztuk. Az első lépcsőben kerültek kiválasztásra azok a települések, amelyek mintavételi pontként szolgáltak. A második lépcső során alakítottuk azokat a keretszámokat, amelyek az egyes települések roma lakosságánál aránytalanra tették a mintát: a kisebb lélekszámú településeket valós arányuknál nagyobb mértékben, míg a nagyobbakat saját súlyánál kisebb mértékben vettük figyelembe. A kérdezőbiztosokkal folytatott adatfelvétel után a minta aránytalan jellegét, illetve a felvétel kisebb-nagyobb eltérését matematikai eljárással, ún. súlyozással állítottuk helyre.

Az empirikus adatfelvételt roma származású kérdezőbiztosok segítségével folytattuk, egyúttal nem állhattak rendelkezésre a cigányságra vonatkozó név- és lakcím adatok, ezért a következő módszert alkalmaztuk: A munkában résztvevő cigány kisebbségi önkormányzatok, közösségi házak és egyéb érdekvédelmi szervezetek munkatársai segítségével felmértük, hogy az egyes települések mely körzetében élnek jellemzően romák. A felvétel ezek után ún. „hólabda-módszerrel” zajlott, folyamatosan ügyelve a kiválasztott települési mintán belül az életkori és nemi arányok megtartására.

A statisztikai feldolgozás nyomán kapott adatok 95%-os megbízhatósági szinten, $\pm 2,3\%$ -os hibahatár mellett érvényesek.

^b Kertesi Gábor – Kézdi Gábor: A cigány népesség Magyarországon (dokumentáció és adattár, Sociotypo, Bp., 1998), valamint Hablicsek László: A roma népesség demográfiai jellemzői, kísérleti előreszámítás 2050-ig. KSH Népeségtudományi Intézet, 1999. alapján.

^c Ez a községekben egyes utcákat, házakat jelent, míg a nagyobb településeken nagyobb körzeteket vagy utcacsoportokat, illetve telepeket.

Rövid összefoglaló

Mivel a kutatás alapcélja az egészségügyi, illetve a szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés esélyegyenlőségének feltárása volt, a roma népesség szociális-gazdasági helyzetét leíró fejezet tanulságait, *mint szükséges háttér*et e rövid összefoglalóban nem részletezzük.

Az egészségügyi fejezet szükségképpen kitér számtalan olyan problémára is, amely a szociális hozzáférés kérdéseit érinti – az ezekre vonatkozó megállapításokat, illetve javaslatokat tehát ott tárgyaljuk.

Egészségügyi helyzet, ellátottság, hozzáférés

A romák egészségügyi helyzetét, betegségeiknek a népesség körében megjelenő arányait, azt a kérdést, hogy milyen könnyen vagy nehezen jutnak közvetlenül, lakóhelyükön egészségügyi ellátáshoz, valamint az egészségügyi ellátásban milyen személyes viszonyulással, attitűdökkel találkoznak – egyaránt és mélyen két faktor határozza meg: a szegénység, illetve az etnikai „mátság”.

A teljes esélyegyenlőséget megvalósító egyenlő hozzáférés első kérdése az, hogy a szegényebb, szociálisan deprivált rétegek – éppen lakóhelyi elhelyezkedésük, illetve az ország településszerkezetének sajátosságai okán – azonos mértékben férnek-e hozzá a szolgáltatásokhoz. Az erre adható válasz szorosan jelen kutatásunk tárgykörébe tartozik. Azok a települések maradnak ki közvetlenül, a helyben dolgozó háziorvosok szolgáltatásaiból, amely települések egyéb szempontból is a leghátrányosabbak közé tartoznak. E települések azok, amelyek többségében, a település idős korszerkezetéből, és a helyi források hiányából fakadóan az egyéb intézményi alapszolgáltatások is hiányoznak. Az ország teljes roma népességének 18,6%-a él olyan településen, ahol nincs helyben háziorvos. Ezeken a települési és a szociális hátrány összeadódhat a közvetlen, helyben adott háziorvosi ellátás hiányával. Mivel tudjuk, hogy a romák magas betegség-arányai közvetlenül szegénységfaktoroknak köszönhetőek, e legszegényebb aprófalvak roma lakossága – mely a teljes roma lakosságból több mint százezer ember – különösen súlyos helyzetben van; egyszerre sújtja a szegénység, a magas betegségarányok, illetve az, hogy közvetlenül lakóhelyén nem fér bármikor azonnali orvosi ellátáshoz. *Az esélyegyenlőtlenség egyik forrása strukturális természetű.*

A következő kérdés az, hogy az egészséges élethez való egyenlő esélyű hozzáférést, a magasabb betegségkockázatok elkerülését akadályozza-e valami? Kutatásunk eredményei szerint a romák körében, a teljes népességhez viszonyítva lényegesen gyakoribb megbetegedések mutathatók ki egyes belgyógyászati betegségkategóriákban (TBC, szív- és érrendszeri megbetegedések, vashiányos vérszegénység, stb.). Bizonyos betegségek igen magas értékben járnak hozzá, hogy a romák között igen nagy a megváltozott munkaképességűek, a rokkantnyugdíjasok aránya.

A magasabb arányú megbetegedések háttérében egyértelműen szegénységfaktorok

állnak. Kimutattuk, hogy elsősorban a roma népesség abszolút értelemben vett deprivált körülményei tehetők felelőssé e magasabb arányokért. A roma népesség rövidebb átlagos élettartama, ezen belül az idősebb korosztályoknak a többségi társadalomhoz képest való alacsonyabb aránya, ugyancsak közvetlen függvénye a romák egészségügyi mutatóinak. Mindebből következően a betegségek gyakoriságának csökkentése elsősorban és minde-
nekelőtt gazdasági és szociális feladat. E népesség egészségi állapota olymértékben rossz, hogy halaszthatatlan az egészségügyi kormányzat azonnali beavatkozása is.

Az esélyegyenlőtlenség következő forrása tehát ugyancsak szerkezeti természetű, mégpedig a roma népesség nagyobbik hányadát sújtó strukturális szegénység az az ok, amely megfosztja a romákat az egészséges élethez és a méltó ideig tartó öregkorhoz való joguk gyakorlásától.

Az esélyegyenlőség következő kérdése az anyagi erőttől, a jövedelmi helyzettől független, csorbítatlan hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz.

A roma családokban havonta gyógyszerekre fordított összeg szignifikánsan a család anyagi helyzetének függvénye, a legszegényebb és a legjobb helyzetű családok között ötszörös különbséget találunk. A szegényebb családokban egyes betegségek viszonylag gyakoribbak, amelynek következményeként nyilván magasabbak a gyógyszerköltségek, egyúttal a szegényebb családok jóval kevesebbet költenek gyógyszerre. Mindebből az következik, hogy a szegényebb családokban betegségek ellenére nem tudnak megfelelően gyógyszerre költeni. Ez a problematika ugyancsak strukturális természetű. Azonban vizsgáltuk azt, hogy a háziorvosok milyen mértékben veszik figyelembe a gyógyszerek elrendelésekor azok költségeit. Az egészségügyi alapellátás körében végzett kutatásunk egyik eredménye szerint a háziorvosok egy nem jelentéktelen hányada nincs tekintettel a betegek szociális státuszára a gyógyszerek árának vonatkozásában. Jelen kutatásunk adatai megerősítik az elmondottakat: a romák egy része azt tapasztalja, hogy nem tudja háziorvosával megbeszélni a költségek problémáját, a gyógyszerfelírás eljárása „szociálisan érzéketlen” folyamatban zajlik.

A 19–55 éves korú roma nők körében összesen 15,5% azért nem használ fogam-
zásgátló tablettát, mert nincs rá pénze. Mivel a 19–55 éves korú roma nők összlélekszáma 132700 fő, azt látjuk, hogy körülbelül húszezren anyagi okok miatt nem használhatják a leginkább biztonságot nyújtó fogamzásgátlási módszert.

Adataink szerint a roma nők szegénységük ellenére képesek a születésszabályozásra, túlnyomó többségük alkalmaz valamilyen módszert, viszont nem mindegy, hogy a legin-
kább biztonságos hormonális készítmények használatát a szegénység korlátozza-e vagy sem. Ez a kérdés látszólag ismét strukturális természetű, azonban a hormonális fogam-
zásgátló készítmények szociális alapon való támogatása orvosolhatná e problémát.

A roma nők éppúgy szabályozzák terhességeik, gyermekeik számát, mint bármely csoport tagjai, éppen annyi gyermeket szülnék, mint ahányat csoportjuk demográfiai törvényszerűségei megkívánnak, a nem kívánt terhességeket azonban a szegényebbek, alacsonyabban iskolázottak, illetve azok, akik betegségekben szenvednek – magas arányban csak abortusszal tudják elkerülni. Az abortusz szociális támogatásának rend-
szere azonban – adataink fényében – korántsem kedvez a rászoruló romáknak, éppen ellenkezőleg, a rászorultság tényétől tökéletesen független.

Az egészséghez, illetve annak visszaszerzéséhez, továbbá a születésszabályozáshoz

való egyenlő hozzáférés joga csorbul: a szociálisan hátrányosabb helyzetű, szegényebb romák esélye kisebb – az esélyegyenlőtlenség forrása anyagi természetű. Azonban a gyógyszerek elrendelésekor az ár figyelembe vétele, a fogamzásgátló készítmények, valamint az abortusz (mint végső megoldás) szociális támogatása szabályozható, és szükséges is szabályozni, mert adataink azt mutatják, hogy érvényesül a szociális esélyegyenlőtlenség.

Az anyagi erőttől független és/vagy csorbitatlan hozzáférés következő kérdése a paraszolvencia problémája: olyan, a kliensek által eszközölt befektetésé, amelyet valami elérése vagy megszerzése reményében investálnak (személyesen az orvosba). A romák a vizsgálat tükrében nem remélnék nagyobb gyógyulási esélyt a paraszolvenciáért cserébe – viszont lényegesen jobb ellátást igen.

Adataink azt mutatják, hogy a szegény családok, noha forrásaik igen korlátozottak, e „reménybe való befektetés” tekintetében semmivel sem maradnak le jobb módú társaiknál, éppen annyit investálnak a jobb ellátás reményébe, amennyit bárki más, és ezt az investációt anyagi lehetőségeik határán teszik. Noha a romák a hálapénz gyógyulásra gyakorolt hatását nem tekintik jelentősnek, még a legszegényebbek is anyagi lehetőségeik határán áldoznak erre, miközben *a nagy jelentőségűnek ítélt gyógyszerekre kevesebbet tudnak költeni, mint paraszolvenciára.*

Kimutatható, hogy azok, akik cigányellenességet vagy diszkriminációt tapasztalnak az egészségügyben, nem fizetnek kevesebb paraszolvenciát – az ellátás szintjébe fektetett, pénzben kifejezett remény tehát erősebb a realitásnál.

A romák által – sokszor anyagi teherviselő képességük határán – fizetett paraszolvencia, noha önkéntes adomány egy hit oltárán, paradox módon csorbitja az egyenlő hozzáféréshez való jogot: ugyanis több pénzért nem kapnak több vagy jobb szolgáltatást, sőt azok, akik átéli a megkülönböztetést, a negatív „szolgáltatásért” cserébe fizetnek.

Az egyenlő hozzáférés egyúttal az egészséggel, a betegséggel, a gyógyulás folyamatával, valamint a várható költségekkel kapcsolatos, orvosok által nyújtott információkhoz való hozzáférés egyenlőségét is jelenti.

Minél szegregáltabb helyen élnek a romák, annál kevésbé kapnak orvosaitól felvilágosításokat. A felvilágosítás mértéke nem függ iskolai végzettségtől és anyagi helyzettől, viszont aki gettóban él, de jobb módú, vagy iskolázottabb, az is alacsonyabb szinten kap információt. *A szegregációval arányosan csorbul ez a jogegyenlőségi elv is.*

Igen lényeges, az esély- és jogegyenlőséget érintő kérdés az, hogy a szociális helyzet vagy az etnikai hovatartozás befolyásolja-e az ügyeleti ellátást, ezen belül azt, hogy ügyeleti időben kivonul-e az ügyeletes a családokhoz.

A romák ötöde (!) számol be az ügyeleti kivonulás megtagadásáról. Az ügyeleti időben való kivonulás éppúgy érinti a felnőtt betegeket, mint a gyermekeket. A kivonulás megtagadása az ügyeletes orvosok részéről elsősorban a lakhatási deprivációval: a szegregációval, valamint a zsúfoltsággal függ össze. Azon romák esetében, akik egyszerre élnek gettóban és zsúfoltan, a helyzet még rosszabb, az esetek negyven százalékában tapasztalták azt, hogy az ügyeletes orvos nem megy ki hozzájuk. *Az orvosok egy része nem biztosítja az egyenlő hozzáférést az ügyeleti időben – mélyen csorbul a jog- és esélyegyenlőség elve.*

Ennél a kérdésnél térünk vissza a paraszolvencia problémájához, ugyanis *az ügyeleti kijárást megtagadását inkább azok tapasztalják, akik gyakrabban, de kevesebb paraszolvenciát fizetnek.* A szegregált lét, a lakás zsúfoltsága, valamint a kisebb összegű paraszolvencia együttesen magyarázzák a megtagadásokat.

A TBC és egyéb szűrésen való részvétel mértékét egyértelműen befolyásolja az átért megkülönböztetés. Azok a nők, akik a diszkrimináció hiányát tapasztalják a szakrendelői, kórházi szinten, szignifikánsan magasabb arányban mennek el nőgyógyászati szűrésre, míg a cigányellenesség a szűrésektől szignifikánsan visszatartó tényező.

Az adatok azt mutatják, hogy maguk a romák is tisztában vannak életmódjuk és szegénységük egészségkárosító hatásával, tehát nem aufklerista felvilágosító támogatásra, hanem iskolázottságra és munkahelyre, valamint egyenlő bánásmódra van szükségük az egészségesebb élet elérése érdekében.

Pénzbeni szociális ellátások

A szociális-gazdasági státusz elemzéséből következik, hogy a romák a munkával megszerzhető jövedelmek emelésében érdekeltek, a szociális és egyéb támogatások soha nem fedezik a kieső munkajövedelmeket. A romák gyermekszámát demográfiai összefüggések magyarázzák, az emelkedő gyermekszám – a támogatások növekedésének ellenére – csökkent az egy főre jutó bevételek, illetve az egy főre jutó nettó megélhetés mértékét.

Az egyes pénzbeni szociális támogatásokhoz való hozzájutás motívuma a szegénység, a rászorultság, illetve jogos és jogszerű igény. *A szegénységet a támogatások alig csökkentik.*

A romák meglehetősen magas arányú deprivációja és szegénysége, valamint aközött, hogy milyen nagy azok aránya, akik se nem jogosultak, és nem is igényeltek egyes támogatásokat, meglehetősen ellentmondás érzékelhető. *Magas azok aránya, akik jogosultságuk ellenére nem igényeltek valamilyen támogatást.*

Összességében elmondhatjuk, hogy egyrészt a szociális támogatások mindazokat, akiket elérnek, valóban szociális rászorultság szerint érik el, másrészt korántsem érik el mindenkit, aki szociálisan rászorult.

Magas azon romák aránya, akik előítéletességet és kirekesztést tapasztalnak a helyi önkormányzati és szociális szféra dolgozói részéről. Ennek ellenére érvényesül az egyenlő hozzáférés elve – legalábbis, ami a jogos támogatási igények helyi önkormányzati elismerését illeti.

A pénzbeni szociális ellátásokhoz való hozzáférés legnagyobb akadálya a romák esetében nem a helyi önkormányzatok szűkös költségvetési forrása, hanem a tényleges szociális helyzet, a depriváció, valamint a törvényes jogosultság közötti igen erős szakadék, illetve az a tény, hogy a leginkább rászorult, mély szegénységben élő, képzetlen, otthon egyedül gyermeket nevelő, illetve telepeken, gettóknban élő romák között igen sokan nem ismerik jogaikat, nem tudják, hogy milyen támogatásokban részesülhetnek, ezért nem is folyamodnak a megfelelő támogatásokért.

Szociális-gazdasági státusz – a szegénység és kirekesztettség indexei

A szociális-gazdasági helyzet elemzése során elsőként az iskolai végzettség és gazdasági aktivitás mutatóit foglaljuk össze, bemutatjuk a meghatározó jövedelmi, valamint kiadási szerkezetet, az élet minőségét meghatározó körülményeket; a családszerkezetet, a lakhatással összefüggő életminőségi fokozatokat, valamint a szociális-kapcsolati háló jellegzetességeit.

Iskolai végzettség és gazdasági aktivitás

Az iskolai végzettség szerkezete

A 19 éves kor feletti magyarországi roma népesség egészében még közel harminc százalék nem végezte el az általános iskolát, és több mint a e népesség harmada csak általános iskolai végzettséggel rendelkezik. A romák ötöde szakmunkásképzőt végzett, és az érettségivel rendelkezők aránya mindössze 11,4%. A felsőfokra való bejutás esélyei roppant korlátozottak.

Iskolai végzettség	Eloszlás (%)
8 osztálynál kevesebb	30,2
Általános iskola	36,4
Szakmunkásképző	20,6
Szakközépiskola, technikum	5,1
Gimnázium	6,3
összes érettségizett	11,4
Egyetem, főiskola	1,3

Az iskolai végzettség szerkezete – nem és fő korcsoport^d szerint (%)

	alapel- oszlás	férfi	nő	19–34 éves	35–48 éves	49–62 éves	63 év feletti
8 osztálynál kevesebb	30,2	24,2	36,1	15,2	30,8	64,4	76,4
Általános iskola	36,4	37,9	34,9	40,6	42,0	21,0	14,7
Szakmunkásképző	20,6	26,6	14,7	26,0	17,8	11,4	6,8
összes érettségizett	11,4	10,5	12,4	17,0	7,8	1,7	0,6
Egyetem, főiskola	1,3	0,9	1,8	1,2	1,6	1,4	1,5

^d A tanulmány szociális és gazdasági összefüggéseit taglaló fejezetekben a korcsoportok felosztását a nyugdíjkorhatár szempontja határozta meg. Az egészségügyi fejezetben viszont, az adatok összehasonlíthatósága végett a KSH morbiditási adattár korcsoportos bontását alkalmazzuk.

Az iskolai végzettség korcsoportos áttekintése rávilágít arra, hogy ugyan az egyre fiatalabb korosztályok egyre nagyobb arányban fejezték be az általános iskolát, vagy szereztek valamilyen középfokú végzettséget, *a felsőfokú tanintézetbe való bejutás esélyei nem változtak az évtizedek során*. A tíz rétegű korcsoportos felosztásban az általános iskolát el nem végzettek aránya korrétegenként jelentősen csökken, de a mai 19–25 évesek között is 12,3%, azaz meglehetősen magas.

A 19 éves kor feletti roma népesség egészét tekintve, a férfiakhoz képest a nők lényegesen nagyobb arányban nem fejezték be az általános iskolát. A szakképzésben való részvételük hagyományosan alacsonyabb szintű, az érettségizettek aránya pedig némiképp magasabb mint a férfiaké. Más felvételekből ugyancsak ismert kép szerint a felsőfokot végzettek többsége nő, noha az ilyen végzettségűek abszolút aránya roppant alacsony. A következő táblában nyomon követhető a két nem korcsoportok szerinti képzettségbeli eltérése.

Az iskolai végzettség szerkezete – nem és fő korcsoport szerinti bontásban (%)

	férfiak				nők			
	19–34 év	35–48 év	49–62 éves	63 év feletti	19–34 éves	35–48 éves	49–62 éves	63 év feletti
8 osztálynál kevesebb	10,5	23,5	52,0	68,5	19,6	38,9	78,8	84,3
Általános iskola	41,6	42,5	25,6	19,1	39,4	41,5	15,7	10,3
Szakk munkásképző	32,7	24,1	17,8	9,4	20,1	10,9	4,0	4,1
összes érettségizett	14,9	9,0	3,3		19,1	6,4		1,3
Egyetem, főiskola	0,4	1,0	1,3	3,0	1,9	2,4	1,5	

A fiatal felnőttek generációjában, a 19–34 évesek között az általános iskolát be nem fejezett nők aránya még mindig jóval magasabb, közel a duplája az alapfokú végzettséget nélkülöző férfiakénak.

Mindkét nem esetén az egyre fiatalabb generációkban javult annak az esélye, hogy befejezzék az általános iskolát, vagy valamilyen középfokú végzettséget szerezzenek. Az adatokból azonban az is látszik, hogy a férfiak esélyei – a nőkhez képest – romlottak a felsőfokra való bejutás tekintetében, a nőknek pedig a középgenerációban volt nagyobb esélyük befejezni valamilyen felsőfokú képzést.

Az általános iskola sikeres befejezésének akadályai ugyan meglehetősen közismertek, azonban ehelyütt célszerű néhány tisztán demográfiai, illetve gazdasági összefüggésre felhívni a figyelmet. Elsőként arra, hogy a gyermekszülés, gyermeknevelés pusztán ténye milyen mértékben befolyásolja az iskolai fokozatok elvégzésének esélyét. Ezt a kérdést a 19–24 évesek körében érdemes áttekinteni, az idősebb generációk esetében ugyanis elenyésző azoknak a száma, akiknek nincs gyermekük.

	19–34 éves nők		19–34 éves férfiak	
	nincs gyereke	van gyereke	nincs gyereke	van gyereke
8 osztálynál kevesebb	4,6	25,8	9,7	11,3
Általános iskola	24,6	45,5	30,8	53,4
Szakmunkásképző	23,9	18,5	36,8	28,2
összes érettségizett	42,7	9,3	22,7	6,3
Egyetem, főiskola	4,2	0,9		0,8

A gyermeknevelés a nők esetében természetesen jóval nagyobb mértékben befolyásolja az iskolai fokozatok elvégzésének valószínűségét, mint férfiak esetében. Míg a gyermektelen nők töredéke nem fejezte be az általános iskolát, addig azon nők körében, akik gyermeket szültek, ez az arány meghaladja a huszonöt százalékot. A gyermek hiánya igen erősen befolyásolja az általános iskola utáni továbbtanulás lehetőségét: a gyermektelen nők több mint negyven százaléka érettségizett, és ebben a csoportban találjuk a felsőfokú végzettségűek többségét is.

A férfiak esetében az, hogy van gyermekük, az általános iskola befejezését nem befolyásolja érdemben (elsősorban azért, mert valamivel későbbi életkorban lesz meg első gyermekük; a 19–25 éves korú férfiak 31,1%-a rendelkezik gyermekkel, a nőknek pedig 56%-a). A férfiak továbbtanulását azonban a gyermeknevelés (és az ezzel járó anyagi felelősség) éppúgy befolyásolja, mint a nőket, azzal az ismert különbséggel, hogy a férfiak nagyobb eséllyel szereznek szakmunkás végzettséget, mint érettségit.

Általánosan elterjedt mítosz, hogy a roma nők „túl korán” szülnék, és ennek következményeként nem tanulnak tovább. A fenti adatok első nekifutásra (látszólag) ezt a mítoszt erősítik meg, azonban a gyermekkel rendelkező férfiak kisebb továbbtanulási arányai már önmagukban megkérdőjelezik ezt az állítást. A következőben azt vizsgáljuk, hogy a családban elérhető munkajövedelmek mértéke, illetve a gyermeknevelés hogyan befolyásolja a továbbtanulást.

Az egyes iskolai fokozatokat végzettek %-os arányai a 19–34 éves generációban, a családban egy főre jutó munkajövedelem tizedenként

19–34 évesek	3500 Ft-ig	3500–9400 Ft	9400–12e Ft	12e–16e Ft	16e–20e Ft	20e–23e Ft	23e–30e	30e–39e	39e–50e	50e felett
8 osztálynál kevesebb	39,1	26,6	22,2	15,9	8,3	8,4	7,6	8,1	1,5	6,4
Általános iskola	51,1	49,1	53,6	47,0	50,2	50,8	30,7	25,6	23,6	8,0
Szakmunkásképző	9,8	22,8	11,4	29,4	22,8	28,4	32,5	33,6	36,5	44,1
összes érettségizett		1,4	12,8	7,6	18,7	12,4	27,1	29,8	38,4	34,2
Egyetem, főiskola							2,1	2,9		7,3

Az adatsor igen látványosan mutatja, hogy a családban egy főre jutó munkajövedelem mértéke milyen erősen befolyásolja az iskolai fokozatok elvégzésének esélyét; a legmélyebb szegénységben élők közel negyven százaléka nem fejezi be az általános iskolát, míg a felső jövedelmi tizedbe tartozó családok fiatal felnőtt tagjainak 34%-a érettségit szerzett, és (az átlaghoz képest) igen magas arányban jutottak be felsőfokra. Az iskolai fokozatok elvégzésének esélye jövedelmi tizedenként emelkedik.

Kézenfekvő, hogy megvizsgáljuk, hogy a jövedelem, a gyermeknevelés és a nem együttesen hogyan befolyásolja a végzettséget. Variancia analízist alkalmazva a következő eredményre jutunk: a 19–34 évesek esetén az általános iskola be nem fejezésében a családi jövedelem hatása 22%-os, a nem hatása 13%, míg a gyermek létének hatása mindössze 8%. Ez annyit jelent, hogy a szegényebb családok 19–34 éves nőtagjai lényegesen kevésbé tudták befejezni az általános iskolát – függetlenül attól, hogy van-e gyermekük –, mint a kevésbé szegény családoké, ráadásul a gyermek létének kisebb a hatása mint a nemé.

Az érettségi megszerzését vizsgálva azt látjuk, hogy a jövedelem hatása 25%, a gyermek létének hatása 14%, míg a nem hatása csak 8%, azaz nemtől függetlenül a szegényebb családok tagjai (férfiak és nők), ha gyermeket nevelnek, képtelenebbek leérettségizni. (A jövedelmek és nemek szerinti részletes százalékos adatokat lásd a jegyzetekben¹.)

Az iskolai végzettség %-os eloszlása települési rang és méret szerint

	Buda- pest	megyei jogú város	város	község 2848 felett	község 1333 – 2847	község 702 – 1332	község 346 – 701	község 345 alatt
8 osztálynál kevesebb	5,7	29,4	40,2	29,9	34,9	26,1	22,4	28,8
Általános iskola	10,3	36,7	32,9	43,9	43,3	36,2	24,6	34,4
Szakmunkásképző	33,7	22,1	14,9	16,0	15,3	26,8	38,6	28,3
összes érettségizett	34,2	11,3	11,8	9,5	6,3	10,6	14,4	8,4
Egyetem, főiskola	16,0	0,4	0,2	0,8	0,3	0,2		

A települések rangja (urbanizációs foka) és mérete jelentősen befolyásolja az iskola elvégzését.

A budapesti romák töredéke nem fejezte be az általános iskolát, és mindössze 10 százalékosan végzett csak általánost, ezzel szemben 16% felsőfokú végzettséggel rendelkezik. Az iskolai mobilitás lehetőségei Budapesten látványosan jobbak a romák számára, mint másutt – s ebben a „másutt”-ban az a szomorú, hogy a megyei jogú városok által kínált lehetőségek, fő arányaikat tekintve alig jobbak a nagyközségeknél.

A megyei jogú városokban az általános iskolát el nem végzettek aránya átlagosan azonos a községek hasonló arányával, a kisebb városokban ugyanakkor az iskolai végzettség szerkezete rosszabb, mint az egyéb településeken. Ez az aránykülönbség azonban nem a szegregációnak vagy gettósodásnak köszönhető, noha a szegregáltan élők iskolai esélyei lényegesen rosszabbak, a későbbiekben látjuk majd, hogy a nagyközségek lakossága él szegregáltabban, s nem a város lakó romák.

Az iskolai végzettség %-os eloszlása a szegregáció fokozatai szerint

	romák lakta telep, gettó	romák lakta nem telep	vegyes	nem lakik más roma
8 oszt. kevesebb	43,7	34,1	23,2	19,5
általános iskola	39,0	38,2	35,9	25,9
szakmunkásképző	11,8	15,7	25,8	27,9
összes érettségizett	5,6	12,0	13,3	21,6
egyetem, főiskola			1,8	5,0

A szegregáció, mint ismert, jelentősen rontja az iskolai továbbjutás esélyeit. Ma a telepeken, gettókban élő romák több mint negyven százaléka nem fejezte be az általános iskolát, az asszimilált lakókörnyezetben élők esetében ez az arány az előző fele. Hasonlóan, a szegregáció mértékének csökkenésével mindegyik iskolai fokozat elvégzésének esélye nő, ahogy ezt a táblázat adatainak átlós elrendezése mutatja. A gazdasági aktivitás, illetve az elérhető jövedelmek elemzésénél látjuk majd, hogy a lakóhelyi szegregáció mértéke alapvetően az elérhető munkaalkalmakat és ezen keresztül az elérhető jövedelmeket befolyásolja, és ennek következtében az iskola elvégzésének esélyét is, ahogy az előzőekben a jövedelmek elemzésénél láttuk. Tehát nemcsak arról van szó, hogy a telepi, gettókban élő romák olyan iskolákba járnak, amely kisebb esélyt biztosít a sikerességre és a továbbtanulásra, hanem alapvetően a települési elhelyezkedés, a szegénység, illetve az iskolai végzettség kölcsönös meghatározottságáról is^e.

A gazdasági aktivitás szerkezete

A teljes 19 éves kor feletti roma népesség negyede, 25,1% aktív dolgozó, mindössze 5% tanul „főállásban”, a maradék 70% inaktív. Az inaktívak három legnagyobb csoportját a munkanélküliek, a segítő családtagok, illetve a rokkantnyugdíjasok teszik ki.

A gazdasági aktivitás fő összetevőinek eloszlása a 19 év feletti roma népességben:

	alapeloszlás
Tanul	5,0
Alkalmazásban álló dolgozó	21,2
Vállalkozó, egyéni gazdálkodó	3,2
Szövetkezeti tag	0,7
Regisztrált munkanélküli	18,6
Munkanélküli	6,3
Segítő családtag, Gyes, Gyed	13,4
Öregségi nyugdíjas	7,0
Rokkantnyugdíjas	15,4
Egyéb munkaviszony nélküli	9,3
Összes inaktív	70,0

Előző kutatásainkból ismert összefüggés, hogy az aktívak, illetve a munkanélküliek többsége férfi, míg a háztartásban elsősorban a nők foglalkoztatottak^f. A következő táblázatban nemek és fő korcsoportok szerint követhető nyomon az aktivitás szerinti eloszlás.

^e Ezt megelőzően végzett kutatások tömegeiből ismert, hogy az iskolai esélytelenséget a család iskolázatlansága konzerválja; a szegényebb családok egyúttal nagyobb arányban élnek szegregáltan és rosszabb lakókörülmények között, amely az adott lakóhelyi szegénység újratermelődéhez vezet.

^f Babusik Ferenc – dr. Papp Géza: A cigányság egészségügyi állapota. (Szociális, gazdasági és egészségügyi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.) Esély, 2002/6

A gazdasági aktivitás fő összetevőinek eloszlása nemek és fő korcsoportok szerint (%)

	alapeloszlás	férfi	nő	19–34 éves	35–48 éves	49–62 éves	63 év feletti
csak tanul	4,7	7,1	2,4	8,8			
aktív dolgozó	25,2	32,1	18,4	28,5	32,7	10,6	0,7
munkanélküli	35,9	38,1	33,9	39,7	43,3	24,3	2,6
gyes, gyed, segítő	13,4	0,3	26,0	20,9	8,3		
nyugdíjas	5,4	5,7	5,0				78,8
rokkant- nyugdíjas	15,4	16,7	14,3	2,0	15,6	65,0	17,9

A férfiak és a nők közötti ismert aktivitási különbségek – noha az országos adatok a roppant magas inaktivitásról beszélnek – nem meglepőek. A rokkantnyugdíjasok[§] magas aránya azonban meglehetősen nyugtalanító, különösen ha figyelembe vesszük elképesztően magas arányukat a 49–62 évesek korcsoportjában.

A 35–48 évesek korcsoportjában az aktív dolgozók aránya valamivel magasabb, illetve a háztartásban gyermeket nevelők aránya természetesen alacsonyabb. Már itt, a szociális-gazdasági összefüggéseket taglaló fejezetben meg kell jegyezni, hogy a magas rokkantnyugdíjas arány ékesen beszél a roma népesség igen rossz egészségállapotáról. Éppen ezért érdemes a korcsoportok finomabb felosztásában, korrétegenként követni a rokkantnyugdíjasok eloszlását.

A gazdasági aktivitás fő összetevőinek eloszlása korcsoportok szerint (%)

korréteg	csak tanul	aktív dolgozó	munkanélküli	gyes, gyed, segítő	nyugdíjas	rokkantnyugd.
19–25	16,7	18,7	42,0	20,7		1,9
26–32	1,1	39,6	39,0	19,2		1,2
33–39		33,7	39,8	18,7		7,8
40–46		32,4	43,0	3,3		21,3
47–53		19,3	27,3	0,6		52,8
54–60		6,6	28,3			65,1
61–67		2,1	6,8		54,7	36,4
68–74					75,7	24,3
75–81					82,0	18,0
82 felett					89,9	10,1

A rokkantnyugdíjasok aránya a 19–32 éves korcsoportban 1–2 százalék körül mozog. Már ez is igen komoly mértékűnek tűnik, azonban a 33–39 évesek korcsoportjában

[§] Az adatfelvétel survey jellegéből következően rokkantnyugdíjasnak az önmagukat annak definiálókat nevezzük. A 62 év feletti korcsoportjában a rokkantnyugdíjasok arányának erős csökkenése visszavezethető arra, hogy ebben a korban többen inkább öregségi nyugdíjasnak vallhatták magukat.

ugrásszerűen nő az arány, majd a 40–46 éveseknél eléri a húsz százalékot! Ezután a tendencia nagymértékben erősödik, s az öregségi nyugdíjkorhatár elérésekor kezd el erősen csökkenni. Természetesen az adatfelvétel során nem kontrollálhattuk sem a rokkantnyugdíjas minősítés „papírforma” szerinti valóságtartalmát, sem azt, hogy a „megváltozott munkaképességű” minősítés mögött meghúzódhat-e manipuláció. Azonban – figyelembe véve az orvostársadalomnak a szociálisan leszakadt csoportokkal szembeni, ismert attitűdjeit^h – valószínűsíthető, hogy korántsem adják meg oly könnyen, pusztán a szociális rászorultságra tekintettel a minősítést; ahhoz komoly egészségügyi érvek kellene. A kérdéscsoporthoz bővebben az egészségügyi fejezetben térünk vissza, áttekintve azt, hogy a leszázalékolás és egyes betegségek között milyen oksági viszony áll fenn.

A legfiatalabb, 19–25 éves korcsoportban az aktív dolgozók aránya húsz százalék alatti, egyúttal az ő esetükben a legmagasabb a gyermeket nevelők aránya, illetve azoké, akik főállásban tanulnak. A 25 év feletti csoportokban az aktív dolgozók aránya emelkedik, harminc-negyven százalék között ingadozik, azonban 46 év felett az arány meredeken zuhanni kezd (egyúttal meredeken emelkedik a megváltozott munkaképességűek aránya). Az aktivitás életkorok szerinti erős változásainak magyarázata azonban nemcsak az egészség változásában keresendő. Noha a kérdést alább részletesebben tárgyaljuk, itt érdemes megjegyezni, hogy az aktív dolgozók arányát elsősorban az iskolai végzettség határozza meg. Ahogy felfelé haladunk az időben, az egyre idősebb generációk iskolai végzettsége átlagosan egyre alacsonyabb, és ezzel összefüggésben magasabb körökben a munkanélküliek aránya.

A gazdasági aktivitás fő összetevőinek eloszlása nemenként és fő korcsoportonként (%)

	férfiak				nők			
	19–34 éves	35–48 éves	49–62 éves	63 év feletti	19–34 éves	35–48 éves	49–62 éves	63 év feletti
csak tanul	13,9				4,2			
aktív dolgozó	37,7	40,1	13,6	1,4	20,5	24,7	7,2	
munkanélküli	45,1	43,8	22,0		35,1	42,8	27,1	5,4
gyes, gyed, segítő	0,6				38,7	17,4		
nyugdíjas				81,7				75,4
rokkantnyugdíjas	2,7	16,1	64,4	16,9	1,4	15,1	65,7	19,2

A nemek közötti aktivitási különbségek addig az életkorig jelentősek, amíg a gyermekek fel nem nőnek; a 49 év alattiak esetében a nők magasabb inaktivitását elsősorban a gyermeknevelés határozza meg, különösen a 19–34 évesek korcsoportjában (erre a kérdésre a családszerkezet kérdésénél még visszatérünk).

^h Lásd erről a kötet másik tanulmányát.

A gazdasági aktivitás fő összetevőinek eloszlása lakóhely szerint (%)

	nem szegregált	szegregált	gettó
csak tanul	6,1	3,8	2,7
aktív dolgozó	31,0	24,2	13,9
munkanélküli	30,8	36,8	44,2
gyes, gyed, segítő	10,2	16,6	18,5
nyugdíjas	5,2	5,7	5,3
rokkantnyugdíjas	16,7	13,0	15,5

Az aktív dolgozók aránya együtt csökken, illetve a munkanélkülieké növekszik a szegregáció mélyülő fokozataival. Az országos adatok megerősítik a két évvel ezelőtti, borsod megyei vizsgálat hasonló eredményeit. A háztartásban foglalkoztatottak aránya (mint láttuk, alapvetően nőkről van szó) ugyancsak együtt növekszik a szegregáció mértékével. A településsoros adatokból tudjuk, hogy a roma népesség 67,6%-a községekben él, egyúttal elsősorban olyan régiókban, amelyekben a munkanélküliség az országos átlag feletti. A községekre vonatkoztatott aktivitási adtok jó egyezést mutatnak a fenti táblázat országos adataival; mindebből következik, hogy a szegregáció növekvő mértékével együtt csökken a munkaalkalmak száma. Ezen kívül, érdemes figyelembe venni azt a tényt is, hogy a gettósodott vagy szegregált lakóhelyeken az alacsony munkaerő-piaci potenciált jelentő, iskolázatlanabb romák magasabb arányban élnek. E kettőből következik az, hogy a szegregáció mértékével együtt növekszik a munkanélküliségi ráta. Az elérhető munkahelyek számára vonatkozó megállapítást erősíti meg az aktivitási adatok regionális eloszlása is.

A gazdasági aktivitás fő összetevőinek eloszlása régiók szerint (%)

	alapeloszlás	Közép-Mo.	Dél-Dunántúl	Közép-Dunántúl	Nyugat-Dunántúl	Észak-Mo.	Észak-Alföld	Dél-Alföld
csak tanul	4,7	7,1	11,7	18,6		2,0	2,0	
aktív dolgozó	25,2	34,7	24,8	28,3	57,6	23,5	20,0	7,3
munkanélküli	35,9	36,2	32,6	35,4	25,2	37,8	36,6	39,3
gyes, gyed, segítő	13,4	4,9	5,3	6,2	2,6	17,6	18,3	27,0
nyugdíjas	5,4	4,8	7,3	5,7	11,6	5,5	3,4	4,5
rokkantnyugdíjas	15,4	12,3	18,2	5,8	3,0	13,6	19,6	22,0

Az aktív dolgozók aránya a régiók fejlettségét követi, a legnagyobb mértékű foglalkoztatási szintet Nyugat-Dunántúlon találjuk (57,6%), míg a legalacsonyabbat a dél-alföldi régióban (7,3%). A munkanélküliség szintjének alakulása ugyan alapvetően komplementer módon követi az aktív foglalkoztatottakét, azonban az egyes régiók között igen jelentős különbségek vannak abban, hogy milyen okok miatt esnek ki az aktív foglalkoztatotti státusból a romák.

A közép- és nyugat-dunántúli régiókban az átlaghoz képest jóval kisebb arányban vonulnak (a nők) a háztartás belső munkaerőpiacára, egyúttal jóval átlag alatti a rokkantnyugdíjasok aránya is.

Az észak-magyarországi régióban ugyan az egyik legmagasabb a munkanélküliségi ráta (37,8%), azonban a rokkantnyugdíjasok aránya valamivel átlag alatti, miközben a foglalkoztatottaké átlagos. Ezzel szemben Dél-Dunántúlon, az észak-alföldi, illetve a dél-alföldi régióban jelentősen átlag felett találunk rokkantnyugdíjasokat, valamint ez utóbbi régióban a háztartásban foglalkoztatottak aránya az országos átlag duplája.

Aktivitás és iskolai végzettség összefüggése

A különböző iskolai végzettséggel rendelkezők eloszlása gazdasági aktivitás szerint (%)

	alapeloszlás	8 oszt. kevesebb	Ált. iskola	Szakmunkásképző	összes érettségizett	Egyetem, főiskola
csak tanul	4,7	0,2	4,3	2,3	23,2	
aktív dolgozó	25,2	4,7	20,0	52,1	41,8	75,1
munkanélküli	35,9	31,2	46,6	30,5	26,7	17,0
gyes, gyed, segítő	13,4	14,1	19,1	6,9	6,3	
nyugdíjas	5,4	14,1	1,3	2,2	0,4	7,9
rokkantnyugdíjas	15,4	35,7	8,8	6,0	1,7	

Az iskolai végzettség természetesen alapvetően meghatározza a gazdasági aktivitást. A 19 éves kor felett főállásban tanulók elsősorban az érettségizettek közül kerülnek ki, 23 százalékuk tanulmányokat folytat. Az érettségivel rendelkező, egyúttal főállásban tanuló romák 78,7%-a felsőfokon tanul, a maradék hányadot elsősorban az átképzésben résztvevők teszik ki. A legfiatalabb, 19–25 éves korú csoportban a felsőfokon tanulók aránya 89%. Mindez annyit jelent, *hogy noha a felsőfokú végzettségű romák aránya még mindig elképesztően alacsony, illetve a legfiatalabb, 19–25 éves korúak csoportjában az érettségivel rendelkezők aránya is mindössze 22,5%, e fiatal és érettségizett csoport már megindult a felsőoktatás irányába.*

A felsőfokú végzettséggel rendelkezők háromnegyede aktív dolgozó, azonban, ha eltekintünk a koruk miatt inaktívaktól, látjuk, hogy egy nem elhanyagolható hányaduk munkanélküli. A korszerkezet elemzéséből kitűnik, hogy a munkanélküli, felsőfokot végzetek a 35–48 évesek korcsoportjából kerülnek ki (e korcsoportban a felsőfokot végzetek fele munkanélküli).

Noha az érettségizettek a szakmunkás végzettségűekhez képest valamivel kisebb arányban dolgoznak, ennek oka az, hogy ők nagyobb arányban vesznek részt nappali rendszerű képzésben. A képzésből már végleg kikerül 35–48 éves korcsoportban az érettségivel rendelkezők 72%-a aktív dolgozó és 12% munkanélküli, velük szemben a szakmunkás végzettségűek 64%-a aktív dolgozó és 32%-a munkanélküli. Látnunk kell, hogy a felsőfokú végzettség vagy az érettségi megléte (gimnáziumi, vagy szakközépiskolai végzettség)

a romák esetén önmagában nem feltétlen biztosítéka az aktív foglalkoztatottnak; miközben korábbi kutatások és elemzések sora bizonyította azt, hogy a romák a nem romákhoz képest lényegesen több erőfeszítést tesznek az elhelyezkedés érdekében¹. A települések méretével, illetve a szegregáció fokával összehasonlítva a képzettség és a foglalkoztatottság arányait, azt tapasztaljuk, hogy még Budapesten is, illetve a szegregációmentes lakókörnyezetben élők esetében is a középfokot végzettek jelentős hányada munkanélküli, és hasonló mondható el az egyes régiók roma népességéről is. Egyedül a dél-dunántúli régió az, ahol az érettségizetteknek csak elhanyagolható hányada nem talált munkát.

A szakmunkás végzettség köztudottan alacsony munkaerő-piaci státust képes nyújtani; az ilyen végzettségű romák 30–50%-a munkanélküli – függően a kortól, települési és regionális elhelyezkedéstől, illetve a lakóhely szegregációs fokától.

A 19 éves kor feletti romáknak, mint láttuk, 36,4%-a végzett csak általános iskolát. Az alapfokú végzettség kizárólag fizikai, illetve segédmunkák elvégzését teszi lehetővé; a 19–34 évesek korcsoportjában az ilyen végzettségűek 17,6%-a munkavállaló, az idősebb, 35–48 éves generációban pedig ez az arány megközelíti az ötven százalékot. Az általános iskolát be nem fejezettek között a legfiatalabb generációban is csak 6–7% volt képes munkát találni, és a 35–48 évesek között az aktívak aránya 8% körüli.

A rokkantnyugdíjasok kiemelkedő aránya az általános iskolát be nem fejezettek körében részben annak köszönhető, hogy az alapfokú végzettséget nélkülözők a 49–62 éves korosztályban felülreprezentáltak.

A különböző iskolai végzettséggel rendelkező férfiak és nők eloszlása gazdasági aktivitás szerint (%)

férfiak	alapel- oszlás	8 oszt. kevesebb	Általános iskola	Szakmun- kásképző	összes érettségizett	Egyetem, főiskola
csak tanul	7,1	0,5	6,2	3,5	36,0	
aktív dolgozó	32,1	7,4	26,3	55,8	47,7	68,1
munkanélküli	38,1	32,8	53,2	30,8	16,4	7,2
gyes, gyed, segítő	0,3		0,6	0,3		
nyugdíjas	5,7	16,4	2,3	2,5		24,7
rokkantnyugdíjas	16,7	42,9	11,4	7,2		
nők						
csak tanul	2,4		2,2	0,2	12,7	
aktív dolgozó	18,4	2,9	13,3	45,5	36,9	78,4
munkanélküli	33,9	30,2	39,8	29,8	35,3	21,6
gyes, gyed, segítő	26,0	23,5	38,3	18,7	11,4	
nyugdíjas	5,0	12,4	0,4	1,8	0,7	
rokkantnyugdíjas	14,3	31,0	6,0	3,9	3,0	

¹ Lásd erről pl. Kertesi Gábor: Cigányok a munkaerőpiacon (105–150.) In: Az átmenet foglalkoztatáspolitikája Magyarországon. Közgazdasági Szemle 41. 1994. 11. (991–1023.).

A gazdasági aktivitás és az iskolai végzettség összevetéséből azon az evidencián túl, hogy a magasabb szintű végzettség javítja a munkához jutás esélyeit, az a következtetés vonható le, hogy a romák esetén az érettségi vagy a diploma sem feltétlen biztosítéka a foglalkoztatottnak.

A képzettség mértéke ugyan mindkét nem esetén emeli a foglalkoztatottság szintjét, azonban a nők foglalkoztatottsága a férfiakhoz képest alacsonyabb. A nemek közötti aktivitási különbség, mint láttuk, alapvetően a gyermeknevelés, illetve a háztartás belső munkaerőpiacán való foglalkoztatottság következménye, ugyanakkor a képzettség hatása sem elhanyagolható; a képzettebb nők alacsonyabb arányban foglalkoztatottak a háztartásban mint a képzetlenek. Az érettségivel rendelkező nők munkanélkülisége azonban magasabb szintű mint a férfiaké.

A családok aktivitása

Az egyének gazdasági aktivitásán túl igen lényeges, hogy a szorosan vett család, az együtt élő (házas)felek gazdasági aktivitása milyen – ez határozza meg ugyanis a gyermekek, a következő generáció lehetőségeit.

A vizsgált, 19 éves kor feletti roma népesség nagyobbik része, 61,7%-a házas, illetve együttélő (természetesen a fiatalabb korcsoportokban több az egyedülálló, az idősebbekben pedig az özvegy). A házasfelek aktivitási eloszlási különbségei némiképp eltérnek a nemek közöttiektől.

A gazdasági aktivitás fő összetevőinek eloszlása nemek, valamint házasfelek szerint (%)

	férfi	nő	férjek	feleségek
csak tanul	7,1	2,4	0,1	0,2
aktív dolgozó	32,1	18,4	35,6	21,3
munkanélküli	38,1	33,9	45,7	29,1
gyes, gyed, segítő	0,3	26,0	1,7	33,9
nyugdíjas	5,7	5,0	3,1	2,6
rokkantnyugdíjas	16,7	14,3	13,8	12,9

A házasfelek között, épp korukból adódóan már elenyésző számban találunk főállásban tanulókat, a kereső foglalkozásúak aránya némiképp magasabb – megtartva a nemek közötti különbséget. A házas férfiak munkanélküliségi aránya magasabb, a házas nőké alacsonyabb, mint a nemekre bontott mintaátlag. Mivel a házasfelek együttes gazdasági aktivitása határozza meg a család élethelyzetét, ezért elsőként e közös aktivitás eloszlását tekintjük át.

A házaspárok nemeként együttes aktivitásának teljes eloszlása (%)

férfi aktivitása	feleség aktivitása					
	csak tanuló	aktív dolgozó	munkanélküli	gyes, gyed	nyugdíjas	rokkantnyugdíjas
csak tanuló				0,1		
aktív dolgozó		12,2	9,8	11,7		2,4
munkanélküli	0,2	7,2	16,0	19,8	0,4	2,0
gyes, gyed, segítő		0,1	0,6	1,0		0,1
nyugdíjas		0,8	0,3		1,2	0,6
rokkantnyugdíjas		1,1	2,5	1,5	1,0	7,7

Legnagyobb arányt azok a családok képviselnek, amelyekben a férfiak munkanélküliek, illetve a feleségek a háztartásban foglalkoztatottak – ez a konstrukció teszi ki a szűk családok közel ötödét. Ennél valamivel kisebb arányban (16%) szerepelnek azok a családok, amelyekben mindkét házaspár munkanélküli. Harmadik helyen, átlagosan tíz százalékkal azok a családok szerepelnek, amelyekben a férfi foglalkoztatott, a feleség vagy munkanélküli, vagy a háztartásban foglalkoztatott. Mivel a család lehetőségeit alapvetően az befolyásolja, hogy hány keresővel rendelkezik, ezért a következőkben a kereső aktivitás eloszlása szerinti csoportokat mutatjuk be.

Családi aktivitási modell eloszlása (%)

	eloszlás
mindkettő aktív	12,2
csak férfi aktív	23,8
csak feleség aktív	9,2
mindkettő inaktív	54,8

Azon roma családok körében, amelyekben házaspárok együtt élnek, mindössze 12,2% olyan családot találunk, ahol mindkét fél aktív dolgozó, a családok ötödében a férfiak egyedül keresők és csak közel tíz százalékban fordított a helyzet (csak a feleség kereső). A családok több mint felében mindkét házaspár inaktív. Az inaktivitást természetes módon befolyásolja a kor, illetve a nők esetén a gyermeknevelés.

A házaspárok közös aktivitásának eloszlása korcsoportonként (%)

	mindkettő aktív	csak férj aktív	csak feleség aktív	mindkettő inaktív	van gyermekük
19–25	3,5	29,9	4,2	62,4	43,3
26–32	21,1	27,4	5,9	45,6	72,6
33–39	16,8	22,9	10,9	49,4	92,5
40–46	13,1	27,0	11,4	48,4	83,5
47–53	4,0	17,5	17,7	60,8	77,8
54–60	1,0	9,3	14,7	75,0	77,0
61–67	2,6		14,2	83,3	82,2
68–74				100,0	69,4
75–81				100,0	63,3

A legfiatalabb generációban a két házaspár közös aktív kereső aránya igen alacsony – ezt elsősorban nem a gyermeknevelés terhei határozzák meg, hanem az ebben az életkorban még tanuló férfiak viszonylag nagy száma.

A 26–32 éves korcsoport az, ahol a legnagyobb arányban kereső mindkét házaspár, ezután a közös aktivitás aránya csökken, majd 47 éves koron túl drámaian zuhan. A fiatal felnőttek generációjától kezdve emelkedik azon családok aránya, ahol csak a feleség aktív kereső kiváltva a férjek emelkedő arányú munkanélküliségét. A nyugdíjkorhatár alatti, de idősödő generációkban igen jelentősen emelkedik azon családok száma, ahol egyik fél sem kereső. Mivel a gyermek megléte nagy valószínűséggel kiemeli a nőket a nyilvános munkaerőpiacról, ezért érdemes a gyermeknevelés változójával együtt áttekinteni az adatokat.

A házaspárok közös aktivitásának eloszlása korcsoportonként és gyermek szerint (%)

nincs gyermekük	19–34 éves	35–48 éves	49–62 éves	63 év feletti
mindkettő aktív	35,5	11,5		
csak férj aktív	24,3	31,2		
csak feleség aktív	11,4	5,4	14,3	
mindkettő inaktív	28,8	51,9	85,7	100,0
van gyermekük				
mindkettő aktív	10,8	16,0	1,2	
csak férj aktív	28,6	23,9	12,4	
csak feleség aktív	4,4	13,3	15,9	17,0
mindkettő inaktív	56,2	46,9	70,5	83,0

Fiatal korban, ha van gyermek, a magasabb arányú közös inaktivitást a feleségek háztartásban való foglalkoztatottsága magyarázza. A középgenerációban (amikor a

gyermek nagyobb) a feleségek aktivitási aránya jelentősen nő. Amennyiben a családnak van gyermeke, úgy még ötven év felett is nagyobb valószínűséggel aktívak a házaspárok. Mindez arra utal, hogy a családok aktivitási szerkezetét – a lehetőségeken, a regionális sajátosságokon, a szegregációból adódó munkaerőpiaci depriváción túl – erősen meghatározza az, hogy a családnak, épp a gyermeknevelésből adódóan többletforrásokra van szüksége. A gyermeknevelésből eredő forrásigény, illetve a feleségek gazdasági aktivitása között azonban jelentős ellentmondás van; a gyermeket nevelő nők nagy arányban vannak otthon, inaktívak, gyermeket nevelnek. Egy előző kutatásból^j tudjuk hogy ennek oka elsősorban nem a „roma kulturális sajátosságokban” keresendő, hanem sokkal prózaibb: a romák által nagy arányban lakott kistérségekben, illetve településeken nincs óvoda, vagy roppant alacsony az óvodai kapacitás és a roma gyerekek kisebb eséllyel kerülnek be.

Ahhoz, hogy a családok együttes aktivitásának okait jobban megérthessük, kissé előreszaladva érdemes megvizsgálni azt, hogy a gyermek létének, valamint a családi aktivitási szerkezetének függvényében hogyan alakul a munkajövedelmek, az ellátások, valamint a megélhetésre fordítható bevételek szerkezete.

Egyes bevételek mértéke a családi aktivitás és a gyermek függvényében (Ft)

nincs gyermek	m.jöv./fő	m.nélk. tám. sum	gyermek utáni tám.	szoc. tám./fő	sum bev./fő	nettó meg- élhetés/fő
mindkettő aktív	63918	0	0	0	66783	48901
csak férj aktív	33341	4003	0	1886	36752	25750
csak feleség aktív	43271	1616	0	1690	45769	32471
mindkettő inaktív	21548	2944	0	2652	25263	18299
van gyermek						
mindkettő aktív	36277	0	9845	656	39422	30237
csak férj aktív	20222	714	19191	967	25277	18640
csak feleség aktív	24580	5369	13792	1800	29728	20236
mindkettő inaktív	11921	2482	21204	1937	18646	11802

A családokban az egy főre eső munkajövedelem^k abban az esetben, ha a család gyermeket nevel, a gyermektelen családok hasonló jövedelmének fele-kétharmada. A hiányzó jövedelmeket ugyan pótolják a támogatások – elsősorban a gyermek utáni, illetve szociális támogatások, illetve ezek mértéke a család inaktív tagjai számának növekedésével ugyancsak nő, azonban látjuk, hogy a család egy főre eső összes bevétele^l egyrészt az inaktivitással csökken, másrészt a gyermeket nevelő családokban alacsonyabb.

^j Lásd: Babusik Ferenc: A roma gyerekek óvodáztatása. Új Pedagógiai Szemle (2003. június)

^k A rendszeres munkából származó jövedelem. Az inaktívok esetén az egy főre jutó munkajövedelem átlagértékibe az időszakos jövedelmek, a nyugdíjak, illetve az egyéb családtagok által megkeresett munkajövedelmek is beleszámítanak.

^l Összes bevétel: munkajövedelmek és támogatások összege.

^m A fogalom alatt a kalkulált bevételek és rezszi jellegű kiadások egyenlegét értjük – azt az összeget, amelyet a család étkezésre, a gyerekek iskoláztatására, ruházatkódásra, stb. fordíthat.

Azon családokban a legmagasabb az egy főre jutó nettó megélhetés^m összege, amelyekben mindkét házaspár aktív dolgozó és nem nevelnek gyermeket. A gyermekneveléssel e családokban az egy főre jutó nettó megélhetés összege mintegy kétharmadára esik vissza. Azon családok, amelyekben csak a feleség aktív dolgozó, az egy főre eső jövedelmek, illetve nettó megélhetési összegek rendre magasabbak, mint ott, ahol csak a férj aktív. Azokban a családokban a legalacsonyabb az egy főre jutó nettó megélhetés összege, ahol mindkét fél inaktív; tehát a bevételek nagyobb hányadát támogatások teszik ki, illetve gyermeket is nevelnek.

Adataink tehát megerősítik a két évvel ezelőtti, Borsod megyei kutatás során leírtakat: a roma családok lényegesen jobban érdekeltek a munkával megszerzhető jövedelmek, mint az egyes támogatások (ezen belül a gyermek utáni támogatások) megszerzésében – noha ez utóbbiak nyilvánvalóan nélkülözhetetlenek.

Mint láttuk, a roma családok mintegy felében mindkét házaspár inaktív. E családokban, ha gyermekük is van, az egy főre jutó, támogatásokkal együtt számított bevételek összege átlagosan húszezer forint alatt marad, ezek a családok mélyen a létminimum alatt élnek.

Gazdasági aktivitás és gyermekszám

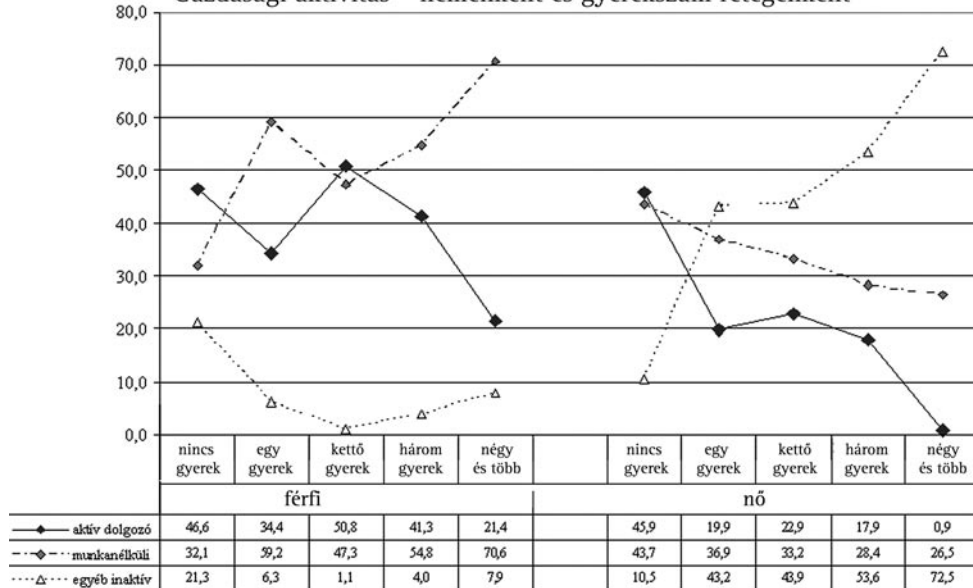
A családok aktivitását, terheit és elérhető bevételeit, mint láttuk, a gyermekek nevelése alapvetően befolyásolja. Feltételezhető, hogy a családban élő eltartott gyermekek száma ugyancsak negatívan befolyásolhatja a nők aktív munkavállalását, valamint az egy főre eső jövedelmeket. A következőben azon családok körében tekintjük át a kérdést, amelyekben vagy nincs gyermek, vagy az még nem aktív kereső.

Azon családok eloszlása, amelyekben maximum 18 éves korú gyermek él

	eloszlás %
nincs gyermek	38,0
egy	14,7
kettő	21,6
három	16,6
négy és több	9,1

A könnyen áttekinthető adatsor után szenteljük figyelmünket a gyermekszámtól függő aktivitási mutatóknak.

Gazdasági aktivitás – nemenként és gyerekszám rétegenként



Amíg a pároknak nincs gyermekük, a férfiak és a nők egyaránt viszonylag magas arányban foglalkoztatottak. Ezekben a családokban legalacsonyabb a férfiak, és legmagasabb a nők munkanélküliségi rátája is, utóbbiak háztartásban való foglalkoztatottsági aránya pedig a legalacsonyabb.

Már az első gyermek megjelenése is radikálisan csökkenti az aktívan foglalkoztatott nők arányát, az emelkedő gyermekszámmal párhuzamosan pedig egyre magasabb arányban vonulnak át a háztartás belső munkaerőpiacára.

A férfiak aktív foglalkoztatottsága a gyermekek számának emelkedésével átlagosan csökken, a munkanélküliek aránya pedig növekszik. Az alábbi táblázatban közölt forintértékek azonban ismét meggyőznek arról, hogy a gyermekek számával emelkedő munkanélküliségi ráta, és annak a jelensége, hogy a nők otthon maradnak, korántsem azért következik be, mert a családok a gyermekek utáni és szociális juttatások megszerzésében lennének érdekeltek – éppen ellenkezőleg: az egy főre eső munkajövedelmek és a fajlagos nettó megélhetés összege, a gyermekek számának növekedésével párhuzamosan, rohamosan csökken.

	nincs gyermek		egy gyermek		két gyermek		három gyermek		négy és több	
család foglalkozás	m.jöv/fő	nettó megélhetés/fő	m.jöv/fő	nettó megélhetés/fő	m.jöv/fő	nettó megélhetés/fő	m.jöv/fő	nettó megélhetés/fő	m.jöv/fő	nettó megélhetés/fő
mindkettő aktív	63918	48901	48716	39567	31597	25918	31220	28656	25000	.
valamelyikük aktív	36684	27820	23997	19380	24827	21105	18171	17930	10805	12596
mindkettő inaktív	21548	18299	15375	12589	11622	12125	12297	12399	9200	9988

A gazdasági aktivitás kérdései mindezek után logikusan folytatódnak demográfiai mutatókra, illetve a háztartások anyagi erejére vonatkozó kérdésekkel.

Néhány demográfiai mutató

A szokásoktól eltérően a roma népesség korszerkezetére vonatkozó kérdéseket az egészségügyi fejezet elején tárgyaljuk és nem ehelyütt. Ennek oka kettős: egyrészt, mivel adatfelvételünk nem népességstatistikai elvekre épült, hanem a roma népesség korszerkezetének előzetes ismeretére alapozott mintavételes eljárás (tehát a korszerkezet kutatási előfeltételezés), másrészt a korszerkezet, a magas gyermekszám és az alacsony átlagos életkor közvetlenül kapcsolható az egészségügyi állapot problematikájához.

Családi állapot megoszlása nemenként és korcsoportonként (%)

FÉRFIAK	19–25	26–32	33–39	40–46	47–53	54–60	61–67	68–74	75–81	82 felett
Nőtlen, hajadon	60,1	21,1	6,3	6,0	3,8	4,9				
Házass, élet-társsal él	33,5	67,1	85,4	72,3	76,1	71,5	43,6	41,4		
Elvált vagy különélő	5,3	9,8	8,0	14,0	12,6	10,8	12,8	5,0	10,6	
Özvegy	1,0	2,0	0,3	7,7	7,4	12,8	43,5	53,6	89,4	100,0
NŐK										
Nőtlen, hajadon	39,6	16,2	1,5	1,4	3,8	5,1				
Házass, élet-társsal él	54,2	76,7	76,7	79,0	58,1	37,3	42,6	22,4	8,8	
Elvált vagy különélő	5,4	6,6	18,9	12,2	17,0	16,8	4,1			
Özvegy	0,8	0,5	2,9	7,4	21,1	40,8	53,3	77,6	91,2	100,0

A családi állapot nemenkénti és korcsoportos adataiból látható, hogy a nők lényegesen korábbi életkorban házasodnak, mint a férfiak, míg a 19–25 éves férfiak hatvan százaléka nőtlen, addig a hajadon nők aránya csak negyven százalék. Feltűnő ugyanakkor, hogy a fiatal felnőtt, 26–32 éves korcsoportban is a férfiak ötöde, a nők valamivel több mint negyede szingli. A 33 éves kortól felfelé a házasság stabilabb, hagyományos intézmény; a férfiak és nők töredéke egyedülálló.

A válások már a legfiatalabb generációra is kismértékben jellemzőek, a 19–25 évesek korcsoportjában a válások arányát tekintve nincs jelentős különbség férfiak és nők között, az idő előrehaladtával természetesen növekszik az elváltak aránya.

Leglényegesebb, egyúttal döbbenetes, a várható alacsony élettartamról szóló adat az özvegyek kiemelkedő aránya mindkét nemben, az özvegy nők magasabb aránya pedig a férfiaknak a nőkéhez képest alacsonyabb várható élettartamáról beszél.

A háztartásban együtt élők, korcsoportonként (%)

	átlag	19–34 éves	35–48 éves	49–62 éves	63 év felett
házastárs / élettárs	61,7	59,5	79,9	60,5	30,4
gyermek	63,9	59,1	81,6	58,2	49,4
szülők	28,5	47,0	10,6	2,9	0,0
testvér	17,7	29,2	4,0	4,3	4,9
egyéb rokon	9,9	6,1	8,7	19,6	24,8
más, nem rokon	3,1	2,8	2,1	5,4	4,1

A teljes 19 éves kor feletti roma népesség közel hatvankét százaléka házastárssal él, és közel ekkora arányban gyermekével. A roma népesség valamivel kevesebb mint harmada egyúttal szüleivel, kevesebb mint ötöde pedig testvérével együtt. A háztartásokban élő egyéb rokonok aránya sem elhanyagolható.

Az idősebb korcsoportokban házastársukkal együtt élők aránya erősen csökken – ez a magas özvegyi aránynak, tehát a halálozásoknak köszönhető. A szülőkkel való együttélés arányai nem függenek a település rangjától, mértétől, a szegregáció fokától, sem a jövedelem mértékétől, tehát nem tisztán gazdasági, vagy lakóhelyi kérdést jelentenek. A testvérekkel való együttélés elsősorban a fiatalabb generációkra jellemző – az arányokból kitűnik, hogy az idősebbek testvérei feltehetően önálló háztartást vezetnek.

Noha az egyéb rokonokkal és másokkal való együttélés arányai nem elhanyagolhatóak, nem bizonyítható, hogy ez a kérdés a szegénységgel függne össze.

A háztartásban együtt élők rokoni fok szerint kompozícióját nem befolyásolja a jövedelem. Azonban az együtt élők számát már igen jelentősen, 34%-ban^a az határozza meg, hogy az egy főre jutó családi jövedelem melyik tizedbe esik. (Ugyanakkor az együtt élők számát nem befolyásolja a szegregáció mértéke, vagy a település jellege.)

Az együtt élők számának eloszlása (%)

	átlag	19–34 éves	35–48 éves	49–62 éves	63 év feletti
egyedülálló	10,5	7,8	5,1	16,7	39,7
két fő	17,1	9,6	16,0	43,6	26,5
három fő	15,5	18,3	13,0	11,3	10,1
négy fő	22,3	25,4	25,4	9,9	12,0
öt fő	20,1	24,3	21,7	9,1	2,9
hat fő és több	14,6	14,7	18,7	9,4	8,8

^a Variancia analízis, R négyzet érték.

A roma háztartásokban együtt élők száma maglehetősen magas – összefüggésben az alacsony jövedelmekkel. A fenti arányszámok önmagukért beszélnek, egy dolgot érdemes külön kiemelni: az idősebb korosztályok tagjai között növekszik az egyedül élők aránya, a 63 éves és e feletti korosztályokban az egyedülállók aránya már igen magas.

A gyermekek számának eloszlása nemenként és korcsoportonként (%)

férfiak	19–34 éves	35–48 éves	49–62 éves	63 év feletti
nincs	52,3	15,3	21,9	23,4
egy	15,3	12,4	16,4	11,7
kettő	16,5	33,8	28,3	26,3
három	14,1	24,5	16,8	19,5
négy és több	1,8	14,1	16,5	19,1
nők				
nincs	29,3	8,5	25,5	23,2
egy	18,4	14,4	20,0	19,5
kettő	25,9	30,1	12,5	18,2
három	16,0	24,7	28,1	11,7
négy és több	10,3	22,3	13,8	27,5

A 19 éves kor feletti roma népesség a gyermekek meglétét és azok számát illetően megosztott, heterogén. A 34 éves kor alatti férfiak több mint fele, a nők közel harmada még nem nevel gyermeket, 35–48 évesek korcsoportjában ez az arány csökken ugyan, de 8,5–15,3% ugyancsak gyermektelen. Az ennél idősebb korcsoportokban ismét emelkedik a gyermektelenek aránya – nem tudjuk bizonyosan ennek okát, de tekintve azt, hogy a középgeneráció nőtagjai többségének van gyermeke, felmerül a gyanú, hogy az idősebbek gyermektelensége mögött akár a fiatalabb korosztályhoz tartozó gyermekek halálózása (tehát a roma népesség egészségállapota) is meghúzódhat.

A 35 év felettiak esetében 14–27% között van azok aránya, akiknek négy vagy több gyermekük van, azonban korcsoporttól függetlenül közel azonos arányt képviselnek azok, akiknek egy, kettő vagy három gyermekük van. A gyermekek számának *átlaga* maglehetősen alacsony, korcsoporttól függően 1,3 és 2,2 fő között ingadozik. Mindebből az következik, hogy a „cigányoknak sok gyermekük van” elterjedt megállapítás^o: *előítéletes mítosz*.

A következő kérdés, hogy mitől függ a gyermekek száma. Kézenfekvő, hogy a kor ilyen változó, elvégre az idő előrehaladtával növekedhet a családokban a gyermekek száma. Variancia analízissel vizsgálva a kérdést, az adatok azt mutatják, hogy leg-erősebb hatása együttesen az elért jövedelmeknek, az iskolai végzettségnek és a

^o Az egészségügyi alapellátás szereplői körében végzett vizsgálatunk tanulsága szerint a társadalom elitjéhez tartozó háziorvosok egy része is osztozik ebben a mítoszban, amely mítosz része a cigányellenes előítéletek rendszerének.

kornak van. A családokban egy főre jutó munkajövedelmek hatása közel 33%, a kor hatása 31%, az iskolai végzettségé pedig 20%. Mindehhez a települési elhelyezkedés, a szegregáció, stb. nem járul hozzá magyarázó erővel. Noha a magas gyermekszámnak van jövedelemcsökkentő hatása, az kevésbé erős, mint az alacsony jövedelmek gyermekszámemelő, illetve a magas jövedelmek gyermekszámcsökkentő hatása. Mindebben a klasszikus demográfiai paradigma érhető tetten: *az alacsony várható élettartam növeli a populációban a gyermekek számát, azonban a népességén belül a növekvő társadalmi státusz hatására csökken a gyermekszám.*

Anyagi erő és kiadások

A 19 éves kor feletti roma népesség igen magas arányú aluliskolázottsága és inaktivitása a munkajövedelmek alacsony szintjét vetíti előre, azonban lényeges kérdés, hogy az iskolázottság és aktivitás kategóriáitól függően milyen differenciákat találunk a jövedelmek s kiadások szerkezetében, illetve mindez hogyan alakul az egyének és a családok esetében.

Az egyének helyzete

Állandó, illetve alkalmi munkajövedelemmel rendelkezők^p megoszlása, illetve jövedelmeik átlagos havi Ft-értéke, gazdasági aktivitás szerint

	állandó munka- jövedelem	alkalmi	állandó munka- jövedelem Ft	alkalmi Ft
csak tanul	3,3	23,7	2421	3992
aktív dolgozó	95,6	16,5	59076	3718
munkanélküli	4,8	40,5	1755	12056
gyes, gyed, segítő	12,7	14,0	5143	2697
nyugdíjas		3,3		438
rokkantnyugdíjas	1,8	8,6	687	3420

Az önmagukat aktív dolgozónak vallók túlnyomó többsége rendelkezik állandó munkajövedelemmel, az a 4,4%-os hányad, amelynek munkajövedelme nem állandó, elsősorban az egyébként kisszámú szövetkezeti tagból és egyéni vállalkozóból áll. A gazdasági létbizonytalanságra és a megszerezhető jövedelmekre nézve jellemző, hogy az egyéni gazdálkodók és vállalkozók mindössze 75%-a rendelkezik egyúttal állandó jövedelemmel. A vállalkozók közül egyúttal 11%-nak van alkalmi munkajövedelme, míg az egyébként elenyésző számú szövetkezeti tag közül 39%-nak. A teljes 19 éves kor feletti roma népességre nézve az állandó munkajövedelem átlagértéke hatvanezer forint

^p Az állandó munkajövedelmekhez soroltuk a nyugdíjakat.

körüli, tehát nem sokkal több mint a jelenlegi minimálbér. Szükségszerűnek tűnik tehát, hogy az állandó jövedelemmel rendelkező aktív dolgozók több mint 16%-a alkalmi jövedelmet is szerez – azonban ennek havi átlagértéke roppant alacsony, nem éri el a négyezer forintot.

A főállásban tanuló fiatalok több mint ötöde alkalmi munkával keres pénzt, de az ilyen jövedelem havi átlagértéke közel azonos az aktív dolgozók hasonló jövedelmével.

Érdekes módon a munkanélküliek közel 50%-a azt vallotta, hogy rendelkezik állandó munkajövedelemmel – feltehetően ez a rendszeres napszámból és hasonlókból származókat jelentheti. Ezt erősíti meg ugyanis a rendszeres jövedelem elenyésző havi forintértéke. A munkanélküliek azok, akik a legnagyobb arányban vállalnak valamilyen alkalmi munkát, egyúttal ők azok, akik (egyébként teljesen érthetően) a legnagyobb átlagos havi alkalmi jövedelemre is szert képesek tenni.

A háztartásban foglalkoztatottak egy része ugyancsak beszámol alkalmi vagy rendszeres jövedelemtől – e jövedelmek havi átlagos forintértéke azonban ugyancsak igen alacsony.

Az iskolai végzettségnek a jövedelmek nagyságára gyakorolt hatása ismert jelenség, hasonlóan a nemek által egyenlőtlenül elérhető jövedelmi értékekhez. A következő táblázat adataiból egyrészt egyértelmű, hogy a növekvő iskolai végzettségi fokozat emeli az átlagos havi állandó és alkalmi jövedelmek nagyságát, ezen belül pedig a szakmunkás végzettségűek jövedelme némiképp meghaladja az érettségivel rendelkezőkét.

Állandó, illetve alkalmi munkajövedelemmel rendelkezők^p jövedelmeinek átlagos havi Ft-értéke, iskolai végzettség és nemek szerint

	átlag		férfi		nő	
	állandó munkajövedelem	alkalmi	állandó munkajövedelem	alkalmi	állandó munkajövedelem	alkalmi
8 oszt. kevesebb	2932	3305	3743	4749	2345	2253
Általános iskola	13166	6132	14763	7883	11325	4029
Szakmunkásképző	33705	9880	35196	13374	30968	3460
összes érettségizett	30952	6212	38472	10307	24688	2801
Egyetem, főiskola	63569	13650	56574	37874	66838	2329

Még a felsőfokú végzettségű romák havi átlagos rendszeres munkajövedelme is viszonylag alacsony és alatta marad az országos átlagnak. A legfeljebb általános iskolát végzettek jövedelmi szintje pedig mérhetetlenül alacsony. A nemi különbségek az ismert és várható képet mutatják, azonban a kevés számú felsőfokú végzettséggel rendelkezőnél érdekesen alakulnak a keresetek: a férfiak esetén valamivel alacsonyabb az állandó jövedelem mértéke, ugyanakkor az általuk elérhető alkalmi jövedelem szintje figyelemreméltóan magasnak tűnik, egyúttal közel tizenötszöröse a felsőfokú végzettséggel bíró nők hasonló jövedelmének.

Állandó, illetve alkalmi munkajövedelmek megoszlása és átlagos havi Ft-értéke, regionálisan

	állandó munkajövedelem	alkalmi	állandó munkajövedelem	alkalmi
Közép-Magyarország	36,0	29,4	27319	10643
Dél-Dunántúl	27,5	28,8	16465	5845
Közép-Dunántúl	31,5	25,4	21012	8536
Nyugat-Dunántúl	58,9	19,9	37712	4203
Észak-Magyarország	28,7	22,7	15010	6183
Észak-Alföld	21,2	15,6	12736	3863
Dél-Alföld	39,2	28,9	11807	10588

Az állandó jövedelemmel rendelkezők arányában igen komoly regionális különbségek vannak – párhuzamosan az előzőekben megismert regionális aktivitási különbségekkel. A jövedelmek szintjében található különbségek ugyancsak jelentősek, az egyes régiók önmagában vett igen alacsony jövedelmi átlagértékei pedig abból adódnak, hogy régióként eltérően, de magas az inaktív aránya. A regionális különbségek másik oka az eltérő településszerkezet; a következő táblázatban nyomon követhető, hogy a legalacsonyabb átlagos jövedelmek a közepesen nagy községekben találhatóak és nem a legkisebbekben.

Állandó, illetve alkalmi munkajövedelmek megoszlása és átlagos havi Ft-értéke

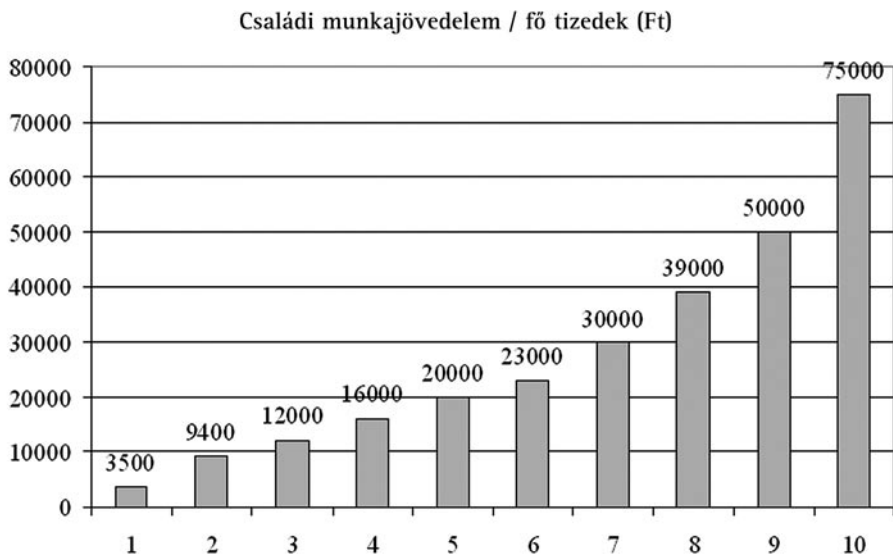
	állandó munkajövedelem	alkalmi	állandó munkajövedelem	alkalmi
Budapest	50,5	38,6	42107	17415
megyei jogú város	35,3	19,6	22647	4435
város	28,1	21,6	17677	7180
község - 2848 felett	25,3	24,5	11793	5550
község - 1333 – 2847	21,3	17,0	11434	3193
község - 702 – 1332	31,3	22,6	18729	4329
község - 346 – 701	28,2	19,1	15819	7509
község - 345 alatt	44,5	35,0	22587	7954

A családok helyzete

– Munkajövedelmek

Mint láttuk, a vizsgált népesség zöme családban él és nem egyedülálló. Épp ezért az életviszonyokat a családban elérhető jövedelmek befolyásolják alapvetően. A családi (háztartási) jövedelmek kiszámításánál a házaspár (együttélő) felek által elért jövedelmeket valamint az egyéb együtt élő családtagok jövedelmeit együttesen vettük figyelembe

(lényeges ugyanis a fiatal házassokkal együtt élő, és kereső szülők, valamint az idősebb szülőkkel együtt élő és már kereső fiatalok jövedelme is). A család tagjai által, az állandó és alkalmi munkával együttesen megkeresett jövedelmek egy főre eső értéke az az index, amely meghatározza a család életnívóját, figyelembe véve az inaktívak magas arányát (akik vagy nem rendelkeznek munkajövedelemmel, vagy egyszerűen még nincsenek keresőképes korban).



Az egy főre jutó munkajövedelem tizedek a roma népesség elképzelt megosztottságát tükrözik; a legalsó és a legfelső tized között több mint hússzoros különbség van, egyúttal – számítási módtól függően a családok alsó hét – kilenc tizede a létminimum alatt él⁹.

A családban elért egy főre jutó munkajövedelem nagysága – a keresők számától függően

keresők száma a családban	%	összes munka- jövedelem / fő
mindkettő aktív	12,2	41837
csak férj aktív	23,8	21482
csak feleség aktív	9,2	26935
mindkettő inaktív	54,8	12881

⁹ A létminimum értéke a VDSZ számításai szerint 2003. legvégén 55000 Ft, míg a KSH számítása szerint 31000 Ft. (Az eltérés a fogyasztói kosár számításaiból adódik.)

Az egy főre jutó elérhető munkajövedelem természetesen két kereső esetén a legnagyobb (noha az egyik számítás szerint így is alatta marad a létminimum értékének).

*A családban elért egy főre jutó munkajövedelem nagysága
– a keresők és gyermekek számától függően:*

családban élő gyermekek száma	keresők száma			
	mindkettő aktív	csak férj aktív	csak feleség aktív	mindkettő inaktív
Nincs gyermek	63918	33341	43271	21548
egy	48716	22406	27492	15375
kettő	31597	23533	27908	11622
három	31220	17645	19657	12297
négy és több	25000	11303	7143	9200

A gyermekek száma természetesen csökkenti az egy főre jutó jövedelmet, a táblázat adatai arról beszélnek, hogy a mérhetetlenül alacsony jövedelmi szint legnagyobb károsultjai a gyerekek, a következő generáció. A gyermekek számának függvényében mért egy főre jutó jövedelem esetén is megfigyelhető, hogy amikor csak a feleség kereső, a jövedelem magasabb.

A jövedelmi szint a szegregáció mértékével arányosan csökken.

	egy főre eső jövedelem
nem szegregált	31441
szegregált	21623
gettó	17220

Az egy főre jutó jövedelmek természetesen nem használhatók fel szabadon, a családok az amúgy is mérhetetlenül alacsony jövedelmeik egy jelentős részét a háztartás fenntartására költik. E kiadásokat tekintjük át, amelyek közül a lakbéréket vagy közös költséget (ha van ilyen), a szigorúan rezsi jellegű kiadásokat (villany, gáz, víz, csatorna, stb.), illetve a téli fűtés költségeit vettük számításba – mint olyanokat, amelyek minden háztartásban egyaránt jelentkezhetnek. Mindenek előtt azonban tekintsük át, hogy a fenti költségek tekintetében díjhátralékosok hogyan oszlanak meg egyes mutatók mentén.

	%
nem hátralékos	70,2
egy tételből díjhátralékos	19,2
2 vagy több tételből díjhátralékos	10,5

Az adatok meglepőnek tűnhetnek – az alacsony háztartási jövedelmek ellenére a roma népesség hetven százaléka nem díjhátralékos, közel ötöde csak egy tételből (vagy lakbér vagy rezsi, stb.) és csak tíz százalék kettő vagy több tételből. A számok azt mutatják, hogy a mély szegénységben élő romákról kialakított sztereotípiák, mely szerint körükben a díjhátralékosok aránya jelentős: teljes mértékben téves.

A család fő fenntartóinak (házaspár) együttes aktivitás szerinti adatok bizonyos mértékig a család stratégiáiba is betekintést engednek. Abban az esetben, ha a házaspár mindkét tagja kereső, a díjhátralékosok aránya viszonylag kicsi. A feleség kieső jövedelme esetén nagyobb a hátralékosok aránya, azonban a férj kieső jövedelme esetén már nagyobb azon családok száma, melyek legalább két tétellel vannak hátralékban. Amikor mindkét házastárs inaktív, azon családok aránya a legalacsonyabb, ahol nincs tartozás, egyúttal a kettő vagy több tételből hátralékosok aránya ismét csökken.

Díjhátralékosok eloszlása családi aktivitás szerint (%)

	nem hátralékos	egy tételből	2 vagy több tételből
mindkettő aktív	86,3	9,5	4,2
csak férj aktív	72,2	14,9	12,9
csak feleség aktív	69,7	13,0	17,4
mindkettő inaktív	66,2	24,8	9,0
<i>átlag</i>	<i>70,2</i>	<i>19,2</i>	<i>10,5</i>

Mindebből azt a sejtést alakíthatjuk ki, mely szerint abban az esetben, amikor mindkét fél inaktív, a családok lényegesen kevésbé kockáztatják meg a tartozást, mint amikor csak valamelyik fél nem dolgozik. Hasonlóan, kisebb kockázatot jelent az, amikor a férj kereső, mint amikor a feleség az (noha a feleségek munkája relative több pénzt visz a konyhára).

Fenntartási díjak' (Ft) – egy főre eső jövedelmi tizedenként

sumjöv/fő rtg	lakbér	rezsi	fűtés
3500 Ft -ig	1151	9480	23400
3500–9400	2836	13454	20788
9400–12000	1063	10884	14863
12000–16000	1794	11427	18026
16000–20000	1091	11507	13645
20000–23000	2155	13833	14699
23000–30000	1926	13284	15962
30000–39000	1417	15786	15442
39000–50000	1955	12923	13928
50000 felett	4455	14033	14285

[†] A fűtés adatai a teljes téli szezonra vonatkoznak és nem egy hónapra. A rezsi költségek a háztartás havi abszolút költségét jelentik, és nincsenek egy főre lenormálva.

A táblázat adataiból kitűnik, hogy a háztartások relatíve legnagyobb költsége a téli fűtés; a legmélyebb szegénységben élők számára legalább akkora költséget jelent, mint a legmagasabb egy főre eső jövedelmi tizedben élő családoknak.

A gyermeket nevelő családok jelentős költsége kapcsolódik a gyermekhez. E költségek közül, a könnyebb összehasonlíthatóság végett azokat vettük számításba, amelyek a közoktatásban (óvoda, általános- vagy középiskola) tanuló, 5–16 év között gyermekek oktatási költségeit takarják (tankönyvek, tanszerek, étkeztetés, egyéb iskolai költségek). A mellékletben közölt táblázatban² követhető, hogy a gyermekek oktatási költségei (az egy gyermekre jutó költség) ugyan jelentősen függenek a lakóhelytől, a szegregáció mértékétől, a régiótól, azonban a jövedelem költségemelő hatása csak a felső két jövedelmi tizedben jelentős (a felső két tizedben képesek a családok többet költeni gyermekükre). Ez utóbbi azt jelenti, hogy a legszegényebb családokban az egy gyermekre jutó havi költség zöme a közoktatásban való részvételükre megy el (azaz feltehetően egyáltalán nem jut játékokra, stb.)

A lakhatással összefüggő életminőség

Az életminőséget komplex, sok tényező együttes meglétével vagy hiányával jellemezhető indexnek tekintjük. Kutatásunk során – mivel alapvetően az egészségügyi állapot, az egészségügyi illetve szociális ellátásokra való rászorultság és hozzáférés tényezőinek vizsgálata volt célunk – a szociális-gazdasági helyzet azon változóit kívántuk elemezni, amelyek erős befolyást gyakorolhatnak e tényezőkre. Éppen ezért az életminőséget meghatározó számtalan lehetséges változó közül kettővel foglalkozunk kiterjedten: a lakhatással, valamint a szociális kapcsolatok védőháló szerepével.

Tudjuk, hogy a romák egy jelentős része a magyarországi mélyszegénységben élők közé képest is jelentősen rosszabb körülmények között él; telepeken, „gettókban”. Az előző, Borsod megyei egészségügyi vizsgálatunk eredményeiből ismert, hogy a magas betegségearányokat meghatározó szegénységfaktorkok között a lakóhely minősége is jelentős szerepet tölt be.

Mindezt figyelembe véve, az országos kutatás adatainak feldolgozása folyamán megkíséreltünk kidolgozni egy olyan indexet, amely lehetőleg alkalmas a lakóhely „nyers” mutatói (lakóépület és lakóhely minősége, infrastrukturális ellátottság, stb.) alapján a lakóhely jellegéből adódó életminőség konzisztens bemutatására. A következőben elsőként néhány nyers mutató mentén ábrázoljuk a roma népesség helyzetét.

A lakóhelyek elhelyezkedése, a lakások minősége, infrastruktúra, zsúfoltság.

A magyarországi cigányok közele fele (44,7%) él elkülönülten, ezen belül a jelentősebb hányad telep vagy gettószerű körülmények között; a roma népesség mintegy hatszázezer lélekszámát figyelembe véve, összesen közel 167 000 fő él gettósodottan.

Vegyes lakókörnyezetben, lakhatási szempontból asszimiláltan él a romák ugyancsak

közel fele (47,3%), míg a lakóhelyi szempontból teljes beolvadást jelentő környezetben elenyésző arányuk (4,1%).

Lakóhelyek eloszlása szegregáció szerint (%)

	alapeloszlás	Budapest	megyei jogú város	város	község
Csak romák lakta, de nem telep	16,9	18,9	10,4	11,2	19,1
Romák lakta telep, „gettó”	27,8	4,0	32,1	28,4	29,4
Vegyes lakókörnyezet	47,3	50,1	40,5	51,0	46,7
Nem lakik más roma család	4,1	6,6	6,1	7,7	2,8
Nem lehet megállapítani	3,8	20,4	10,9	1,8	2,0

A települések mérete és urbanizációs foka természetesen nagymértékben befolyásolja azt, hogy milyen lakóhelyek alakultak ki az elmúlt évtizedek folyamán, illetve milyen mértékben alakultak ki vagy maradtak meg „cigánysorok”, telepek. Szegregáltan, de nem gettósodott körülmények között Budapesten, illetve községekben közel azonos, átlagosan 19%-os arányban élnek romák, azonban Budapesten a gettótól alig jellemző (4%), míg a fővárostól eltekintve az egyes településtípusokban igen jelentős ez az arány. Figyelemreméltónak találjuk azt a tényt, hogy az erős urbanizációs fokot jelentő megyei jogú városokban is igen magas azon romák aránya, akik gettósodott körülmények között élnek. Hasonlóan, míg Budapesten, illetve kisebb városokban, községekben a cigányság közel fele él vegyes lakókörnyezetben, addig a megyei jogú városokban ez az arány mindössze 40%.

A lakás jellegének eloszlása, valamint a lakás jellegének és a lakóhely szegregációs fokának együttes eloszlása (%)

	alapeloszlás %	tábla % értékek		
		nem szegregált	szegregált	gettó
hagyományos városi ház	15,2	11,9	2,2	0,9
önálló ház	67,3	40,0	12,2	15,2
szükséglakás, -épület, egyéb	17,5	3,5	2,4	11,7

A lakóhely életminőséget meghatározó jellegén túl lényeges kérdés, hogy milyen épületben laknak az emberek. A magyarországi cigányság alig kevesebb mint ötöde (17,5%) szükséglakásban- vagy szükségépületben, illetve eredetileg nem lakás céljára

szolgáltató épületben lakik. A roma népesség területi eloszlásából következően ugyanakkor közel hetven százalékuk falusias, önálló, egyúttal lakás céljára épült házban él.

Mivel a lakóhely jellege, egyúttal az épületek minősége erősen összefügg, ezért a fenti táblázatban a teljes roma népességre vonatkozó együttes eloszlás adatait tüntettük fel. Ezek szerint a cigányság legnagyobb része (40%) nem szegregáltan, egyúttal önálló (falusi) épületben él. A második legnagyobb arányú csoport (15,2%) falusi cigánysorokon lakik (önálló falusi épület, gettósodott lakóhely). Közel azonos, 11–12%-os arányban élnek romák nem szegregáltan, városi házban, vagy gettóban és szükséglakásban, illetve szegregáltan, de jobb minőségű falusi épületben.

A lakóépületek jellegén túl igen lényeges kérdés azok infrastrukturális ellátottsága, ez ugyanis egyszerre jeleníti meg a lakóhely (pl. szegregált lakóhely, aprófalú, stb.) jellegéből fakadó sajátosságokat, illetve beszél az anyagi helyzet adta hozzáférési lehetőségekről.

Az egyes háztartások infrastrukturális ellátottsága – a meglévő infrastruktúra %-ban

	alapeloszlás	nem szegregált	szegregált	gettó
fürdőszoba	60,9	76,0	48,1	37,0
lakáson belüli WC	54,1	69,0	40,7	30,6
villany	98,6	98,6	99,6	98,3
vezetékes víz	72,6	86,3	63,4	50,3
kút	29,2	31,2	34,7	21,4
valamilyen vízforrás	80,4	90,3	79,8	60,3
csatorna	42,0	53,1	32,5	23,3

A villamos energiával való ellátottság az egyetlen olyan tényező, amely viszonylag magas százalékban áll rendelkezésre a vizsgált népességben; összességében így is a háztartások 1,4%-a nem rendelkezik vele. Feltételezhetjük, hogy ebben az adatban az ellátásból kikapcsolt díjhátralékosok jelennek meg.

A közvetlenül hozzáférhető (ivó)víz olyan elsődleges tényezőnek számít, amelynek hiánya közvetlenül kihathat az élet egész területére. A vezetékes ivóvíz háztartáson belüli hozzáférése egyúttal a közvetlen lakóhely infrastrukturális kiépítettségének függvénye is. Igen figyelemre méltó, hogy a roma népesség egy jelentős hányada (19,6%) él olyan körülmények között, ahol sem vezetékes víz, sem telken belüli kút nem áll rendelkezésre (ezek azok a területek, telepek, utcák, amelyek lakosainak csak az utcai közkút áll rendelkezésére). A lakóhelyek csatornázottsága „természetesen” a vízzel való ellátottságnál lényegesen rosszabb képet mutat, egyúttal közvetlenül összefügg a lakóhely szegregált vagy gettószerű mivoltával. A lakáson belüli fürdőszoba, illetve WC közvetlenebbül a helyben rendelkezésre álló vízforrástól függ^s. Adataink azt mutatják, hogy noha pl. a gettósodottan élő romák 76,7%-a nem csatornázott területen él, a fürdő-

^s A községi lakások egy részében a kútból szivattyúzzák fel a vizet, illetve derítőmedence helyettesíti a csatornát.

szobával, illetve lakáson belüli WC-vel való ellátottságuk ennél jobb arányt tükröz, azaz a telken belüli önerős infrastruktúra helyettesíti a közműveket.

Az eddigi adatok tehát azt mutatják, hogy ha csak néhány lényeges, a lakhatással összefüggő minőségi tényezőt veszünk is figyelembe, roppant színes kép bontakozik ki, a variációs lehetőségek skáláján éppúgy megjelennek azok a családok, amelyek gettósodottan, egyúttal megfelelő épületben és infrastruktúrával ellátva élnek, mint azok, akik asszimilált körülmények között, de szükséglakásban és szegényes infrastruktúrát használva laknak. Mielőtt az eddigi adatokból összeállítható komplexebb életminőségi „térkép” tárgyalásába kezdenék, érdemes még egy, általunk lényegesnek tartott minőségi faktort áttekinteni: milyen zsúfoltan élnek a romák. A zsúfoltság mértékének azt a számot tekintjük, amely megmutatja, hogy egy lakószobában¹ hány fő él.

Zsúfoltság (lakószoba/fő)	megoszlás %
1 főig	30,4
1 – 2 között	43,2
2 – 3 között	16,4
3 felett	10,0

A zsúfoltság szerint rétegzett adatok tehát ugyancsak azt mutatják, hogy a magyarországi cigányság meglehetősen eltérő körülmények között élő csoportokat alkot, míg valamivel több mint ötven százalékuk esetében maximum két fő jut egy lakószobára, addig tíz százalék esetében háromnál is többen élnek egy lakóhelyiségben.

A lakhatási életminőséget meghatározó tényezők

A lakhatási életminőség nyers tényezőinek számbavétele után megkíséreltük egységes képbé rendezni azokat; arra voltunk kíváncsiak, hogy mely tényezők rendeződnek konzisztens csoportokba; egyáltalán, lehetséges-e a különböző tényezőkből kialakítani egy olyan indexet, amely konzisztensen teszi mérhetővé a lakhatási életminőséget. Próbák sorozatán keresztül kiderült, hogy csak korlátozott mértékben állítható fel ilyen egységes index, a lakás minőségi értékei (infrastruktúra mértéke, szükséglakás) korántsem járnak szorosan együtt azzal, hogy milyen a zsúfoltság mértéke, illetve szegregáltan élnek-e a romák. Az egyetlen konzisztens változó az, amelyben az infrastrukturális ellátottság, illetve a szükséglakás minősítés szerepel együtt.

¹ A felvétel során nem tekintettük lakószobának a konyhát, amennyiben olyan épületet találtunk, amely egyetlen konyhahelyiségből állt, úgy a lakószobák száma a nulla értéket kapta.

A lakás minőségi fokozatai: azt infrastruktúra, valamint a szükséglakás minősítés %-ban megjelenő variációk alapján

	minőségi fokozatok					
	jó	tűrhető	rossz	alapvetően hiányos	szükség	végyszükség
Önálló fürdőszoba	97,7	99,1	16,4			
Lakáson belüli WC	98,8	74,9			1,5	
Vezetékes víz	100,0	100,0	100,0		60,7	
Telken belüli kút	34,7	24,1	12,7	100,0	67,8	
Csatorna	100,0		44,2	24,7	3,6	3,3
szükséglakás-e	3,8	5,6	9,6		83,3	44,6

A szorosan vett lakásminőség/felszereltség szerint, clusterezéssel öt rétegbe sorolódtak a roma háztartások.

- Jónak nevezzük azokat a lakásviszonyokat, amely esetében igen nagy valószínűséggel minden infrastruktúra rendelkezésre áll, és alig találunk szükséglakásban élő családot. Ezek a lakások Budapesten némileg felülreprezentáltak, azonban még a legkisebb községekben is átlag közeli értékben találunk belőlük. Ezek a lakások alkotják a romák által lakott lakásállomány legnagyobb hányadát: 35,3%-ot. E csoport alkothatja a romák lakhatási életminőség szempontjából értett elitjét.
- A következő lépcsőt a tűrhetőnek elnevezett esetek alkotják. Ezekben vezetékes víz mindig rendelkezésre áll, azonban ezek a háztartások csatornázatlan területen (községben, utcában, stb.) találhatóak, közel 25% esetében nincs lakáson belüli WC, illetve valamivel magasabb arányban találunk olyan családot, amely szükséglakásban él. A jó és a tűrhető kategória között a lényeges különbség a lakáson belüli WC megléte vagy hiánya (ugyanis lakásminőség szempontjából nincs feltétlen különbség a közcsatornával illetve a derítővel való szennyvízelvezetés között). E második minőségi fokozatot képviselő lakásokban a magyarországi cigányság közel negyede él (24,7%).
- Rossznak neveztük azon háztartások lakásait, amelyek között mintegy tíz százalékban találunk szükséglakást, lakáson belüli WC-vel egyik sem, fürdőszobával több mint nyolcvan százalék nem rendelkezik. Noha kézenfekvőnek tűnne, hogy ezek a lakások elsősorban falusias környezetben találhatóak, az adatok nem ezt mutatják; éppúgy előfordulnak városokban is, gettósodott városrészekben, illetve a városok ellátatlan, falusias utcáiban.
- Alapvetően hiányosnak neveztük azt a lakáskategóriát, amely nem rendelkezik vezetékes vízzel, ellenben kútról minden esetben helyben rendelkezésre áll a „helyi” víz. Sem fürdőszobáról sem lakáson belüli WC-ről nem beszélhetünk, azonban ezek között a lakások között egyik sem szükséglakás. Ez és az ezt követő minőségi kategória Budapesten ugyan nem található meg, azonban a megyei jogú városokban már átlag körüli értékben fordulnak elő. Mindez azt mutatja, hogy a lakás önmagában vett minősége szinte független a településtől, s nem igaz az a feltételezés, hogy a városok cigánysága jobb lakáskörülmények között él.
- A szükség jelzőt kapta az a lakáskategória, melyben az esetek több mint nyolcvan

százalékában a lakás szükséglakás, s noha az esetek több mint felében van valamilyen lakáson (telken) belüli vízforrás, ezek a lakások nem rendelkeznek fürdőszobával és csak elhanyagolható számban lakáson belüli WC-vel.

- A három középső lakásminőség kategóriába eső lakások önmagukban viszonylag kis arányt képviselnek, „rossz”: 8,5%; „alapvetően hiányos”: 5,7%; „szükség”: 6,1%.
- A végszükség jelzöt azok a lakások kapták, amelyek esetében semmilyen infrastruktúrát nem találunk – noha az esetek több mint felében ezek a lakások nem szükséglakások. Megjegyzendő, hogy e végszükség állapotot tükröző lakások ugyancsak az átlag körüli arányban fordulnak elő nagyvárosokban vagy éppen falvakban. E lakások aránya egyúttal riasztóan magas: a teljes roma népesség ötöde, 19,7% ilyen végszükséget jelentő lakáskörülmények között tengődik. Amennyiben az alapvetően hiányos, a szükség és a végszükség kategóriákban élők együttes arányát tekintjük, az állapot még drámaibb: összesen 31,5%, *a roma népesség harmada él deprivált lakáskörülmények között.*

A lakás minőségéből adódó lakhatási életminőség fokozatok sajátos módon meglehetősen gyengén kapcsolódnak ahhoz a kérdéshez, hogy milyen a zsúfoltság mértéke, illetve mennyire élnek szegregált körülmények között a roma családok. E gyenge kapcsolat okán ezeket az összefüggéseket nem láttuk értelmesnek táblázatos formában szerepeltetni. A kapcsolatok mértékét variancia analízissel kiszámolva, a következő eredményekre jutottunk.

A lakhatási minőségi fokozatok és a zsúfoltság mértéke közötti kapcsolat mindössze 10%-os, azaz meglehetősen gyenge; a legjobb lakásviszonyok mellett is számtalan család él zsúfoltan, illetve a végszükség kategóriát jelentő lakásviszonyok mellett is a családok közel húsz százaléka él zsúfoltságmentesen.

Valamivel erősebb kapcsolatot találunk a lakhatási életminőség és a szegregáció között (17%), a jó és tűrhető minőségi fokozatú lakásban élő családok lényegesen nagyobb arányban élnek nem szegregáltan, azonban a gettótét nem jelenti automatikusan azt, hogy a lakások rosszak (a gettókból élők 15–20%-a jó minőségű lakásban lakik). A szegregáció mértéke és a zsúfoltság között nincs komolyabb kapcsolat, a szegregációmentes viszonyok között élő családok körében a zsúfoltság éppúgy előfordulhat, mint gettóban.

Mindez annyit jelent, hogy a lakhatás olyan minőségi mutatói, mint a lakás minősége, a zsúfoltság, valamint a szegregáció, bizonyos mértékig egymástól függetlenek. Független tényezők határozzák meg, hogy egy család milyen minőségű lakásban, és/vagy milyen zsúfoltan, és/vagy mennyire szegregáltan él. E független tényezők közül a család együttes gazdasági aktivitása, valamint a családban egy főre jutó munkajövedelem hatásait elemeztük. E két tényező és a lakhatás minőségi kérdéseinek összefüggései alapján azután következtethetünk arra, hogy bizonyos anyagi erő birtokában a családoknak mire van lehetőségük, mennyire képesek szabadon megválasztani lakóhelyüket, azt, hogy hányan zsúfolódnak egy szobába, illetve azt, hogy milyen komfortú / minőségű lakásban éljenek.

Együttélők/házások együttes gazdasági aktivitása – a lakás minőségi fokozatai szerint (%)

	átlag	mindkettő aktív	valamelyik aktív	mindkettő inaktív
jó	35,3	66,6	41,1	23,7
tűrhető	24,7	25,9	29,7	21,2
rossz	8,5	0,6	8,9	10,0
alapvetően hiányos	5,7	1,9	4,5	9,0
szükség	6,1	0,5	4,6	7,9
végzsükség	19,7	4,5	11,1	28,1

Az adatokból kitűnik, hogy azon, egyébként kis számú család körében (12,2%), ahol mindkét házasfél kereső, csak viszonylag kevesen élnek a tűrhetőnél rosszabb minőségű lakásban. Azonban abban az esetben, amikor csak egy aktív dolgozó van a családban, a lakás megválasztásának lehetőségei lényegesen korlátozottabbá válnak, sőt az ilyen családok több mint tíz százaléka a végzsükséget jelentő lakásban él, s mindkét fél inaktivitása még inkább szűkíti a lehetőségeket. A családok 54,8%-ban egyik házasfélnek sincs munkája, s e családok több mint negyede végzsükséget jelentő lakásban él. Ugyanakkor a munkanélküli családok 54,9%-a jó vagy tűrhető lakásban él, ez az adat arról beszél, hogy természetesen önmagában a jelenlegi munkanélküli státusz nem határozza meg feltétlenül a lakás minőségét (a lakások adásvétele vagy cseréje lényegesen nehezkesebb és lassabb folyamat, mint a munkaerőpiaci státusz változása – legalábbis az esetek egy részében, ráadásul a fiatalabbak még magántulajdonú ingatlan esetében sem feltétlenül sajátjukban élnek, hanem szüleik által vásároltban, stb.).

A következő táblázat adatai azt mutatják, hogy a zsúfoltság kérdése valamivel szorosabban kapcsolódik az aktivitáshoz. Azon családok zöme, ahol mindkét házasfél dolgozik, viszonylag zsúfoltságmentesen él. Azokban a családokban, amelyekben vagy csak az egyik fél aktív, vagy mindketten inaktívak, a munkanélküliség már elsősorban az erős zsúfoltságot befolyásolja.

Együttélők/házások együttes gazdasági aktivitása – a zsúfoltság fokozatai szerint (%)

	átlag	mindkettő aktív	valamelyik aktív	mindkettő inaktív
1 főig	30,4	32,6	19,8	17,4
1 – 2 között	43,2	58,3	55,6	37,8
2 – 3 között	16,4	6,4	17,1	26,3
3 felett	10,0	2,7	7,5	18,6

A gazdasági aktivitás, illetve a szegregált / nem szegregált lakóhelyi viszonyok, mint előző kutatásainkból ismert, nemcsak szorosan összefüggnek, hanem kölcsönösen meg is határozzák egymást.

Együttélők/házások együttes gazdasági aktivitása – szegregáció szerint (%)

	átlag	mindkettő aktív	valamelyik aktív	mindkettő inaktív
nem szegregált	55,3	71,0	70,4	43,6
szegregált	16,9	14,6	15,9	19,8
gettó	27,8	14,4	13,7	36,6

Egyrészt a szegregáltabb viszonyok között alapvetően kevesebb a munkaalkalom, másrészt a munkanélküli szegény családok inkább ilyen területeken lévő, olcsóbb lakásokba költöznek. Azonban ha azt vizsgáljuk, hogy a lakások értéke hogyan függ a családok gazdasági aktivitásától, a szegregáció fokától, illetve a lakás minőségétől, azt tapasztaljuk, hogy a lakás értékét alapvetően kevésbé befolyásolja az, hogy milyen a család gazdasági aktivitása; elsősorban a lakás minősége a meghatározó és másodsorban az, hogy szegregált vagy nem szegregált település(részen) van-e. Ha eltekintünk attól a kérdéstől, hogy milyen méretű és urbanizációs fokú lakások értékét vizsgáljuk, a variancia analízis eredményei azt mutatják, hogy a család aktivitása csak 10%-os értékben befolyásolja a lakás értékét, az, hogy szegregációmentes, szegregált, vagy gettósodott település(részen) van-e a lakás, már 15%-os mértékben, a lakás minőségi fokozatai viszont 39%-os mértékben. Mindez annyit jelent, hogy azok a családok, amelyekben mindkét házaspár dolgozik, korántsem választhatják meg olyan szabadon lakásaikat, mint azt a szabad (lakás)piac elméleteiből következne. *Azaz a roma családok egy része munkavállalása ellenére él röghözkötötten, értéktelen, igen rossz minőségű lakásban.*

A fenti megállapítást erősíti meg egy újabb variancia analízis, melynek során az egy főre eső munkajövedelem tizedek, a lakás minőségi fokozatai, illetve a szegregáció mértéke együttes hatását vizsgáltuk a lakások értékére nézve. A lakások értékét e három tényező együttesen 29%-ban határozza meg (a maradékot a település jellege, a régió, stb.). E három tényező együttes hatásán belül azonban szigorú különbségeket találunk: az, hogy a lakás szegregált, vagy gettósodott területen van-e a lakás értékét mindössze 13%-ban variálja, a jövedelem mértéke 20%-ban, míg a lakás minősége 38%-ban. Noha természetesen kézenfekvő, hogy a lakások értékét azok minősége alapvetően meghatározza, abban az esetben, ha a romák számára minden esetben adott lenne, hogy szabadon adhatják-vehetik vagy cserélhetik lakásaikat, a jövedelem, illetve az aktivitás ugyanolyan mértékben kellene, hogy befolyásolja a lakások értékét. Mint látjuk azonban, ez nincs így. Mindebből többek között az is valószínűsíthető, hogy az éppen adott aktivitási, illetve jövedelmi szint az időben nem oly mértékben állandó, mint a lakás (a jövedelem bizonytalanabb tényező). Ez az összefüggés azt a szegény rétegek körében ismerős képet mutatja, hogy nagyobb biztonságot nyújt megmaradni a rosszabb lakásviszonyok között, ugyanis megszokták azt, hogy a jelenlegi (akár jobb) jövedelmi szint korántsem biztosíték a jövőre nézve (tehát kockázatos az értéknövelő csere, mert nem tudják feltétlenül fenntartani az értékesebb lakást).

E kézenfekvő gondolatmenetet a következő próbának vetettük alá. Tudjuk, hogy minél magasabb a házaspár iskolai végzettsége, annál stabilabban találhatnak maguknak munkát, illetve annál magasabb a stabilan elérhető átlagos munkajövedelem

szintje – tehát erősebb a család anyagi biztonságérzete. Megnéztük tehát, hogy a lakások értékét együttesen hogyan befolyásolja az aktivitási szint, az iskolai végzettség, valamint a jövedelem. Variancia analízist használva a következő eredmények adódtak: e három tényező együttesen 35%-ban befolyásolja a lakások értékét, ezen belül az aktivitási szint hatása a legkisebb (10%), a jövedelmi szint hatása 32%, míg az iskolai végzettségé ennél nagyobb (39%). Arra következtethetünk tehát, hogy a fenti elképzelés helyes. Azaz a családok csak abban az esetben képesek (mernek) jobb minőségű lakásba költözni, amennyiben iskolai végzettségük következtében valóban stabilabb jövedelemre tehetnek szert.

Az iskolai végzettség egyes szintjei természetesen nem képviselnek azonos munkaerőpiaci értéket, és igazán komoly minőségi ugrás azon elenyésző számú családban tapasztalható, amelyben valamelyik fél felsőfokú végzettségű, míg *a csak általános iskolát (vagy azt sem) végzetek esetében a lakás minőségében tetten érhető leszakadás állandósul.* A következő táblázatokban a lakások értékét és minőségi fokozatainak eloszlását tekintjük át aktivitás és iskolai végzettség szerint.

A lakások értéke (Ft) a házaspárok iskolai végzettsége és aktivitása szerint

	mindkettő aktív	valamelyik aktív	mindkettő inaktív
befejezetlen ált. isk.	2492491	1969950	1826861
ált. isk.	3335916	3627331	1999055
szakmunkás	4451558	3579232	2521711
érettségizett	3507936	3607503	2500000
felsőfokú	11382204	19299251	11837879

A lakások minőségi fokozatainak eloszlása a házaspárok iskolai végzettsége és aktivitása szerint (%)

	befejezetlen ált. isk.	ált. isk.	szakmunkás	érettségizett	felsőfokú	mindkettő aktív	valamelyik aktív	mindkettő inaktív
jó	22,2	30,5	42,9	63,9	89,0	66,6	41,1	23,7
tűrhető	20,2	26,0	29,1	25,6	11,0	25,9	29,7	21,2
rossz	11,5	8,4	9,8			0,6	8,9	10,0
alapvetően hiányos	9,1	6,0	3,7			1,9	4,5	9,0
szükség	8,9	7,1	3,5	1,8		0,5	4,6	7,9
végyszükség	28,2	21,9	11,0	8,7		4,5	11,1	28,1

A befejezetlen általános iskolával rendelkezők körében az aktivitás csak kismértékben befolyásolja a lakás értékét, egyúttal ők élnek a legnagyobb arányban a végyszükséget jelentő minőségi fokozaton. Az általános iskolai végzettség emeli a lakások értékét, s csak azok körében jelentősen alacsonyabb annak értéke, ahol mindkét fél inaktív.

A szakmunkás végzettség magasabb jövedelmet biztosít, mint az érettségi, de csak abban az esetben él a család értékesebb lakásban, amikor mindkét házaspár dolgozik. Azonban az egyébként kis arányt képviselő érettségizettek (a teljes roma népességen belül 11,4%) átlagosan jobb minőségű lakásokban élnek szakmunkás társaiknál.

A lakás értékében és minőségében mérhető komoly ugrást csak a felsőfokú végzettségűeknél találunk (mint emlékeztet, ők a roma népességen belül mindössze 1,3%-os réteget alkotnak). Az ő esetükben a munkanélküliség már nem befolyásolja mérhetően a lakás értékét – ami éppen azt jelenti, hogy a.) bízhatnak abban, hogy újra munkához jutnak, b.) nem kényszerülnek létfenntartási okokból kisebb értékű lakásokba.

Az etnicitástól függetlenül létező szegénységi csapda egyik következményét, nevezetesen hogy a szegények értéktelen és olcsó lakásokba kényszerülnek (mert vagy nincs pénzük jobbra, vagy mert létfenntartási okokból eladták az értékesebbet) a romák körében is mérhetően tapasztaljuk.

Az értéktelen lakáshoz kötöttség mellett az adatok azt mutatják, hogy legalább olyan erővel érvényesül a szegregált lakóhelyhez vagy gettóhoz kötöttség is. Ez esetben azonban az elérhető jövedelem hatása már jobban konzerválja a viszonyokat, mint az iskolai végzettségé. A szegregáció fokozatai, illetve a jövedelem mértéke közötti összefüggést variancia analízissel vizsgálva ráadásul azt látjuk, hogy ez utóbbi valamivel jobban határozza meg a lakóhelyet, mint fordítva, azaz nem csak arról van szó, hogy a gettóban nehezebb munkát találni, hanem a telepeken élők általában olyan jövedelmet eredményező munkát találhatnak, amely lehetetlenné teszi az elköltözést (szegregálatlan lakóhelyre, értékesebb lakásba).

Végezetül, adalék gyanánt az alábbi táblázatban bemutatjuk, hogy a szegregáció fokozatai, illetve a család aktivitása hogyan alakítja az egy főre eső munkajövedelmeket, illetve a lakások értékét.

A lakások értéke és az átlagos egy főre eső munkajövedelmek forintértéke – szegregáció és családi aktivitás szerint

	mindkettő aktív		valamelyik aktív		mindkettő inaktív	
	lakás értéke	összes munkajövedelem/fő	lakás értéke	összes munkajövedelem/fő	lakás értéke	összes munkajövedelem/fő ^u
nem szegregált	4956096	45838	4352805	24882	2859490	17480
szegregált	2837587	35722	2647813	20582	1380893	9793
gettó	3159047	28141	1364254	15780	1488700	9089

Az egyes forintértékek ugyan önmagukért beszélnek, de érdemes ehhez hozzátenni, hogy a roma népesség egészét tekintve mekkora arányokra érvényesek az egyes értékek.

^u Az inaktívok esetében a munkajövedelem az alkalmi munkából származó jövedelmet jelenti.

A szegregáció fokozatai, illetve az aktivitás teljes eloszlása (tábla %)

tábla %	mindkettő aktív	valamelyik aktív	mindkettő inaktív
nem szegregált	8,7	23,1	23,9
szegregált	1,8	5,2	10,9
gettó	1,8	4,5	20,1

A házas és párkapcsolatban élő romák mindössze 8,7%-a él nem szegregáltan, egyúttal úgy, hogy mindkét házaspár dolgozik, miközben a szegregáltan vagy gettóban élők között azon családok aránya, ahol mindkét fél aktív, elenyésző. Azon roma családok aránya pedig, ahol mindkét házaspár inaktív, egyúttal gettóban élnek, hús százalék. A két szélsőséges póluson elhelyezkedő családok közötti kereseti különbségek (és a lakások értékében jelentkező különbségek) pedig drámaiak.

Az informális szociális védőháló

A családok szerkezetéhez, különösen pedig az egyedül élők magas arányához közvetlenül kapcsolódik az a – már a kutatás tervezésekor megfogalmazott – kérdés, hogy milyen a cigány népeesség szociális-kapcsolati hálójára. A fogalom alatt a szociális kapcsolatokat egy olyan összetett rendszerét értjük, amely nemcsak biztosítja az emberek társas kapcsolatát és kielégíti az iránta való igényt, – hanem egyúttal sajátos védőháló funkciót is betölthet. A kérdés tehát az, hogy milyen az a szociális kapcsolatrendszer, amelyre támaszkodni lehet, amely betöltheti az informális, közösségi szociális védőháló szerepét. Ez a kapcsolati háló tehát, méretétől, „sűrűségétől” függően az élő, funkcionáló kapcsolati tőke jelentőségével is bírhat.

A kapcsolati tőke-modellek hagyományos megközelítései ugyan roppant differenciált képet festenek az emberek kapcsolati típusairól, azonban nem képesek igazán számot adni a tőke nagyságáról, illetve nem teszik lehetővé a kapcsolati tőke konvertálhatóságának precíz mérését. Ebből a felismerésből kiindulva egy, a szociológiában, illetve általában a társadalomtudományokban újszerű megközelítést alkalmaztunk, nevezetesen kísérletet tettünk arra, hogy a szociális kapcsolatok sűrűségét a *skalafüggetlen hálózatok elméletének*^v segítségével vizsgáljuk.

Felesleges elméleti kitérő nélkül, röviden megfogalmazva, az elsődleges kérdésfeltevés igen egyszerű, és úgy hangzik, hogy az egyes embereknek hány olyan kapcsolatuk van, amelyekre a mindennapi életben valóban támaszkodhatnak probléma, baj, vagy megoldandó feladat esetén. A mérés során azután végső soron el akarunk jutni valamilyen indexig, amely jól jellemezheti az egyes emberek, illetve csoportok szociális kapcsolati sűrűségét.

^v Az elmélet alig öt éves pályafutása során hihetetlen karriert futott be, elsősorban a matematikai alapokra épülő természet-, és társadalomtudományokban; lehetővé téve azoknak a természetesen fejlődő hálózatoknak a leírását, amelyek egyes elemei, mint a hálózat szemei önálló aktorként viselkednek. Minderről bővebben: Barabási Albert-László: A hálózatok új tudománya. Magyar Könyvklub, Bp.2003.

Vizsgálatunk szempontjából a későbbiekben nem érdektelen annak a kérdésnek a tisztázása, hogy a kapcsolati háló és az egészségi állapot hogyan függ össze. Ismerjük ugyanis a mély szegénység, a magasabb betegségarányok, illetve a szociális elszigeteltség, a beszűkült kapcsolatok és a depresszió szoros kapcsolatát. Amennyiben sikerül egy olyan könnyen kezelhető indexet kialakítani, amely mérhetővé teszi a szociabilitási potenciált, akkor vizsgálhatóvá válik a morbiditás, a szociális-gazdasági depriváció és a kapcsolatrendszer dialektikája is, megnézhetjük, hogy az egyes tényezők milyen szinten kiváltói egymásnak.

A kérdőívben három élethelyzetre, problémátípusra vonatkozóan tettünk fel kérdéseket, a válaszolók egyrészt jelölhették, hogy akire számíthatnak, milyen szociometriai távolságban helyezkedik el tőlük (rokon, közeli jóbarát, ismerős), másrészt válaszoltak arra, hogy az egyes problémátípusok esetén az egyes szociometriai távolsági fokozatokat képviselők közül összesen hány főre számíthatnak. A megkérdezett három problémátípus az élet három olyan határhelyzetét reprezentálja, amelyben lényeges az informális, személyközi segítség, amely az intézményi védőhálót helyettesítheti, vagy egészítheti ki (tágan megfogalmazott „bajok”, anyagi megszorultság, ügyintézés).

Elsőként tekintsük át a „nyers adatokat”; a következő táblázat a lélekszámok adataiból kialakuló összetett képet ábrázolja.

*Hány főre számíthat az adott esetben az egyes embercsoportok tagjaiból?
Az adatok lélekszám rétegek szerint, %-ban jelölve.*

bajban számíthat	nincs ilyen	egy fő	2–5 fő	6 fő és felette
rokon	8,2	12,2	50,6	29,0
barát	28,5	11,9	44,8	14,8
ismerős	41,7	10,6	30,2	17,5
átlag	26,1	11,6	41,9	20,4
pénzt kell kölcsönkérni				
rokon	13,3	17,7	55,0	13,6
barát	39,9	20,2	35,6	4,3
ismerős	64,2	12,5	20,0	3,4
átlag	39,1	16,8	36,9	7,1
ügyes-bajos dolgokban				
rokon	12,2	12,3	48,4	27,1
barát	33,6	14,0	39,0	13,4
ismerős	47,2	11,0	28,0	13,8
átlag	31,0	12,4	38,5	18,1

Az adatokból világosan követhető, hogy minél nagyobb a szociális távolság, annál kevesebb emberre számíthatnak bármely probléma esetén a romák. Míg a cigányoknak mindössze 8,2%-a nem számíthat egyetlen rokonra sem „baj” esetén, addig 41,7%

nem számíthat ismerősre ilyen esetben, stb. Hasonlóan követhető az adatokból, hogy amennyiben van kire számítani, úgy a cigányok többsége 2–5 főre számíthat inkább bármely probléma és szociális távolság esetén, viszonylag kevesebben vannak azok, akik csak egy főre, illetve ötnél több emberre számíthatnak (ezt az összefüggést emelik ki az átlagolt adatok).

Az egyes problémátípusok nem egyenrangúak, lényegesen kevesebb ember számíthat bárkire is, ha pénzt kell kölcsön kérni, mint a másik két problémátípus esetén; hasonlóan, ha van kire számítani az anyagi bajban, akkor is kevesebb személyre mint más esetben.

Keresztábrákkal megvizsgálva azt tapasztaljuk, hogy meglehetősen nagy a valószínűsége annak, hogy ha valaki bajban nem számíthat senkire, úgy ügyes-bajos dolgok esetén sem. Hasonlóan, ha valaki igen sok emberre számíthat kölcsönkérés esetén, úgy nagy valószínűséggel sok emberre számíthat más probléma esetén is, stb.

A táblázat tehát egy sokdimenziós kapcsolati teret ír le, ugyanakkor önmagában semmilyen meglepőt nem látunk, az adatok mindennapi tapasztalatainkat erősítik meg. Célunk azonban az, hogy ezekből a nyers adatokból olyan adattípust generáljunk, amellyel azután a kapcsolatok sűrűségére és erejére következtethetünk. A megoldás a kapcsolatsűrűségi index bevezetésében rejlik.

A fejezet elején említettük, hogy a skálafüggetlen hálózatok elméletében a kapcsolatok számossága döntő tényező. Az iméntiekben láttuk, hogy az egyes emberek nemcsak a számosság tekintetében különböznek, hanem a kapcsolat erejében is; van aki nem számíthat senkire semmiben, van aki csak pénzt nem tud kölcsönkérni, illetve vannak olyanok, akik szinte mindenben számíthatnak pár távoli ismerősre is. Nyilvánvaló tehát, hogy a kapcsolat számossága és az adott kapcsolat szociális távolsága egyaránt meghatározza azt, hogy valakinek mekkora az a szociális tőkéje, amely védőháló funkciót is elláthat.

Láttuk, hogy az élethelyzet, a probléma típusa éppúgy differenciáló tényező, mint a szociális távolság, azonban ez utóbbit jól tudjuk súlyozni, mivel a rokonok, a barátok, illetve az ismerősök közötti távolság jobban meghatározható, mint a három életprobléma közötti távolság. A következő lépésben tehát az egyes problémátípusokra vonatkozóan meghatároztuk a kapcsolatok erejét jellemző számot. Mivel a kapcsolatok számossága a döntő, ezért az az ember, aki sok más emberre számíthat, „sűrűbb” szociális hálóval jellemezhető, tehát az indexet kapcsolatsűrűségi indexnek nevezzük. Mivel az egyes szociális távolságban elhelyezkedők segítsége nem azonos súlyú, ezért a kapcsolatok számát (hány főre számíthat) súlyozni kell a szociális távolsággal: minél nagyobb szociális távolságban helyezkedik el valaki, segítsége annál nagyobb súllyal határozza meg a kapcsolat sűrűségét (kisebb valószínűségű, tehát értékesebb egy távoli ismerős segítsége, mint egy rokoné).

A súlyozott kapcsolatsűrűségi indexet az adott problématerületre tehát úgy számoljuk ki, hogy az egyes szociális fokozatot képviselők súlyozott számának összegét osztjuk az adott szociális távolságot az adott problématerületen képviselők számának csoportátlagával³.

A súlyozott kapcsolatsűrűségi index eloszlásfüggvénye, az elméleti várakozásoknak megfelelően egy hatványfüggvény. Igen kevés számú ember rendelkezik nagyon sűrű, azaz igen nagyszámú, sok területre kiterjedő szociális kapcsolattal, amelyeket rokonok és távoli ismerősök egyaránt alkotnak^w, míg a cigány népesség zömének kapcsolati sűrűsége átlagos vagy viszonylag alacsony.



Az egyes élethelyzetekben realizálódó kapcsolatsűrűség indexe természetesen azonos hatványfüggvénygörbét követ, azonban az anyagi kölcsön esetén némiképp „laposabb”. A következő lépésben az indexet rétegekbe soroltuk.

A rétegek arányaiból követhető az, amire már a nyers adatok alapján felfigyeltünk: az anyagi segítség problematikája kissé elválk a másik két élethelyzettől, lényegesen kevesebben vannak azok, akik sok ember felé „hitelképesek”, tehát kapcsolati indexük a legmagasabb sávba esik.

Az egyes kapcsolati index rétegbe esők %-os megoszlása

index rétegek	baj esetén	anyagi segítség	ügyes-bajos dolgok	korrigált átlag
0–0,5	32,7	36,9	35,7	31,2
0,51–1	19,3	16,3	17,5	17,2
1,1–2	22,3	24,3	21,5	24,9
2,1–5	18,6	17,7	16,7	18,2
5 felett	7,1	4,9	8,6	8,5

Felfigyelhetünk viszont arra, hogy az indexált kapcsolatsűrűség alacsonyabb értékű sávjaiban a romák eloszlása közel azonos az egyes élethelyzeteket tekintve. Mivel úgy véljük, hogy a hitelképesség az informális szociális védőháló működésének szélső esete, ezért a súlyozott átlagolással összegzett kapcsolatsűrűségi indexben az anyagi segítséget már kisebb súllyal vettük figyelembe. Ennek megfelelően a „korrigált átlag” jelöli az egyes élethelyzetek, szociometriai távolságok és lélekszámok alapján végső soron kiszámított kapcsolatsűrűségi index eloszlási értékeit.

^w A teljes cigány népet reprezentáló sokaságból csak maroknyi olyan embert találunk, akiknek kapcsolatsűrűségi indexe több nagyságrenddel meghaladja a teljes népesség átlagának felső korlátját; ők minden bizonnyal együtt a közösségük központi figurái, a közösségi háló csomópontjai.

Az egyes kapcsolati háló sűrűséggel jellemezhető eloszlása (%)

index rétegek	réteg elnevezése	korrigált átlag eloszlás
0–0,5	kapcsolati vákuum	31,2
0,51–1	gyenge háló	17,2
1,1–2	közepes háló	24,9
2,1–5	erős háló	18,2
5 felett	extra erős háló	8,5

A cigány népesség közel harmada (31,2%) viszonylagos vagy abszolút kapcsolati vákuumban él, azaz nem vagy alig számíthat érdemben másokra az élet néhány jellemző, szolidaritást és tevéleges segítséget igénylő helyzetében.

A gyenge, közepes, vagy erős kapcsolati hálóval rendelkezők aránya viszonylag közel áll egymáshoz, 17–25% között mozog.

A másik végleten azokat találjuk, akik igen erős kapcsolati hálózattal bírnak, sok embertől sok mindenre számíthatnak. Az ő arányuk a legalacsonyabb, mindössze 8,5%. A következő táblázat adatai azt szemléltetik, hogy az egyes kapcsolati index rétegekhez tartozók átlagosan hány emberre számíthatnak.

Szociális védőhálót jelentők átlagos lélekszáma, kapcsolati sűrűség rétegenként

hány főre számíthat...?	baj esetén (fő)			pénzt kell kölcsönkérni (fő)			ügyesbajos dolgokban (fő)		
	rokon	barát	ismerős	rokon	barát	ismerős	rokon	barát	ismerős
kapcsolati vákuum	2	0	0	1	0	0	1	0	0
gyenge háló	4	2	1	2	1	1	3	1	1
közepes háló	5	3	3	3	2	1	4	3	2
erős háló	10	6	6	5	2	2	9	5	5
extra erős háló	22	13	19	9	5	4	20	12	14

A következő kérdések már abban állnak, hogy mi mindentől függ a kapcsolatok sűrűsége és az milyen eredményekre vezet.

A skálafüggetlen hálózatok elméletének egyik axiomatikus állítása szerint a kor, tehát az, hogy valaki mennyi ideje „gyűjti” a kapcsolatokat, csak egyik, és nem is a leg-erősebb magyarázó tényezője a kapcsolatsűrűség mértékének. Ez az állítás meglepőnek tűnhet, de adatfelvételünk messzemenőleg igazolja; az egyes korcsoport ötödökbe tartozók között nagyjából azonos arányban találunk kapcsolati vákuumban élőket és erős hálóval rendelkezőket. A 62 év feletti korosztályba, illetve a 35–48 évesek korcsoportjába tartozók kissé magasabb arányban vannak jelen a gyenge kapcsolattal rendelkezők között. Lineáris regresszióval vizsgálva, kiderül, hogy a legidősebb korcsoportba tartozás is kis mértékben, mindössze 4%-ban magyarázza a kapcsolati vákuumot, illetve a gyenge kapcsolati hálót. Mindez azt is mutatja, hogy a fiatal cigányok éppúgy ki vannak téve a megtartó közösségi háló hiányának, mint az idősek.

A nemi hovatartozás erős befolyásoló tényező, mégpedig a nők hátrányára! A nők között közel tíz százalékkal vannak többen azok, akik szociális hálózatát a vákuum jellemzi, egyúttal a férfiak között az erős kapcsolati hálóval rendelkezők aránya a nőkének többszöröse. A nemi hovatartozás a kapcsolati sűrűség két végpontján komplementer oki tényező: lineáris regresszióval vizsgálva, a férfi nem 11%-ban magyarázza azt, hogy *ne* éljen kapcsolati vákuumban, míg a nőknél 11%-ban magyarázza a kapcsolati vákuumot. Az extra erős kapcsolati háló magyarázó ereje hasonlóan komplementer, $\pm 14\%$.

Az egyes kapcsolati háló sűrűséggel jellemezhető eloszlása nemek szerint (%)

	átlag	férfi	nő
kapcsolati vákuum	31,2	25,9	36,2
gyenge háló	17,2	15,9	18,5
közepes háló	24,9	24,7	25,3
erős háló	18,2	21,0	15,5
extra erős háló	8,5	12,5	4,6

A nők magasabb arányú elszigetelődése (pontosabban az, hogy lényegesen kevesebb emberre számíthatnak az élet szolidaritást igénylő eseteiben), meglehetősen szembeeső, különösen ha azt vesszük figyelembe, hogy a kézenfekvő várakozásokkal szemben a kor kevésbé jelentős meghatározó tényező. A feloldást a társadalmi munkamegosztásban való részvétel adatai adják meg.

Kapcsolati sűrűség rétegek eloszlása aktivitás szerint (%)

	átlag	csak tanuló	aktív dolgozó	munka-nélküli	gyes, gyed, segítő	nyugdíjas	rokkant-nyugdíjas
kapcsolati vákuum	31,2	24,9	29,0	27,7	43,4	40,2	31,8
gyenge háló	17,2	13,8	14,6	15,1	21,2	24,6	21,0
közepes háló	24,9	19,3	21,4	31,6	23,2	12,7	23,1
erős háló	18,2	27,1	24,6	18,4	10,3	13,8	13,1
extra erős háló	8,5	14,9	10,4	7,2	1,9	8,6	11,0

A teljes 19 éves kor feletti roma népességre vonatkozó adatok szerint két olyan jelentős csoportot találunk, akikre az átlagnál lényegesen jellemzőbb a kapcsolati vákuum, közülük is kiemelkedik a háztartásban, gyermekneveléssel foglalkozóké (mint tudjuk, ők szinte kizárólag nők). A „gyesen való lét” elszigetelő hatása drámainak tűnik! Az ellenkező végleten, a magas kapcsolati sűrűséggel jellemezhetőek között a jelenleg csak tanulók (tehát fiatalok), illetve az aktív dolgozók magas aránya tűnik fel. Mivel az

aktivitás, illetve a kapcsolati sűrűség között nem oksági, hanem korrelatív kapcsolat van, azt mondhatjuk, hogy az iskolai és munkatársi kapcsolati háló egyúttal az informális szociális háló megerősítését is jelenti, önerősítő folyamatokon keresztül. A munkanélküliek körében a közepes kapcsolati hálósűrűséggel rendelkezők magasabb, illetve a kapcsolati vákuummal jellemezhetőek valamivel alacsonyabb aránya azt mutatja, hogy a munkahelyi kapcsolatok elvesztése egyúttal az informális háló gyengülését is maga után vonja.

Noha azt láttuk, hogy az idős kor önmagában nem jelenti a gyenge kapcsolati háló egyetlen okát, látnivaló, hogy a nyugdíjas korúak körében a kapcsolati vákuummal, illetve gyenge kapcsolati hálóval jellemezhetőek aránya kiemelkedő.

A rokkantnyugdíjasok polarizálódnak az erősebb, illetve gyengébb kapcsolati hálóval rendelkezők között; vélhetően ez a jelenség egyszerre mutatja a feljük megnyilvánuló szolidaritást, illetve annak hiányát.

Amennyiben nemek szerint elkülönítve vizsgáljuk a fenti kérdést, az tapasztaljuk, hogy a nemi hovatartozás nagyon sok tekintetben ellentétesen befolyásolja a társadalmi munkamegosztásban való részvétel és a kapcsolati sűrűség összefüggését.

Férfiak kapcsolati sűrűség rétegeinek eloszlása aktivitás szerint (%)

férfiak	férfiak átlaga	csak tanul	aktív dolgozó	munka- nélküli	gyes, gyed, segítő	nyug- díjas	rokkant- nyugdíjas
kapcsolati vákuum	25,9	21,0	24,7	23,9		40,2	32,8
gyenge háló	15,9	13,4	12,4	14,9	23,9	23,1	22,8
közepes háló	24,7	16,7	22,4	32,4	76,1	7,5	20,4
erős háló	21,0	29,0	27,9	17,8		13,6	14,7
extra erős háló	12,5	20,0	12,5	10,9		15,7	9,4
átlageloszlás		7,4	32,5	38,5	0,3	5,7	15,6

Nők kapcsolati sűrűség rétegeinek eloszlása aktivitás szerint (%)

nők	nők átlaga	csak tanul	aktív dolgozó	munka- nélküli	gyes, gyed, segítő	nyug- díjas	rokkant nyugdíjas
kapcsolati vákuum	36,2	36,5	36,5	31,9	43,2	41,1	30,8
gyenge háló	18,5	15,3	18,4	15,4	21,4	24,9	18,9
közepes háló	25,3	26,8	19,6	30,6	22,8	18,9	26,2
erős háló	15,5	21,5	18,9	19,0	10,5	14,2	11,3
extra erős háló	4,6		6,7	3,1	1,9	0,8	12,7
átlageloszlás		2,5	18,2	34,4	26,3	4,9	13,7

A fenti táblázatokban a nemekre jellemző kapcsolatsűrűségi eloszlásokat hasonlítjuk össze az egyes gazdasági aktivitási kategóriákra jellemző kapcsolatsűrűség eloszlásokkal. Azok között, akik 19 éves koruk felett „főállásban” tanulnak, a férfiak kapcsolatsűrűsége lényegesen erősebb, a lányok között pedig nem találunk extra erős kapcsolati hálóval rendelkezőket.

Az aktív dolgozók, illetve a munkanélküliek esetében nem látunk jelentős nemek közti eltérést. A háztartásban való foglalkoztatottság (gyes, stb.) alapvetően a nőkre jellemző aktivitási forma, az itt foglalkoztatott nők elszigeteltsége lényegesen erősebb a férfiakénál.

A nyugdíjas korú férfiak elszigeteltsége – *saját átlagukhoz képest* – lényegesen nagyobb mértékű, mint a nőké (az átlagtól való eltérés a kapcsolati vákuummal küszködő férfiaknál közel 15%, a nők esetén ez az arány csak 5%), azonban abszolút mértékét tekintve a nyugdíjas korú, kapcsolati vákuummal jellemezhető nők aránya magasabb.

A rokkantnyugdíjasok esetén ez az összefüggés fordított; az ilyen férfiak relatíve és abszolút értelemben is elszigeteltebbek, mint nőnemű sorstársaik.

A nemi hovatartozáson és az aktivitáson kívül találunk még pár befolyásoló tényezőt, ezek között az iskolai végzettség hatása meglehetősen érdekes.

Kapcsolati sűrűség rétegek eloszlása iskolai végzettség szerint (%)

	átlag	8 oszt. kevesebb	ált. isk.	szakmun- káképző	összes érett- ségizett	felsőfok
kapcsolati vákuum	31,2	37,9	34,4	26,4	12,7	19,8
gyenge háló	17,2	21,3	14,4	16,2	15,2	33,2
közepes háló	24,9	21,7	29,5	20,7	28,7	10,4
erős háló	18,2	11,3	15,4	26,6	28,2	34,3
extra erős háló	8,5	7,9	6,3	10,0	15,1	2,3

Az érettségi szintjéig a végzettség nem befolyásoló tényező, az érettségi megléte valamint az erősebb kapcsolatháló összefügg, a felsőfokú végzettség viszont polarizálja a kapcsolatok sűrűségét. Lineáris regresszióval enyhe oksági hatás is kimutatható, ami körülbelül annyit jelent, hogy azok, akik érettségizettek, jobb kapcsolatépítő potenciállal rendelkezhetnek. A felsőfokú végzettség polarizáló hatása megerősít bizonyos informális tapasztalatokat: egyesek éppen végzettségüknek köszönhetően rendelkeznek lényegesen magasabb szintű kapcsolati tőkével, azonban az egyetemet vagy főiskolát végzett cigány fiatalok egy része elszigetelődik eredeti közösségétől (pl. mert elköltözik az otthonos közegből) és új közegében – sokszor épp etnikai hovatartozása miatt – viszonylag elszigetelt marad. Ezt az értelmezést erősíti az a tény, hogy a kapcsolati vákuum kevésbé jellemző a felsőfokú végzettségűekre, ami azt sejteti, hogy a kapcsolatépítő képesség magasabb arányban van jelen náluk.

Kézenfekvőnek tűnne az a feltételezés, hogy a család, az együtt élők közösségének nagysága erősítheti a kapcsolati hálót. Adataink azonban azt mutatják, hogy nincs összefüggés a családi kötelek és a kapcsolatsűrűség között; azok, akik nagy családban élnek, vagy éppen több – és már felnőtt korú – gyermekük van, semmivel sem szenvednek kisebb mértékben a kapcsolatok hiányától, mint mások.

Az együtt élők száma önmagában tehát nem befolyásoló tényező – van azonban egy roppant sokatmondó és paradoxnak tűnő összefüggés: a zsúfoltság bizonyos mérték felett növeli az elszigeteltséget!

Kapcsolati sűrűség rétegek eloszlása zsúfoltsági rétegek (lakóhelyiség/fő) szerint (%)

	átlag	1 főig	1–2 fő között	2–3 fő között	3 fő felett
kapcsolati vákuum	31,2	26,7	32,2	31,9	41,0
gyenge háló	17,2	18,3	13,7	22,4	21,5
közepes háló	24,9	19,2	28,3	25,9	23,6
erős háló	18,2	22,7	17,4	16,5	9,1
extra erős háló	8,5	13,1	8,3	3,4	4,8

Azokban a háztartásokban, amelyekben az egy szobában élő családtagok száma egy fő, lényegesen kevesebben élnek át kapcsolati vákuumot, illetve többen rendelkeznek erős kapcsolati hálóval. Velük szemben a nagyon zsúfoltan élő háztartások tagjai között a kapcsolati vákuumban élők aránya jóval átlag feletti, míg az erős kapcsolati hálóval rendelkezőké átlag alatti.

A kapcsolatok sűrűségét az, hogy valaki milyen méretű településen él, illetve szegregált körülmények között avagy lakóhelyi szempontból asszimiláltan – ugyancsak nem befolyásolja.

A fejezet bevezetőjében jeleztük, hogy a kapcsolati háló, mint informális „szociális tőke” jelentőségét az egészségügyi faktorok, illetve a szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés esetében fogjuk részletesebben megvizsgálni.

Azonban már az eddigiekből is világos, hogy pl. a háztartásban foglalkoztatott, gyermeket nevelő nők, illetve nyugdíjas férfiak informális-szociális szempontból veszélyeztetettebbek, mint mások, kevesebb ember segítségére számíthatnak. Érdemes tehát megvizsgálni azt, hogy a háztartások költség és kiadási nívója összefügg-e azzal, hogy hány emberre számíthat a megkérdezett családtag. Azzal a koncepcionális feltételezéssel élünk ugyanis, hogy egy erős kapcsolati hálózattal rendelkező családtag egész családja felé tudja hasznosítani kapcsolatait, illetve kapcsolatai egyéb családtagjai kapcsolataivá is válnak („a gazdagabb még gazdagabb”). Hasonlóan, ha a megkérdezett kapcsolati vákuumban él, úgy feltételezzük, hogy a vele egy háztartásban élők is viszonylag gyenge kapcsolati hálózattal rendelkeznek, különben az első eset érvényesülne.

Átlagos havi kiadások és bevételek forintértéke – kapcsolati hálózat sűrűségi rétegenként

	kapcsolati vákuum	gyenge háló	közepes háló	erős háló	extra erős háló
lakbér	3042	1993	1296	1321	841
villany, gáz	6943	6834	6012	5627	5592
víz, szemét díj	3260	2241	2472	2891	3674
fűtés	22182	14115	13661	14451	13823
karbantartás	4011	3447	2420	2086	1288
összes rezszi	39460	28631	25860	26375	25217
összes munkajöv. /fő	23833	30786	22791	28960	26971
szoc. tám. / fő	1976	917	1481	1645	1288
nettó megélhetés	57634	69658	69397	69625	67165
nettó megélhetés / fő	19306	24611	19298	24843	22007

A bevételek és kiadások főbb átlagolt adatai azt mutatják, hogy a kapcsolatsűrűség az elérhető munkajövedelmeket éppúgy nem befolyásolja, mint a szociális támogatások mértékét; azaz az adott családtag kapcsolatainak mértéke nem juttatja a családot magasabb jövedelemhez, illetve nem váltja ki a szociális juttatásokat.

Mindezzel szemben viszont a háztartással kapcsolatos közvetlen rezsiköltségek mértékére, ezen keresztül pedig a nettó megélhetés mértékére jelentős hatása van a kapcsolati hálónak: a kapcsolati vákuummal jellemezhető családtagok családjainak háztartási rezsiköltsége jelentős és szignifikáns különbséget mutat a többi kapcsolati kategóriába esőével szemben. Ebből következően a felhasználható nettó havi összeg (nettó megélhetés) mértéke esetükben jóval alacsonyabb, s ennek egy főre számított értékében is találunk eltérést.

A kapcsolat szempontjából leginkább kiszolgáltatott romák és családjaik tehát, azonos bevételi szerkezet mellett kénytelenek jóval többet költeni, életszínvonaluk feltehetően jóval alacsonyabb másokénál.

Különösen figyelemreméltó ez az adat, ha tudjuk, hogy a társadalom egészét tekintve, az egyedül élők fajlagos költségei általában magasabbak, illetve a fajlagos költségek a család növekedésével csökkennek. Azonban a roma népesség esetében a magas munkanélküliségi és inaktivitási ráták miatt az egy főre eső nettó megélhetés mértéke a család méretének növekedésével rohamosan csökken. A következőben ezt az adatsort vetjük egybe azzal, hogy a családon belül milyen az aktivitási struktúra, azaz a házaspár mindkét tagja kereső-e, csak a férj, illetve csak a feleség kereső, avagy mindkettő inaktív.

Az egy főre jutó nettó megélhetés forintértéke, családi aktivitási struktúra, valamint az együtt élő családtagok létszáma szerint

összes fő rtg	mindkettő aktív dolg.	csak férj aktív	csak feleség aktív	mindkettő inaktív
2 fő	57972	29359	27994	16805
3 fő	32502	20528	29953	13036
4 fő	25665	20454	16170	12267
5 fő	27502	18238	16124	12436
6 fő és több	21222	13285	15651	8336

Látjuk tehát a drámai különbségeket, a két aktív dolgozóval élő nukleáris család egy főre eső nettó megélhetése mintegy ötszöröse a munkanélküli házaspárral és több mint hat fővel élő családnak. Ezek után ezt az adatsort érdemes egybevetni azzal a kérdéssel, hogy milyen a családtag kapcsolati háló sűrűsége.

A vizsgálat módszerül a varianciaanalízis kínálkozik. Noha nyilvánvaló, hogy a családok megélhetési színvonalát igen sok tényező befolyásolja, ha esetünkben megengedjük azt a redukciót, hogy csak a házaspár aktivitási struktúráját, az egy fedél alatt élők számát, illetve a kapcsolati háló sűrűségét vegyük figyelembe, akkor a következő eredményre jutunk⁴. E három tényező együttes hatása az egy főre eső nettó megélhetés mértékére 36%, ezen belül viszont az aktivitási struktúra hatása a legnagyobb (48%), ezt követi az egy fedél alatt élők számának hatása (35%), illetve a kapcsolati sűrűség hatása, amely 10%. Tehát azt, hogy a család milyen nívón él, noha alapvetően „kemény” tényezők határozzák meg, a kapcsolatok mértéke is erősen befolyásolja.

A fejezet összefoglalásaként azt érdemes megjegyezni, hogy a cigány népesség körében igen jelentős arányban találunk olyanokat, akik nem számíthatnak szinte senkire, ha bajban vannak, vagy ügyes-bajos dolgokban igényelnének segítséget; átmeneti anyagi támaszról, pénz kölcsönkérésének lehetőségéről nem is beszélve. A nők, illetve az idős férfiak jóval magukra hagyatottabbak, mint mások; a családok életnívóját, elsősorban pedig költségeik nagyságát a kapcsolati hálózat sűrűsége éppúgy befolyásolja, mint „kemény” tényezők. A segítő, megtartó kapcsolatok hiánya vagy sűrűsége nem függ a lakóhelytől, az apró falvak cigány lakossága éppúgy lehet magára hagyatott, mint a

nagyvárosoké, s hasonlóan: a „gettólét” semmivel sem eredményez sűrűbb vagy ritkább kapcsolatokat, mint az asszimilált lakóhely.

Mindebből arra a megállapításra juthatunk, hogy *a mai magyar társadalom roma népessége éppúgy szenved az elidegenedett viszonyoktól, mint gázso társaik, a tradicionális, szolidáris hálózatot jelentő cigány közösség a múlté. Ha valaki a romák közegeből számíthat másokra, úgy azt elsősorban saját magának, szociális készségeinek köszönheti és nem az egyéni képességeitől független társas viszonyoknak.* Az erős rokoni hálózat mint segítő-megtartó közeg, éppúgy viszonylag kevesek sajátja, mint az erős baráti-ismerősi háló; az az elképzelés tehát, hogy a cigányok bármikor számíthatnak pl. rokonaikra, mítosznak bizonyul.

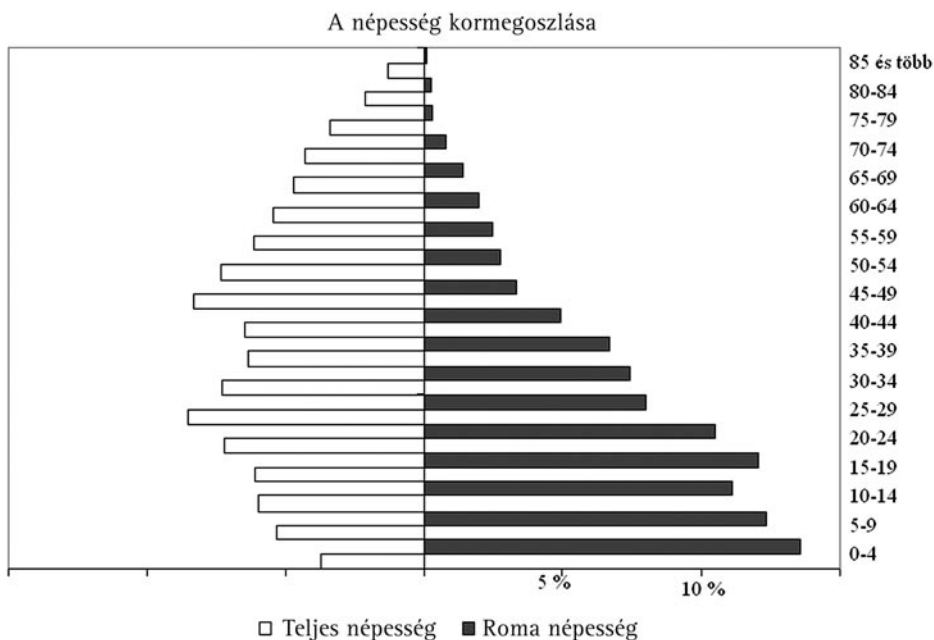
Egészségügyi helyzet, hozzáférés

A roma népesség abszolút és relatív értelemben egyaránt rossz egészségügyi helyzete egyre inkább a nyilvános közbeszéd tárgya, ugyanakkor részletes és átfogó országos vizsgálat ebben a kérdésben ezidáig nem került publikálásra, csak hozzávetőleges adatok, illetve egy megyei vizsgálat¹ hívták fel a figyelmet a magas morbiditási arányokra. A rossz egészségi állapot, valamint az igen magas halálozási arányokat tükröző korszerkezet közötti összefüggés indokolja, hogy az egészségi állapot elemzését a demográfiai szerkezet ismertetésével kezdjük.

Meglehetősen közismert, adatszinten mégis úgyszólván ismeretlen tény a roma és a nem roma társadalom demográfiai szerkezetének eltérése, illetve az ebből fakadó következmények. A roma népesség a demográfiai fejlődés más szakaszában van, mint a nem roma többség. Az első demográfiai átmenet elmélete szerint a roma népesség még az ún. átmeneti fázis jegyeit mutatja. Fiatal a korösszetétele, magas a termékenysége, viszonylag magas a halandósága². A roma népesség várható élettartama átlagosan tíz évvel rövidebb, mint a nem roma népességé.

¹ A néhány kismintás, parciális kutatás eredményét a Világbank bulletinje foglalta össze. (Puporka Lajos–Zádori Zsolt: A magyarországi romák egészségi állapota. NGO tanulmányok, 2. szám. Világbank Magyarországi Regionális Képviselet. 1999. Ezen kívül 2002-ben, Borsod megyében végzett vizsgálatunk mutatta ki a romák egészségügyi helyzet, magas halandósági arányai és a szegénység közötti szoros összefüggést. (Babusik–Papp: A cigányság egészségügyi állapota...)

² Hablicsek László: A roma népesség demográfiai jellemzői, kísérleti előreszámítás 2050-ig. KSH Népeségstudományi Intézet, 1999.



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

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

Az egészségi állapot mutatói és meghatározói

A Borsod megyében 2002 folyamán végzett kutatásunk alkalmával dolgoztuk ki azt a módszert, amely lehetővé tette a bevallott betegségek adatainak ellenőrzését. Ezt a módszertanilag újdonságnak számító eljárást alkalmaztuk országos kutatásunk során. A felkeresett háztartásokban a megkérdezettek beszámoltak arról, hogy bizonyos betegségeikről tudnak-e, illetve milyen ellátási szinten kezelték őket az adott betegséggel. Kizárólag fő belgyógyászati betegségkategóriákkal foglalkoztunk, nem vettünk fel

baleseti, illetve üzemi baleseti adatokat. Ennek fő oka a KSH adataival^{aa} való összehasonlíthatóság megtartása volt. Az üzemi balesetek esetén a teljes népességre vonatkozó adatok természetes módon feltételezik a balesetet szenvedettek aktív munkavállalását, ezért a vizsgált roma népesség alapvető gazdasági inaktivitása értelmetlenné tette az ilyen irányú adatfelvételt. Hozzá tartozik mindehhez az a tény is, hogy a vizsgált fő belgyógyászati betegségek közül kerülnek ki a népesség halandóságát elsősorban befolyásoló vezető halálokok.

A kérdezettek által bevallott betegségek valóságosságának kontrolljára kialakított módszer a következő volt. A Borsod megyei kutatás során kidolgoztunk és mérésekkel validáltunk egy tünetekből álló listát, amely tünetek bizonyos előfordulási kombinációi (szindrómák) olyan betegségek meglétére utalnak a populációban, amelyek a KSH adataival, valamint a kérdőívben bevallott betegségekkel összehasonlíthatók. A tünetekre vonatkozóan általános, illetve betegség-specifikus kérdéseket gyűjtöttünk össze. A kérdések alapján bizonyos többé-kevésbé jól meghatározott betegségekre, betegségcsoportokra lehet gyanakodni. A kérdéseket célorientáltan, a KSH adatainak megfelelő betegségcsoportokhoz illesztve alakítottuk ki. A BNO csoportok szűkebb, tágabb betegségeket jellemeznek, ennek megfelelően több vagy kevesebb tünet tartozik hozzájuk. Az orvosi gondolkodás és tünetorientált diagnózis-felállítás módszere alapján, az általunk megadott összes tünetből különböző arányban jelöltünk ki tünetszámokat, annak megfelelően, hogy hány tünet megléte esetén tekintettük az adott betegség gyanúját mindenképpen olyannyira nagyra, hogy az ilyen irányú kivizsgálás nagy eséllyel, pozitív eredménnyel zárulna. A lekérdezett tünetekből így az arányszámoknak megfelelően kiszámoltuk, hogy az anamnézis felvétel szerint milyen betegségek milyen gyakoriak lehetnek.

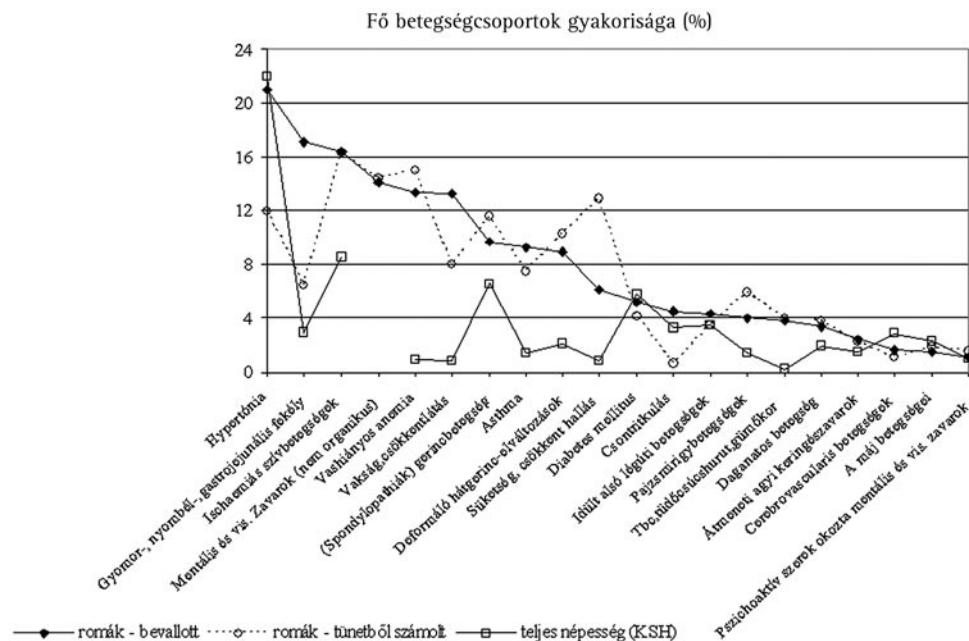
Mivel a tünetekből számolt betegséggyakoriság nem tekinthető klasszikus értelemben vett survey adatnak, ezért ezt az adathalmazt arra használtuk, hogy a lekérdezettek által bevallott betegségek arányának valóságosságát kontrolláljuk: a bevallott betegségekben nem mutatnak-e nagyobb vagy kisebb arányszámokat a lekérdezettek a feltételezhető valóságnál. A tünetegyüttesek és betegségek összefüggéseit a kérdezettek ugyanis nem ismerhetik, így ha a tünetegyüttesek alapján számolt betegségek aránya és eloszlása megfelel a bevallottaknak, akkor nem valószínű, hogy több, vagy kevesebb betegséget vallanának be a lekérdezettek, mint a valós.

A kérdőívben a romák által bevallott betegségek gyakoriságait mindezek után korcsoportonként össze lehetett hasonlítani a tünetekből számítható betegséggyakoriságokkal, valamint a teljes magyarországi népesség betegséggyakoriságaival.

^{aa} KSH Morbiditási adattár, 2002.

^{bb} A nem organikus eredetű mentális viselkedészavarok az egyetlen betegségcsoport, amelyről nem állnak rendelkezésre a KSH morbiditási adatai, ugyanakkor lényegesnek láttuk tünetek és bevallott betegségek szerint felvenni a fő belgyógyászati betegségek közé.

A következő ábra az egyes betegségcsoportok előfordulási arányait tünteti fel a teljes népességben, valamint a roma népesség betegséggyakorosságait – a kérdőíven bevallottak, illetve a szindrómák alapján számolva^{bb}.



Mielőtt azzal a kérdéssel foglalkoznánk, hogy a roma népesség megbetegedéseinek aránya mely betegségcsoportok esetén múlja felül a teljes népességét, érdemes a validitást igazoló pár adatra pillantanunk.

A felvételben a tünetek alapján számolt betegségek gyakorisága az általunk megszabott szindrómákra jellemző arányszámok mellett, a legtöbb betegség esetében közel azonos, vagy valamivel alacsonyabb volt a bevallottnál, egyúttal a kettő közötti korreláció magas⁵ ($r=0,77$), így biztonsággal állíthatjuk, hogy a kérdezettek nem vallottak be több betegséget, mint a valós arány. A halláskárosodás, illetve a pajzsmirigybetegségek azon csoportok, amelyek esetén a tünetekből számolt gyakoriság jóval felette van a bevallott betegséggyakoriságnak; ennek azonban lehet oka, hogy e betegségek esetében jóval ritkábban fordulnak orvoshoz (illetve csak a panaszt érzlelik, de kisebb jelentőséget tulajdonítanak neki). A felvétel két adatsorának korrelációja nemek és korcsoportok szerint számolva igen magas, tehát ugyancsak biztonsággal állíthatjuk, hogy a bevallott betegségek gyakorisági eloszlása megfelel a valóságnak. A két legidősebb korcsoport esetén a tünetekből számolt betegségek gyakorisága helyenként magasabb a bevallottnál, ennek megfelelően a 65 év felettek esetén az r értéke ala-

^{bb} A nem organikus eredetű mentális viselkedészavarok az egyetlen betegségcsoport, amelyről nem állnak rendelkezésre a KSH morbiditási adatai, ugyanakkor lényegesnek láttuk tünetek és bevallott betegségek szerint felvenni a fő belgyógyászati betegségek közé.

csonyabb. A jelenség véleményünk szerint annak tudható be, hogy az idős emberek, noha panaszaik feltűnőek, kisebb gyakorisággal fordulnak orvoshoz, mint a fiatalabbak. Ezzel együtt, az elemzés konzisztenciája érdekében még az idősek esetén is a bevallott betegségek arányaiból indulunk ki.

Betegségarányok, okok

Az adatok elemzése nyomán tudjuk, hogy a 19 éves kor feletti roma népesség 66,3%-a szenved valamilyen betegségben, 16,1%-a egynél több betegségben, illetve 23% egyszerre három vagy több betegségben.

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

	teljes népesség	romák	szorzó
Vakság, csökkentlátás	0,9	13,3	15,5
Vashiányos anémia	0,9	13,4	14,7
Tbc, tüdőcsúcshurut, gümőkór	0,3	3,8	12,9
Süketség, csökkent hallás	0,8	6,1	7,4
Asthma	1,4	9,3	6,6
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	3,0	17,1	5,7
Deformáló hátgerinc-elváltozások	2,2	8,9	4,1
Pajzsmirigybetegek	1,4	4,0	2,8
Ischaemiás szívbetegségek	8,6	16,4	1,9
Daganatos betegség	2,0	3,4	1,8
Átmeneti agyi keringészavarok	1,5	2,5	1,6
Spondylopathiák (gerincbetegségek)	6,6	9,7	1,5
Csontritkulás	3,3	4,5	1,4
Idült alsó légúti betegségek	3,5	4,3	1,2
Pszichoaktív szerek okozta mentális és vis. zavarok	1,0	1,1	1,1
Hypertónia	22,0	21,0	1,0
Diabetes mellitus	5,8	5,2	0,9
A máj betegségei	2,3	1,5	0,7
Cerebrovascularis betegségek	2,9	1,7	0,6
Mentális és vis. zavarok (nem organikus)		14,1	

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

A vizsgált hús belgyógyászati betegségcsoport közül tízben a romák betegségearánya legalább a kétszerese a teljes népességének, hatban több mint ötszöröse és háromban több mint tízszerese. Noha a magasabb arányok tekintetében a látáskárosodás vezet, közvetlenül ezt követi a vashiányos vérszegénység, illetve a tüdő fertőző megbetegedései – ez utóbbi csoport pedig komoly hatással van az életesélyekre.

Roppantul figyelemreméltónak látjuk, hogy az olyan – általában alacsony életesélyt biztosító – betegségcsoportok, mint a daganatos megbetegedések, vagy az átmeneti agyi keringészavarok, ugyancsak jóval magasabb arányban fordulnak elő a romáknál, bár ezek felülreprezentációja „csak” közel kétszeres.

Noha a Borsod megyei kutatás eredményei már előre vetítették, az országos adatok igazolják, hogy a roma népesség számtalan betegségcsoport esetében a teljes népességhez képest igen magas arányban beteg; e betegségcsoportok együttes és magas előfordulási gyakorisága is indokolhatja e népesség rövidebb átlagos életkorát.

A következőkben az egyes betegségek, valamint a roma népesség e betegségek szempontjából releváns^{cc} fő mutatóinak összefüggéseit elemezzük. A betegségek etiológiai elemzésétől, mivel előző tanulmányunk azzal részletesen foglalkozott, ehelyütt eltekintünk.

A magasabb betegségearányok az eddig nemzetközi és hazai vizsgálatok szerint közvetlenül a szociális-gazdasági deprivációval, a szegénységgel és az ebből következő rossz életviszonyokkal magyarázhatók; a két évvel ezelőtti Borsod megyei roma egészség-felvételünk is ezt igazolta.

A következőkben néhány olyan adat, illetve index elemzésére szorítkozunk, amelyek közvetlenül a deprivált élethelyzettel függnek össze, illetve a betegségearányok hatását mutatják be.

^{cc} A kor hatását mint evidens tényezőt, nem elemezzük.

Az egyes betegségcsoportokra vonatkozó indexek: a munkanélküliek/aktív dolgozók arányának hányadosa, a megváltozott munkaképességűek (rokkantnyugdíjasok) és a teljes átlag hányadosa, valamint a rokkantnyugdíjasokra vonatkozó variancia analízis beta értékei.

	munkanél- küli/aktív hányados	rokkant nyugdíjas/ átlag hányados	ANOVA beta
Tbc, tüdőcsúcshurut, gümőkor	2,6	3,4	0,21
Daganatos betegség	0,8	1,9	0,07
Vashiányos anémia	1,1	1,6	0,09
Pajzsmirigybetegségek	1,2	2,0	0,08
Diabetes mellitus	0,4	2,3	0,13
Pszichoaktív szerek okozta mentális és vis. zavarok	1,3	2,3	0,06
Mentális és vis. zavarok (nem organikus)	2,1	2,4	0,24
Átmeneti agyi keringéscsökkenések		5,1	0,28
Vakság, csökkentlátás	0,5	2,3	0,22
Sükettség, csökkent hallás	1,3	2,3	0,14
Hypertónia	0,8	2,0	0,23
Ischaemiás szívbetegségek	1,1	2,7	0,31
Cerebrovasculáris betegségek		3,4	0,13
Idült alsó légúti betegségek	0,5	3,2	0,20
Asthma	1,1	2,4	0,19
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	1,1	1,1	0,02
A máj betegségei	0,5	2,5	0,08
Deformáló hátgerinc-elváltozások (Spondylopathiák) gerincbetegség	0,6	1,3	0,04
Csontritkulás		2,5	0,20
		4,4	0,31

A munkanélküliek betegségarányai az aktív dolgozókhoz képest a legtöbb lényeges kategória esetén jóval magasabbak – ezt mutatja a hányados (azaz a munkanélküliek gyakorisága hányadosa az aktív dolgozókénak). Az inaktivitás fokozott morbiditást jelentő hatása a TBC, a mentális eredetű viselkedészavarok esetén kiemelkedő, ugyanakkor jelentős a droghasználat következtében beálló egészségkárosodás, a pajzsmirigybetegségek, a halláskárosodás, a szívbetegségek esetén is.

A megváltozott munkaképességűek (rokkantnyugdíjasok) esetén az átlaghoz mért plusz gyakoriságot ábrázoló szorzó szinte minden betegségcsoport esetén igen jelentős mértékű, a rokkantnyugdíjasok minden betegségkategóriában felülreprezentáltak. Mint emlékszünk, a rokkantnyugdíjasok aránya már a 35–48 évesek korcsoportjában – tehát a relatív fiatalok között is – is igen magas. Mivel kézenfekvő, hogy a romák között

fellelhető magas betegségarányok közvetlen következménye a leszázalékolás, ezért fontos volt megvizsgálni, hogy mely betegségek vezetnek elsődlegesen a megváltozott munkaképességhez. (Ugyanis bár a leszázalékoltak között minden betegség gyakoribb, nyugodtan feltételezhettük, hogy csak egyes betegségek vezetnek a megváltozott munkaképességhez, más betegségek pedig halmozottan vannak jelen.)

A variancia analízis eredményét feltüntető oszlopban szereplő beta értékek azt mutatják meg, hogy egyes betegségcsoportok hány százalékkal járulnak hozzá a rokkantnyugdíjas minősítéshez. Példaként, a TBC esetében a 0,21-es beta érték azt jelenti, hogy ez a betegség 21%-os eséllyel járul hozzá ahhoz, hogy valaki rokkantnyugdíjas a roma népességben. Ez tehát nem azt jelenti, hogy egy konkrét leszázalékolt TBC-ben is szenved, hanem az esélyeket – valószínűségeket – tünteti fel a beta értéke.

Látjuk tehát, hogy bizonyos betegségek igen magas értékben járulnak hozzá ahhoz, hogy a romák között magas a rokkantnyugdíjasok aránya, míg más betegségek – noha a romák közötti százalékos mértékük magas – nem közvetlen okai a megváltozott munkaképességük jelentős reprezentációjának. Ilyen betegség pl. a vashiányos vérszegénység, amely ugyan több mint tízszeres arányban van jelen a romák között, mint a teljes népességben, mégsem vezet leszázalékoláshoz. Ellenben pl. az idült alsó légúti megbetegedések leszázalékoláshoz vezető valószínűsége 20%, miközben ez a betegség csak 1,2-szeresen felülreprezentált a romáknál.

A szociális-gazdasági deprivációnak a munkanélküliség mellett pregnáns mutatója az, hogy a háztartásban mekkora az egy főre jutó nettó megélhetés mértéke (mint emlékszünk, bizonyos szegénységi nível esetén a lakás fenntartási költségei relatíve magasak, azaz a megélhetésre fordítható összeg mértéke élesebb jelzője a szegénység níveljének, mint a nyers munkajövedelem-mutató).

Az egy főre eső nettó megélhetés forintértéke az adott betegségben szenvedőknél/nem szenvedőknél, valamint az eltérés mértéke

	nem beteg	beteg	eltérés
Tbc, tüdőcsúcshurut, gümőkór	21603	15404	-6199
Daganatos betegség	21490	18817	-2673
Vashiányos anémia	21719	18927	-2792
Pajzsmirigybetegségek	21766	11125	-10641
Diabetes mellitus	21314	22787	1473
Pszichoaktív szerek okozta mentális és vis. zavarok	21363	24634	3271
Mentális és vis. Zavarok (nem organikus)	22207	16165	-6042
Átmeneti agyi keringészavarok	21528	15810	-5718
Vakság, csökkentlátás	21408	21334	-74
Süketség, csökkent hallás	21782	14964	-6818
Hypertónia	21540	20824	-716
Ischaemiás szívbetegségek	22173	17249	-4924
Cerebrovascularis betegségek	21490	14875	-6615
Idült alsó légúti betegségek	21337	22680	1343
Asthma	21204	23126	1922
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	20559	25707	5148
A máj betegségei	21425	19892	-1533
Deformáló hátgerinc-eltérések	21095	24438	3343
(Spondylopathiák) gerincbetegség	21576	19800	-1776
Csontritkulás	21392	21538	146

Az adott betegségcsoportra nézve beteg/nem beteg populáció közötti eltérés mértéke jól mutatja, hogy mely betegségek gyakoriságát növeli a szegénység, mely esetben indifferens, illetve mely betegségek jelentkeznek paradox módon a viszonylag jobb életmű mellett (tipikusan ilyen a diabetes, amely a relatív – tehát a saját csoport átlagához mérve – jobb életműn élők, egyúttal rossz minőségben táplálkozók sajátja). Néhány betegségcsoport esetén a családban egy főre jutó nettó megélhetés mértéke magasabb; ilyen pl. gyomor, nyombél-, gastrojejunális fekély. Az elemzés azt mutatja, hogy a magasabb iskolázottságúak, illetve az erős kapcsolati hálóval rendelkezők között ugyancsak magasabb arányban jelentkeznek a fekélyes megbetegedések.

A betegségek csoportjában két speciálisan „ellentétes módon viselkedőt” is találunk: a drogok okozta, illetve a nem organikus eredetű mentális és viselkedészavarokat. Az előbbi a magasabb, míg az utóbbi a jóval alacsonyabb anyagi műn élők körében reprezentálódik felül; egyrészt a drogozás relatív magasabb életszínvonalat feltételez (hangsúlyozzuk a relatív jelzöt, ugyanis az élet perspektíváinak negatív megítélése ugyancsak kapcsolódik a pszichoaktív szerek használatához), másrészt a nem organikus mentális és viselkedészavarok a mély szegénységben élők körében ismert módon magasabb arányban szedik áldozataikat.

Az anyagi-szociális depriváció mellett a kapcsolatok erőssége ismert módon hozzájárul a betegség iránti fogékonysághoz – a kölcsönhatás éppolyan irányú, mint az anyagi nívó esetén. A kapcsolatok erősségének mérésére kialakított kapcsolatsűrűségi index és a betegségek kölcsönhatása meglehetősen erővel épp e két mentális megbetegedés esetén mutatható ki.

Két betegségcsoport előfordulási gyakorisága az egyes kapcsolati hálósűrűséggel jellemezhető körében (%)

	kapcsolati vákuum	gyenge háló	közepes háló	erős háló	extra erős háló	átlag
Pszichoaktív szerek okozta mentális és vis. zavarok	0,6		1,1	2,7	2,4	1,1
Mentális és vis. zavarok (nem organikus)	17,9	10,0	15,2	13,5	0,4	13,6

Az extra erős kapcsolati hálóval élők között a droghasználat során megbetegedettek aránya kétszerese az átlagnak, míg az elszigeteltség nem „kedvez” ennek a betegségnek (a droghasználat erősen szociális indikációjú).

A kapcsolati vákuummal jellemezhető körében a nem organikus eredetű mentális megbetegedések aránya átlag feletti, míg az extra erős kapcsolati háló, úgy látszik megvéd az ilyen megbetegedésektől. Variancia analízissel vizsgálva, a kapcsolati vákuum oki hatása a mentális megbetegedések megjelenésére 13%. Mindez azt mutatja, hogy a roma népesség körében nemcsak a szegénység emeli a megbetegedések arányát, de azt elszigeteltség is, amelyről az előző fejezetekből tudjuk, hogy már nem ritka jelenség.

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

A nőkkel kapcsolatban speciális problémának tekintettük azt a kérdést, hogy milyen az egyes fogamzásgátló eljárásokhoz való viszonyuk, milyen mértékben ismerik, illetve használják azokat, a használatot milyen tényezők befolyásolják, valamint az alkalmazott fogamzásgátlási eljárások és a gyerекek száma között milyen kapcsolat mutatható ki. Ezek a kérdések egyrészt önmagukban lényegesek, másrészt nemcsak a magyar társadalomban, de az orvosok egy részének körében is vissza-visszatérő, meglehetősen előítéletes polémia tárgya a romák gyerекei száma és a fogamzásgátláshoz való viszonya. Jellemző sztereotípiák, hogy „túl magas a romák gyerекeszáma”, illetve „nem törődnek eleget a fogamzásgátlással”. Mindkét retorikai elemet érdemes megvizsgálni.

A romák gyerекszámával kapcsolatban már többször kimutattuk, hogy alapvetően demográfiai kérdésről van szó, az alacsony átlagos életkorú, magas halálozási arányú népességek gyerекszáma a torz demográfiai szerkezettel függ össze, abból következik. Ugyancsak kimutattuk, hogy a családok magas gyerекszáma (amely korántsem tipikus jelenség) alacsonyabb életszínvonalal jár együtt, a családok nem „járnak jól” anyagilag, a gyerекek utáni támogatások nem fedezik a kiseső jövedelmeket.

Bizonyos életkor, legtöbb esetben az 55. életév után a nők már nem alkalmaznak semmilyen fogamzásgátlást; ez abból ered, hogy ekkor már nem fogamzó képesek, és már nem élnek aktív nemi életet. Azok aránya, akik nem gátolják a fogamzást, életkori csoportok szerint növekszik, de a nem védekezők aránya még a 44 éves korig is igen alacsony mértékű, mindössze 4,2 százalék. Mivel az egyébként roma származású kérdezőbiztosok közül a nőket kértük meg arra, hogy nőket kérdezzenek – éppen a fogamzásgátlás, az abortusz intim jellege miatt –, valószínű, hogy az adatok hitelesek. Ezek szerint valahol az életkor negyvenes éveinek közepén-végén csökken az aktív nemi élet, addig viszont valamilyen fogamzásgátlást szinte mindenki alkalmaz.

Az viszont, hogy milyen fogamzásgátlást használ egy nő, roppant soktényezős kérdés, és inkább tekinthető általános női, mint speciális roma problémának. Szerepet kap benne a nő hormonháztartása vagy annak zavara, az, hogy szeretne-e még gyermeket, továbbá befolyásoló tényező a szocializált szexualitás, amely a gumióvszer használatát, illetve a két természetes/hagyományos módszerhez való viszonyt érinti.

Mindezeket figyelembe véve, legalábbis szociológiai szempontból nem tehetünk különbséget az egyes fogamzásgátlási eljárások között, azt kell mondanunk, hogy mindegyik – a fogamzás megakadályozásának szándékát tekintve – egyenrangú. (A fogamzásgátlási módszer hatékonysága természetesen más kérdés.)

Az alkalmazott módszerek közül a hormonális készítmények (fogamzásgátló tabletták), illetve a spirál, éppen a női szervezet egészségi állapotával való erős összefüggésük miatt, nem azonos jelentőségűek. Spirált a még nem gyerекes nők esetén lényegesen ritkábban, kivételes esetekben alkalmaznak, míg viszont gyerекszülés után – adataink szerint is – jóval gyakrabban. A tabletták használatát elsősorban a női szervezet állapota befolyásolja. Az adatok azt mutatják, hogy a fogamzásgátló tabletták használatának aránya a fiatalabbknál lényegesen magasabb: a 19-24 évesek korcsoportjában 54,6, a 25-34 évesek között 46,2 százalék használ hormonális készítményt, míg a 35-44 évesek között már csak 30,6.

A pesszáriumot „kihalt” eljárásnak tekinthetjük. Gumióvszert lényegesen kevesebben használnak, mint megszakításos módszert – ez utóbbival a 19–24 évesek korcsoportjának közel ötöde, 19 százalék él, a 35–44 évesek korcsoportjának pedig közel harmada, 29,2 százalék. A gumióvszert használó nők aránya ezzel szemben 3 és 12 százalék között mozog, míg a naptári módszer használata, nehezen kontrollálható mivolta okán még ennél is ritkább. A fogamzásgátló tabletták vs. gumióvszer vs. megszakításos módszer hatékonysági különbségét az abortuszok számán mérhetjük le – és látjuk majd, hogy természetesen a hormonális fogamzásgátlás biztonság tekintetében vezet, illetve a megszakításos módszer a leginkább bizonytalan eljárás.

A nők egy nem jelentéktelen hányada felváltva többféle módszert – gumióvszert, illetve megszakításos módszert – preferál, ez azonban elsősorban a középgenerációra jellemző; ugyanakkor nincs összefüggésben a gyerekek számával, tehát elsősorban szocializációs kérdésnek tekinthetjük.

Az iskolai végzettség is természetesen befolyásolja azt, hogy a nők milyen eljárást preferálnak. Az általános iskolát be nem fejezett nők az egyetlen olyan csoport, amelyet a semmilyen eszközt nem használók magas aránya jellemez (18,1 százalék). A 19–55 éves korcsoportban a nők 28,7 százaléka nem fejezte be az általános iskolát, tehát a korcsoportban összesen 5,2 százalék olyan nőt találunk, aki nem használ semmilyen fogamzásgátló eljárást – ez az arány pedig igen jónak mondható.

Az egyes eljárások iskolai végzettség szerinti preferenciája az eljárás és annak biztonságos vagy bizonytalan kimenetelű eredménye között teremt képzettségfüggő kapcsolatot. A fogamzásgátló tabletták használata, mint eredményes eljárás az iskolai végzettség függvényében gyakoribb, míg a mindössze általános iskolát végzett nők 38,7, addig az érettségizettek 60,1 százaléka használ hormonális készítményt.

A legbizonytalanabb megszakításos módszert a legkevésbé iskolázottak preferálják; a végzettség függvényében csökken alkalmazása. Noha a gumióvszer használata nem függ iskolai végzettségtől, a vegyesen használt módszer (óvszer és megszakítás) az iskolai végzettséggel arányosan gyakoribb. Azok körében, akik a felváltva alkalmazott módszereket preferálják, az abortuszon átesettek aránya feltűnően alacsony – tehát korántsem jelent komoly módszertani rizikót az óvszer biztonságos, illetve a megszakítás bizonytalan de természetesebb alkalmazásának keverése.

A fogamzásgátlási eljárások preferenciája és a gyerekszám között lényegében csak a spirál használatát tekintve van összefüggés – az pedig elsősorban egészségügyi-nőgyógyászati, nem pedig szociológiai kérdés.

Az egyes fogamzásgátló eljárások közül alapvetően a fogamzásgátló tabletták, illetve a gumióvszer használata kerül pénzbe. Eminens problémának tekintettük a kutatás során azt, hogy befolyásolja-e a nők fogamzásgátlási módszereit anyagi helyzetük, előfordulhat-e, hogy az egyébként biztonságos fogamzásgátló tabletták használatát a szegénység akadályozza.

Az adatok azt mutatják, hogy a jelenlegi tablettahasználatot nem befolyásolja az anyagi helyzet – azaz akik használnak tablettát, azok anyagi helyzetüktől függetlenül előteremtik a rá való pénzt. Érdekes ebből a szempontból a fogamzásgátló tabletták használatának „karrierje” is.

A nők mindössze 8,7 százaléka nem ismeri az eszközt, ugyanakkor a 19–55 éves korú nők mindössze ötöde használja aktívan. Azok között, akik ismerik ugyan, de nem

használják, illetve a használatot abbahagyók között összesen 22 százalék olyan nőt találtunk, aki anyagi okok miatt hagyta abba, avagy el sem kezdte a használatát. Abszolút értékét tekintve a 19–55 éves korú roma nők összesen 15,5 százaléka azért nem használ fogamzásgátló tablettát, mert nincs rá pénze. Mivel a 19–55 éves korú roma nők összlélekszáma 132 700 fő, úgy találtuk, hogy összesen 20 ezer roma nő anyagi okok miatt nem használhatja a leginkább biztonságot nyújtó fogamzásgátlási módszert.

Ez az anyagi kiszolgáltatottság azonban nem vezet sem a gyerekek, sem az abortuszok magasabb számához: azok körében, akik nem használják, vagy el sem kezdték a fogamzásgátló tablettá használatát: a gyerekek számának, illetve az abortuszok számának rétegei azonos arányban oszlanak el. Mindez annyit jelent, hogy a roma nők szegénységük ellenére képesek a születésszabályozásra.

Abortusz

A születésszabályozás leginkább veszélyes, az egészséget és a pszichés háztartást károsító eljárása az abortusz.

Az abortuszok számának eloszlása a 19 éves kor feletti roma nők körében, korcsoportonként (%)

hány abortusz	eloszlás	19–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–x
nem volt	46,3	63,1	43,3	35,7	53,1	37,0	41,2	40,3
1	22,6	17,8	26,1	33,2	14,2	14,1	7,8	0,8
2–3	17,3	10,7	21,2	20,0	22,5	8,7	17,2	0,8
4–9	13,8	8,4	9,4	11,1	10,2	40,2	33,8	58,0
egynél több volt	31,1	19,1	30,6	31,1	32,7	48,9	51,0	58,9

A 19 éves kor feletti roma női népesség közel fele soha nem esett át abortuszon – ez az arány ugyan az idősebb korcsoportok felé csökken, de a 65 év felettiak esetében is negyven százalék.

A roma nők ötöde esett át egy abortuszon. Megfigyelhető, hogy az egynél több abortuszon átesettek aránya a mai 55 év felettiak estében magas, ötven százalék vagy e feletti, miközben a fiatalabb korosztályokban (a legfiatalabbat kivéve) ez az arány stabilan harminc százalék körüli. Mindezek mellett igen magas azok aránya, akiknek négynél több abortuszuk volt; a legmagasabb abortusz-szám pedig a kilenc! A legidősebb generáció nőtagjai polarizáltak: vagy nem volt abortuszuk, vagy nagyon magas az abortuszok száma – azonban az ő generációjuk az, amely a maga idejében valószínűleg egyáltalán nem jutott hormonális fogamzásgátló tablettákhoz.

Mindezek miatt fontos az, hogy a fogamzásgátlók használata hogyan függ össze az abortuszok számával. (Lásd az 5. táblát!)

Az egyes fogamzásgátlókat használók eloszlása abortuszok száma szerint (%)

Mit használ?	hány abortusza volt?			
	nem volt	1	2-3	4-9
semmit	75,9	2,5	10,1	11,5
fogamzásgátló	54,8	27,8	15,0	2,4
pesszárium	100,0			
spirál	46,0	25,0	28,1	0,9
gumióvszer	34,2	40,9	24,9	
naptári módszer	27,0	13,8	44,9	14,3
megszakítás	19,5	45,5	27,8	7,3
felváltva többfélét	76,1	13,6	10,3	

A nem védekezők körében igen magas azok aránya, akiknek nem volt abortuszuk – ráadásul ez az adat nem függ attól, hogy van-e gyerekük. Valószínű tehát, hogy azok, akik azt vallották, hogy nem védekeznek, használnak valamilyen természetes eljárást, csak nem jelezték. Azok között, akik felváltva többféle természetes módszert használnak, hasonlóan magas azok aránya, akiknek nem volt abortuszuk – rájuk ugyancsak a jó hatásfokú védekezés lehet érvényes.

A legkevésbé hatékony védekezést azok körében látjuk, akik kizárólag valamelyik természetes módszer használatát jelezték, többségük egy vagy több abortuszon már átesett. Azok körében, akik fogamzásgátló tablettát használnak, az abortuszon életükben egyszer átesettek száma ugyan viszonylag magas, azonban az egynél több abortuszon átesettek aránya a teljes mintaeloszlást tekintve alacsony.

Az iskolai végzettség erősen befolyásolja az abortuszok számát; az érettségivel rendelkezők körében az átlaghoz képest másfélszeres arányban találunk olyanokat, akik nem estek át abortuszon, míg pl. az általános iskolát be nem fejezett nők körében az egynél több abortuszon átesettek aránya az átlag közel duplája.

A háttér adatok, a fogamzásgátlási szokások, az abortuszok illetve a gyerekek számának adatai, valamint az anyagi helyzet együttes értékelése azt mutatja, hogy

1. a gyerekek számát nem a védekezés hiánya, hanem demográfiai kérdések határozzák meg;
2. a roma nők védekeznek a nem kívánt terhesség ellen;
3. a legbiztonságosabb fogamzásgátló eljárást, a tabletták használatát komolyabb arányban az anyagi helyzet, a szegénység akadályozza, ezt követi az elszegedett betegségek száma (minél valószínűbb, hogy egy roma nő beteg, annál valószínűbb, hogy nem használ fogamzásgátló tablettát, a variancia analízis beta értéke 17 százalék);
4. a kevésbé biztonságos eljárások használatának aránya az iskolai végzettség emelkedésével csökken, hasonlóan az abortuszok számához;
5. a nem kívánt terhességet abortusz árán is elkerülik;
6. mindebből következően nem a gyerekek száma magas, hanem az abortuszoké.

Ha azt vizsgáljuk, hogy az abortusz hiányára milyen hatást gyakorol az iskolai végzettség, az egy főre jutó családi jövedelem, az elszenvedett betegségek száma, a gyerekek száma, illetve az alkalmazott fogamzásgátlási eljárás, akkor a következő eredményre jutunk:

Legerősebben, 20 százalékos mértékben a gyerekek száma határozza meg az abortusz hiányát. Magyarán, minél több gyereke van egy nőnek, annál valószínűbb, hogy abortusza is volt, ha pedig nincs gyereke, akkor valószínűbb, hogy abortusza sem volt.

Az abortusz hiányát másodsorban az iskolai végzettség befolyásolja, 18 százalékos mértékben: az alacsonyabb iskolai végzettség valószínűbben vezet abortuszhoz.

A betegségek hatása 13 százalék, azaz minél valószínűbb, hogy e nő szenved a felorolt húsz belgyógyászati betegségcsoport egyikében, annál valószínűbb, hogy volt abortusza is.

Ezt követi a jövedelem hatása, 12 százalékkal: minél szegényebb, annál valószínűbb, hogy volt abortusza.

Mindezek után következik a védekezés módszere. Az egyes eljárások hatása $\pm 6-10$ százalék. Azaz minél hatásosabb a roma nő által alkalmazott módszer, annál kisebb eséllyel volt neki abortusza.

Összefoglalva tehát, a roma nők éppúgy szabályozzák terhességeik, gyerekeik számát, mint bármely csoport tagjai, éppen annyi gyereket szülnék, mint ahányat csoportjuk demográfiai törvényszerűségei megkívánnak, a nem kívánt terhességeket azonban a szegényebbek, alacsonyabban iskolázottak, illetve azok, akik betegségekben szenvednek magas arányban csak abortusszal tudják elkerülni. A megoldás ebben a kérdésben is hasonló, mint bármely más, romákra vonatkozó kérdésben: alapvetően a szegénységet kell csökkenteni, illetve elősegíteni a magasabb iskolai végzettség megszerzését.

A roma nők iskolai végzettségüktől, illetve abortuszaik számától vagy annak hiányától függetlenül veszélyesnek ítélik az abortuszt. Azok közül, akiknek nem volt, 86 százalék ítéli eléggé vagy nagyon veszélyesnek, azok közül pedig, akik átestek rajta, átlagosan 72 százalék tartja eléggé vagy nagyon veszélyesnek. Tehát nem felelőtlenségből esnek át abortuszon, hanem kényszerből.

Azon nők között, akiknek egy abortuszuk volt, közel 45 százalék nem kapott támogatást, holott az adatfelvétel szerint a létminimum alatt élők aránya legalább hetven százalék. Az abortuszok számának emelkedésével párhuzamosan nő azok aránya, akik nem kaptak támogatást, így pl. a három abortuszon átesett roma nők közül csak tíz százalék kapott mindegyik abortuszához szociális támogatást.

Az abortuszok esetén folyósított szociális támogatás ténye, valamint a család anyagi helyzete alig függ össze; a legszegényebbek éppoly valószínűséggel kapnak vagy nem kapnak támogatást, mint a jobb helyzetben élők. Azok közül, akiknek családja a legelső jövedelmi tizedbe tartozik, közel negyven százalék nem kapott támogatást abortuszához, míg a legelső jövedelmi tizedben élők közül közel hatvan százalék.

Láttuk, hogy a gyerekek emelkedő száma erősen hozzájárul az abortuszokhoz, míg csak minimális mértékben járul hozzá a támogatások megítéléséhez. Azon roma nők között, akik abortuszuk esetén nem kaptak szociális támogatást, közel azonos arányban találunk gyermekteleneket, egy gyereket nevelőket, illetve többgyermekeseket. Megérett tehát az abortuszt elszenvedett nők és családjaik szociális támogatási rendszerének alapos felülvizsgálata, mivel az korántsem sem kedvez a rászoruló romáknak, éppen ellenkezőleg: a rászorultság tényétől tökéletesen függetlenül működik.

Az egészségügyi ellátásokban való részesedés

Az ellátásokban való részesedést soktényezős, esetenként akár egymásnak ellentmondó problémák eredőjéből kialakuló folyamatnak tekintjük. Az ellátásban való részvételnek az egészségügyi problémák döntő hányadában eleme a beteg szándéka, azaz egyrészt tudnia kell a panaszról, másrészt tudatosan részt kell venni az ellátás valamely – házi-orvosi, szakrendelői vagy kórházi – szintjén a gyógyítás folyamatában. Ehhez a kérdéshez kapcsolódik, hogy a potenciális vagy rendszeres kliensek^{dd} hogyan ítélik meg az ellátás dolgozóival (orvosok, ápolónők, stb.) való viszonyt, illetve a viszony egyenlőtlenségeinek háttérben milyen összefüggéseket lehet felfedezni. A hozzáférés egy része anyagi kérdés (pl. mennyire képes valaki megvásárolni a szükséges gyógyszereket).

A költségek kérdése

Az orvosi ellátás költségei közül két lényeges adatra kérdeztünk rá a felvétel során: mekkorák az átlagos gyógyszerköltségek, illetve amennyiben valaki fizet paraszolvenciát, úgy annak milyenek az átlagos költségei. A két költségtípusra felvett adatok jól reprezentálják egyrészt a roma népesség differenciált anyagi lehetőségeit, másrészt a paraszolvencia adatai rámutatnak magához az ellátáshoz, illetve az orvosokhoz fűződő viszony szubjektív oldalára is.

Mint tudjuk, a 19 éves kor feletti roma népesség 66,3%-a szenved valamilyen betegségben, 16,1%-a egynél több betegségben, illetve 23% egyszerre három vagy több betegségben. Lényeges tehát, hogy a komolyabb betegségben szenvedők meg tudják-e beszélni orvosaikkal a gyógyszerek költségeit – különös tekintettel arra, hogy adataink szerint a romák közel hetven százaléka él olyan családban, ahol az egy főre eső jövedelem alatta marad a létminimumnak.

Azon romák közül, akik „mindössze” egy betegségben szenvednek, közel hetven százalék nem beszélheti meg orvosával a várható költségeket, és még azok között is, akik három vagy több betegségben szenvednek egyszerre, csak ötven százaléknak van ilyen diskurzusra esélye.

Azok a romák viszont, akik azt jelezték, hogy meg tudják beszélni orvosukkal a várható gyógyszerköltségeket, egyúttal azt is jelezték, hogy amennyiben olcsóbb gyógyszer felírását kérik, úgy ezt a kérést a házi orvosok igen nagy gyakorisággal teljesítik is.

Természetes kérdés, hogy mitől függhet (nehezen mérhető szubjektív tényezőkön túl) az orvos és a beteg kommunikációs viszonya. A megbeszélésre vonatkozó adatokat összevetettük a családban egy főre jutó jövedelem nagyságával – az adatok azt mutatják, hogy *a megbeszélés valószínűsége szegénységfüggő*: az egyre alacsonyabb jövedelmi tizedbe tartozók körében rendre növekszik azok aránya, akik megbeszélhetik orvosukkal a költség kérdését (elvégre elemi érdekük, hogy szűkös javaikból kevesebbet

^{dd} Az egyes belgyógyászati betegségkategóriákban beteg romákat rendszeres kliensnek tekintjük, ugyanakkor nyilvánvalóan azok az emberek is lehetnek alkalomadtán betegek, akiknek egyébként a felsorolt betegcsoportok egyikében sincs megbetegedésük.

kelljen költeni gyógyszerre). Ugyanakkor a megbeszélési arány nem függ az egyén iskolázottságától, tehát a várhatóan jobb kommunikációs készségű érettségizettek, illetve a kevés számú felsőfokú végzettséggel rendelkezők sem számolnak be nagyobb valószínűséggel jobb kommunikációról.

Kézenfekvőnek tűnik tehát, hogy a költségek megbeszélésének arányait ne csak a jövedelemmel vessük össze, de azzal a kérdéssel is, hogy adnak-e a betegek hálapénzt. Feltételezhetnénk ugyanis, hogy a szegénység csökkenti a hálapénz adásának gyakoriságát és összegét, illetve kontrollálni szükséges azt is, hogy a paraszolvencia javítja-e az orvos és betegek közti megbeszélés valószínűségét.

A hálapénz adása, illetve az, hogy valaki megbeszéli-e a költségeket, az egyes esetek alapján számolt korreláció szerint egyáltalán nincs kapcsolatban egymással, ezek egymástól független események.

Ha a családban egy főre eső jövedelmi tizedek alapján, tehát a szegénység mértéke szerint vizsgáljuk a kérdést, azt kell látnunk, hogy a szélső esetektől (a legszegényebb és a legjobb anyagi helyzetű) rétegektől eltekintve az anyagi helyzet alig befolyásolja a megbeszélés mértékét, a paraszolvencia adásának hajlandóságát – sőt, a paraszolvencia mértékére is alig van hatással. Egyrészt az anyagilag leginkább rászorultaknak is csak a fele tudja a várható költségeket megbeszélni a háziorvossal, ugyanakkor e csoport negyven százaléka ad paraszolvenciát, egyúttal a jövedelme nagyságához mérten relatíve komoly paraszolvenciát fizet.

Egy főre jutó jövedelmi tized	megbeszéli (%)	adott hálapénz (%)	átlagos hálapénz (Ft)
3500 Ft-ig	47,4	42,8	1458
3500–9400	48,5	51,4	4320
9400–12000	39,0	54,6	1503
12000–16000	42,4	63,2	1924
16000–20000	42,9	59,7	1852
20000–23000	30,9	53,8	1975
23000–30000	35,9	66,9	2179
30000–39000	39,1	69,6	3056
39000–50000	37,3	64,3	2513
50000 felett	27,8	58,4	2366

Az alkalmanként fizetett paraszolvencia átlagos forintértékének a jövedelemhez mért jelentős szórása ugyancsak azt mutatja, amit az előbbi adatok is sugallnak: a paraszolvencia kérdése elsődlegesen nem az anyagi potenciáltól függ (noha erről a későbbiekben lesz szó).

Kézenfekvő tehát, hogy kontrolláljuk: az előzetes megbeszélés egyáltalán befolyásolja-e a gyógyszerköltségeket? Ennek módszereként a megbeszélés tényét, valamint a tényleges

gyógyszerköltségeket vetjük össze azzal, hogy amennyibe kerülnének a gyógyszerek, ha minden felírt gyógyszert kiváltanának a betegek. Ehhez kapcsolódva vizsgáljuk azt is, hogy az elméleti és a ténylegesen kifizetett gyógyszerköltségeket mennyiben befolyásolja a roma családok anyagi helyzete.

A következő táblázatban feltüntettük a családokban egy főre jutó havi gyógyszerköltséget – a családok jövedelmi tizedei szerint, valamint az elméleti és valóságos gyógyszerköltségeket annak függvényében, hogy esik-e a háziorvosnál szó e költségekről. Az elméleti gyógyszerköltség az a forintérték, amelyet akkor fizetnének, ha minden felírt gyógyszer kiváltásra kerülne.

A gyógyszerköltségek, a családok anyagi helyzete és a háziorvossal való viszony együttes adataiból a következők vonhatók le. *A családokban havonta gyógyszerekre fordított összeg szignifikánsan a család anyagi helyzetének függvénye*, a legszegényebb és a legjobb helyzetű családok között ötszörös különbséget találunk. Mivel láttuk azt, hogy a szegényebb családokban egyes betegségek viszonylag gyakoribbak, amelynek következményeként nyilván magasabbak lennének a gyógyszerköltségek, egyúttal a szegényebb családok jóval kevesebbet költenek gyógyszerre – ebből az következik, hogy *a szegényebb családokban betegségeik ellenére nem tudnak megfelelően gyógyszerre költeni*.

Elméleti és valóságos gyógyszerköltségek^{ee} a megbeszélés függvényében – a családok jövedelmi tizedei szerint (Ft)

		nem beszéli meg			megbeszéli			
		kerülne	valóban kerül	%	kerülne	valóban kerül	%	
3500 Ft-ig	805	1091	787	72,1	1138	836	73,5	1,1
3500–9400	816	1067	657	61,6	1327	980	73,9	1,5
9400–12000	935	1455	951	65,4	1171	905	77,3	1,0
12000–16000	932	1437	836	58,2	1631	1014	62,2	1,2
16000–20000	1033	1463	1077	73,6	1527	985	64,5	0,9
20000–23000	1117	1307	950	72,7	2256	1357	60,2	1,4
23000–30000	1397	1490	895	60,1	2788	2012	72,2	2,2
30000–39000	1878	1868	1740	93,1	2910	1985	68,2	1,1
39000–50000	2049	2115	1708	80,8	3705	2607	70,4	1,5
50000 felett	4046	3937	4353	110,6	5311	3043	57,3	0,7
átlag				74,8			67,9	1,3

Jövedelmi tizedenként az elméleti és a valóságos gyógyszerköltség változik, egyúttal a szükséges gyógyszerköltségek 60–80%-át fizetik ki ténylegesen. Az adatokból tehát

^{ee} A családi jövedelmekkel való összehasonlíthatóság végett a családban egy főre jutó átlagos gyógyszerköltségeket vesszük figyelembe.

az következik, hogy egyrészt a roma családok jövedelmüktől függetlenül valamivel kevesebbet költenek gyógyszerre az elméletileg előírtnál (ezt jelzik a táblázat % értékei), másrészt csak jövedelmükkel arányosan képesek költeni gyógyszerre, harmadrészt minél szegényebbek, paradox módon gyógyszerköltségek is csökkennek, negyedrészt a háziorvossal való dialógus némiképp emeli a gyógyszerköltségeket és nem csökkenti (a két eset költségének átlagos aránya 1,3). A dialógus enyhe gyógyszerköltség emelő hatása egyébként a legalsó jövedelmi tizedek esetén is fennáll.

Mivel azt láttuk, hogy az elméleti gyógyszerköltségek jövedelemarányosan kisebbek (holott az alacsony jövedelem épp a betegségek egyik indikátora); gondolhatjuk azt, hogy a háziorvosok minden különösebb megbeszélés nélkül a szegényebbeknek olcsóbb gyógyszereket írnak fel. Adatfelvételünk során ezt a kérdést nem tisztázhattuk, azonban ez ügyben igen komoly kételyek megfogalmazására ad okot a kötetben szereplő másik kutatásunk egyik eredménye, mely szerint az orvosok gyógyszerfelírási gyakorlata nem veszi figyelembe a betegek szociális státuszát.

A fenti kérdésről gondolhatjuk azt is, hogy minél rosszabb anyagi helyzetben él egy család, nemcsak annál kevesebbet képes költeni gyógyszerre, de kevesebbet is hajlandó. Mivel ez igen lényeges kérdés; nevezetesen, hogy a depriváció a képességeken túl csökkenti-e azt a hajlandóságot is, hogy investáljanak az egészségbe / a betegségtől való megszabadulásba, kontrollálni érdemes ezt a problémát. A próba lehetséges eszköze az alkalmanként kifizetett paraszolvencia mértéke. A fentiekben már láttuk, hogy a szegényebb családokban élők közel ugyanolyan arányban fizetnek paraszolvenciát, mint a jobb körülmények között élők. A következő táblázat azt tünteti fel, hogy az átlagosan egy alkalommal (tehát nem havonta!) kifizetett paraszolvencia forintértéke mekkora jövedelmi tizedek szerint, illetve ez az összeg hogyan aránylik a (havi!) gyógyszerköltségekhez.

Alkalmanként fizetett paraszolvencia, havi átlagos egy főre eső gyógyszerköltségek (Ft) és e kettő hányadosa

jövedelmi tized	valóban kerül	alkalmi paraszolvencia	arány
3500 Ft-ig	805	1458	1,8
3500–9400	816	4320	5,3
9400–12000	935	1503	1,6
12000–16000	932	1924	2,1
16000–20000	1033	1852	1,8
20000–23000	1117	1975	1,8
23000–30000	1397	2179	1,6
30000–39000	1878	3056	1,6
39000–50000	2049	2513	1,2
50000 felett	4046	2366	0,6
<i>átlag</i>	<i>1501</i>	<i>2315</i>	<i>1,9</i>

A családokban egy hónapban átlagosan egy főre jutó gyógyszerköltség közel a fele az egy alkalommal kifizetett paraszolvenca mértékének.

Noha az emelkedő jövedelmekkel arányosan némiképp több paraszolvenciát fizetnek, ennek és a gyógyszerköltségnek a hányadosa alig változik, azaz még a legszegényebbek is közel kétszer annyit fizetnek „hálapénz” gyanánt alkalmanként, mint havonta fejenként gyógyszerre. Ne feledjük persze, hogy a beteg emberek nem egy alkalommal mennek havonta orvoshoz, valamint a családokban általában nem egy ember beteg. Ha azt látjuk, hogy az egy fő által alkalmanként kifizetett paraszolvenca bőven meghaladja a havi egy főre számított gyógyszerköltséget, csak fantázia kérdése annak megállapítása, hogy a családok teljes havi költségvetésében a két költségnem teljes összege milyen arányt képviselhet.

A hálapénzre vonatkozó eddig vizsgálatokból tudható, hogy annak motivátorai között a remény is előkelő helyet foglalhat el. *Adataink azt mutatják, hogy a szegény családok, noha forrásaik igen korlátozottak, e „reményhányados” tekintetében semmivel sem maradnak le jobb módú társaiknál, mondhatjuk tehát, hogy éppen annyit investálnak egészségükbe (vagy a gyógyulás reményébe), amennyit bárki más, és ezt az investációt anyagi lehetőségeik határán teszik.*

Logikusan ide tartozik tehát, hogy mit gondolnak a gyógyszer, illetve a hálapénz gyógyulásra gyakorolt hatásáról, valamint arról, hogy mennyire számít a gyógyulásban az orvossal való megértés, illetve az orvos tudása, szakértelme.

Átlagosan a legmagasabbra az orvosok tudását, illetve a gyógyszerek hatását értékelik, míg a hálapénz gyógyulásra gyakorolt hatását a romáknak kevesebb mint fele értékeli jelentősnek. Az adatok szórása azt mutatja, hogy a családok anyagi életszínvonalánál nincs e véleményekre jelentősebb hatással. Mindez tehát annyit is jelent, hogy *noha a romák a hálapénz gyógyulásra gyakorolt hatását nem tekintik jelentősnek, még a legszegényebbek is anyagi lehetőségeik határán áldoznak erre, miközben a nagy jelentőségűnek ítélt gyógyszerekre kevesebbet tudnak költeni, mint paraszolvenciára.*

Miközben a paraszolvenca *gyógyulásra* gyakorolt hatását kevesen látják jelentősnek, már a romák közel kétharmada gondolja, hogy az *ellátást* jobb színvonalúvá teszi. Azok, akik úgy gondolják, hogy a paraszolvenca jobb ellátást eredményez, átlagosan többet is fizettek ezért, mint akik a hatást indifferensnek tekintik. Azoknak a döntő többsége viszont, akik nem fizetnek hálapénz, úgy látják, hogy ettől még nem kaptak rosszabb ellátást (kérdés persze, hogy mennyire lehet igazuk azoknak, akik ennek az ellenkezőjéről vannak meggyőződve...).

Akár így, akár úgy ítélnék a hálapénz ellátásra gyakorolt hatásáról, az adatok azt mutatják, hogy a vélekedés nem anyagi helyzettől függ, hanem elsősorban iskolai végzettségtől, mégpedig nem azok körében, akik adnak hálapénzt, hanem azoknál, akik nem adnak. Minél magasabb a kliensek iskolai végzettsége, annál gyakrabban látják azt, hogy a hálapénz nem gyakorol hatást az ellátásra. A hálapénz fizetését viszont nem befolyásolja az iskolai végzettség. E kérdésre az előítéletek tárgyalásánál még visszatérünk.

Az orvosi szolgáltatás hozzáférhetőségének megítélése

Az orvosi szolgáltatások hozzáférhetőségének vagy nivójának megítélése, illetve az, hogy e hozzáférést vagy nivót befolyásolja-e a kliensek etnikai hovatartozása vagy szociális-gazdasági státusza, - különösen nehezen mérhető problematika. Egy lábjegyzet erejéig már idézett előző kutatásunk során – amely az egészségügyi alapellátás szereplői körében volt hivatott ezeket a kérdéseket a lehetőségekhez képest tisztázni – arra a megállapításra jutottunk, hogy a házi orvosok által nyújtott szolgáltatások többségét alapvetően a kliensek szociális státusza befolyásolja, a szociálisan depriváltak kárára, egyúttal a szociális státusz lényegesebb befolyásoló tényező, mint az etnicitás.

Elsőként most a házi orvosok által a klienseknek nyújtott alapvető, betegséggel és gyógyulással kapcsolatos információadás kérdését nézzük meg. (A gyógyszerek áráról való dialógust, éppen, mert a betegek aktivitását is feltételezi, nem tekintettük a szolgáltatási nivó közvetlen kérdésének.)

A vizsgálat során egy skálázási eljárással, illetve az eredmények matematikai elemzésével azt mértük, hogy milyen mértékben adnak a házi orvosok a romáknak felvilágosítást a következőkről: pontosan milyen betegségük van, milyenek a gyógyulási esélyek, mennyi idő alatt épülhetnek fel, a kapott gyógyszerek pontosan mire jók. Az eredmények szerint minél szegregáltabb helyen él egy roma, annál kevésbé kap felvilágosításokat. A felvilágosítás mértéke nem függ iskolai végzettségtől és anyagi helyzettől, *viszont aki gettóban él, de jobb módú, vagy iskolázottabb, az is alacsonyabb nivón kap információt.*

Hasonló módszerrel mértük, hogy milyen gyakran hívják ki felnőttek, illetve gyermekek esetén a házi(gyermek)orvost, illetve az milyen gyakran megy ki a hívásra. Akár felnőtt, akár gyermek esetén a hívások és a látogatások gyakorisága azonos, elenyésző számban pedig arról számolnak be, hogy gyakrabban látogat az orvos, mintsem hívják – tehát ebben a megközelítésben a házi orvosok és gyermekorvosok magatartását lelkiismeretesnek ítélik meg a romák.

Azonban amikor azt vizsgáltuk, hogy előfordult-e olyan eset, amikor hétvégén, este, tehát ügyeleti időben hívták az ügyeletes orvost, az nyíltan megtagadta-e a kimenetelt – a válaszok már korántsem tükrözik a beteg státuszától függetlenül etikus orvosi magatartást. Felnőtt betegek esetében a romák ötöde, gyermekkorú betegek esetén pedig valamivel több mint tíz százalékuk tapasztal nyílt megtagadást. Az arányokat riasztónak találjuk, azonban még riasztóbbnak azt, hogy milyen rejtett okok húzódnak meg a háttérben. A matematikai elemzés fényében a romák tapasztalatai az ügyeleti kivonulás megtagadásáról elsősorban a lakhatási deprivációval: a szegregációval és a zsúfoltsággal függnek össze. A nagyon zsúfolt körülmények között élő romák harmada tapasztalta már azt, hogy az ügyeletes orvos nem vonul ki ügyeleti időben. Elborzasztó, hogy a beteg gyermek esetén is a megtagadási arány 10-16%. Az adatok azt mutatják, hogy a zsúfoltság az ügyeletes orvosok számára még taszítóbb, mint a gettólét, ugyanis a gettóban élő romák kisebb arányban számolnak be az ügyeleti kivonulás megtagadásáról, mint a nagyon zsúfoltan élők. Abban az esetben, ha a romák egyszerre élnek gettóban és zsúfoltan, a helyzet még rosszabb, az esetek negyven százalékában tapasztalták azt, hogy az ügyeletes orvos nem megy ki hozzájuk.

A romák iskolai végzettségével fordított arányú az ügyeleti kivonulással kapcsolatos tapasztalat; az általános iskolát végzettek több mint ötöde élt át megtagadást, ugyanakkor figyelemreméltó, hogy ez az arány a felsőfokú végzettségűek között is meghaladja a hat százalékot.

Adatainkból következik, hogy *az orvosok egy része nem biztosítja az egyenlő hozzáférést az ügyeleti időben.* Egyenlőnek lehet ugyanis tekinteni azt a hozzáférést, amely nem függ attól, hogy valaki rossz körülmények között él. *Abban az esetben viszont, ha az orvosok magatartása a kliens életkörülményeitől függ, megvalósul a jog-egyenlőtlenség* – még abban az esetben is, ha az orvos alkalmasint megindokolhatja, hogy miért nem szereti a zsúfoltan élőket meglátogatni.

Érdekes az ügyeleti megtagadás kérdését egy pillanatra összevetni azzal, hogy mekkora átlagos alkalmi paraszolvenciát adnak azok, akik tapasztaltak megtagadást, és mennyit azok, akik nem. Ne feledjük, hogy a roma népesség zöme kis falvakban él, ahol az ügyeletes orvos sok esetben egyébként is rendszeres ellátója a községnek, tehát valószínű, hogy ugyanaz az orvos kapja a paraszolvenciát, mint aki megtagadja (vagy nem) az ügyeleti kimenetelt. Az ügyeleti kijárási megtagadását inkább azok tapasztalják, akik gyakrabban, azonban kevesebb paraszolvenciát fizetnek, mint azok, akik nem tapasztaltak megtagadást.

Előítéletesség az egészségügyben

Az egészségügyi alapellátás szereplői körében végezett kutatásunk jelen kötetben szereplő tanulmányában részletesen elemeztük a háziorvosok egyes betegcsoportokkal kapcsolatos eltérő viszonyát, illetve a cigányokhoz kapcsolódó negatív attitűdök ellátásra gyakorolt hatását. A munka egyik lényeges megállapítása szerint a háziorvosok által nyújtott szolgáltatások szintjét^{ff} elsősorban a kliensek szociális-gazdasági státusza, illetve a deprivált szociális állapot befolyásolja, és csak másodsorban az a kérdés, hogy a kliens roma-e vagy sem. Noha a háziorvosok körében mért cigányellenesség alapvetően a kliensekkel kapcsolatos kommunikáció gátja, ezen keresztül konfliktusforrás, illetve akadályozza a kliensek problémáinak megértését, az ellátás színvonalát a szegénység lényegesebb mértékben károsítja, mint az etnicitás.

Országos cigánykutatásunk alkalmával ezt a kérdést a romák oldaláról kívántuk megvizsgálni; nevezetesen az egészségügyi és a szociális ellátás dolgozói körében milyen mértékű és kompozíciójú cigányellenességet tapasztalnak, illetve e segítő foglalkozású csoportok romákkal kapcsolatos, a romák által megtapasztalt attitűdje mire van hatással.

Az eljárás során a negatív attitűdök mérésére használt skálázási eljárást használtuk; felvettük azt, hogy a romák egyes segítő foglalkozásúakkal kapcsolatban milyen érzelmi távolságot élnek meg (a teljes elfogadástól a teljes elutasításig), illetve mértük, hogy milyen mértékű megkülönböztetést, diszkriminációt tapasztalnak. Az egy adott népcsoporttal

^{ff} A vizsgálatok eszközzintjének, a gyógyító munka intézményi szintjeinek, az utánkövetésnek, a gyógyszerrendelés során figyelembe vett költségeknek.

kapcsolatos attitűdök mérése során, az affektív távolság és a diszkriminancia mellett szokás mérni egy harmadik, sztereotipizálásra vonatkozó komponenst is. Ez utóbbi azonban szinte kizárólag azok körében mérhető, akik előítéletességére kíváncsiak vagyunk, így a roma felvétel során e skálától eltekintettünk.

Három intézményi szinten kérdeztünk rá a segítő foglalkozásúakkal kapcsolatos viszonyra; a háziorvosi ellátás szereplői közül a házi orvosokra, a házi gyermekorvosokra, a házi orvosi szolgálat nővéreire, illetve a védőnőkre. Az egészségi ellátás másik két szintjén a szakrendelői, illetve kórházi orvosokra és az ottani munkatársakra. Leginkább heterogén a harmadik csoport volt, itt az önkormányzat szociális munkatársai, az önkormányzat munkatársai általában, a családsegítő központ munkatársai, a munkaügyi központok munkatársai, illetve a hivatalok emberei általában szerepeltek a viszonyra vonatkozó kérdés alanyaiként. (Ez utóbbi csoportra vonatkozóan a módszertant és a nyers eredményeket itt közöljük, noha a szociális ellátásokat taglaló fejezetben használjuk majd fel részletesebben.)

Elsőként úgy az affektív distanciacs, mint a diszkriminancia skálán az egyes foglalkozási csoportokra adott válaszokat külön-külön faktorelemztük⁶. Mindkét esetben három faktor vált el egymástól: a szakrendelői-kórházi szint, a házi orvosi szint, illetve a szociális szint munkatársai alkotnak egy-egy konzisztens faktort. Figyelemre méltónak lehet tekinteni, hogy nem az egyes intézményi szinteken belül, foglalkozási hierarchia szerint válnak el a faktorok elemei, hanem intézményi szint szerint, tehát a nővérek minden esetben az adott szint orvosaival kerültek egy faktorba.

Miután a két skálán három konzisztens csoportot találtunk⁷, a következő lépésben csoportonként a két skálaváltozón szereplő faktorsúlyokkal clusterelemzést hajtottunk végre. Ennek eredményeként a két egészségügyi intézményi szinten hat-hat, a szociális szinten pedig öt olyan csoport különült el, amelyekkel kapcsolatban a romák eltérő mértékben élnek meg előítéletességet.

Szakrendelő, kórház szint – clusterek a skálaértékeken és %-os eloszlás^{hh}

	affektív dist.	diszkriminancia	eloszlás
szinte semleges	-0,1753	-0,1423	29,9
rokonszenvező	0,9880	0,0539	17,4
erős cigányellenes	-1,8107	-1,2743	11,6
cigányellenes	-0,4582	-1,1294	13,4
erős elfogadás	1,3177	1,3919	12,5
nem diszkrimináló	-0,0923	1,0283	15,3

⁶ Az érzelmi distanciacs itemeit úgy fogalmaztuk meg, hogy a kérdés arra irányult: a romák számára milyen mértékben ellen- vagy rokonszenvesek az adott szereplők. Ugyanis egyrészt a tapasztalatok azt mutatják, hogy a tekintélyt jelentő státuszszemélyekkel kapcsolatban fordítva feltett kérdésre a válaszok torzítanak (a válaszadók még abban az esetben is, amikor erős ellenszenvet érzene egy státuszszemély részéről, ezt kevésbé jelzik), másrészt mivel a kapcsolat interaktív, az érzelmi distanciacs várhatóan ebben az interaktív térben jelenik meg, tehát pl. az ellátás szereplőinek érzelmi distanciacsja generálja a romákét. A két skála konzisztenciájának kérdéséhez egyébként az itemekkel végzett többdimenziós skálázás tárgyalásakor még visszatérünk.

^{hh} Az érzelmi distanciacs, illetve a diszkriminancia skálák itemeinek felvételekor úgy fogalmaztuk meg a kérdéseket, hogy a „nagyon ellenszenves”, illetve „mindig megkülönböztetnek” válaszlehetőségek kapták a legalacsonyabb, 1-es értéket. Ennek megfelelően a faktorsúlyok negatív értékei képviselik az erős előítéletességet, a pozitívak pedig annak hiányát, vagy az elfogadást.

A szakrendelői, illetve kórházi ellátási szint dolgozóival kapcsolatban észlelt előítéletesség szerinti csoportok a következők:

- 1 Szinte semleges: az átlaghoz képest alig nagyobb az érzelmi távolság (ellenszenv) és az észlelt diszkrimináció. A romák közel harmada (29,9%) érzi úgy, hogy vele ilyenek a szakrendelő, kórház szint szereplői.
- 2 Rokonszenvező: az érzelmi távolság a pozitív irányba tér ki (rokonszenv), az észlelt diszkrimináció pedig átlagos értéken mozog. A romák 17,4%-a látja ilyenek a szakrendelő, kórház szint munkatársait.
- 3 Erős cigányellenes: erős észlelt diszkriminációs és erős érzelmi távolság. Ez a legkisebb csoport, a romák 11,6%-a látja ilyenek az egészségügyi közép- és felső ellátási szint szereplőit.
- 4 Cigányellenes: az affektív távolság valamivel kisebb értéket mutat, mint az erős cigányellenesség esetén, azonban az észlelt diszkrimináció közel azonos (13,4%).
- 5 Erős elfogadás: a romák 12,5%-a látja úgy, hogy az egészségügy e szintjének szereplőivel pozitív az érzelmi viszonya és nem diszkriminálják.
- 6 Nem diszkrimináló: a romák 15,3%-a azt látja, hogy az érzelmi kapcsolat közepes, egyúttal nem fordul elő kirekesztő magatartás ezen az egészségügyi szinten.

A szakrendelői, kórházi szint szereplőivel kapcsolatban tehát a romák összesen 25%-a él át valamilyen erejű cigányellenességet.

A következő táblázat a háziiorvosi rendelői szint szereplőivel kapcsolatban megélt cigányellenesség csoportjait és azok eloszlását tünteti fel. Mivel számtalan cluster azonos nevű és jelentésű, mint a szakrendelői, kórházi szint esetén, ezek értelmezését nem ismétljük meg.

Háziiorvosi rendelő szint – clusterek a skálaértékeken és %-os eloszlás

	affektív dist.	diszkriminancia	eloszlás
erős elfogadás	1,2994	1,2796	13,9
erős cigányellenes	-1,7450	-1,9744	6,4
cigányellenes	-0,7472	-0,7834	20,0
nem diszkrimináló	0,2903	0,5764	32,9
negatív affekt, nem diszkriminál	-1,2682	0,1613	8,7
diszkrimináló	0,5278	-0,5427	18,1

A háziiorvosi szint szereplőivel kapcsolatban az eltérő tapasztalati csoportok a következők:

- 1 Negatív affektusok, nem diszkrimináló: a romák 8,7%-a úgy látja, hogy rossz az érzelmi viszony, azonban a diszkriminációs jelenségek valamivel átlag alatt jelennek meg.
- 2 Diszkrimináló: a romák közel ötöde (18,1%) látja úgy, hogy a háziiorvosi ellátási szint szereplőivel kapcsolatos érzelmi viszony valamivel átlag feletti, azonban a diszkrimináló jelenségek az átlagnál gyakoribbak.

A háziorvosi ellátási szint szereplőivel kapcsolatban tehát a romák összesen 44,5%-a él át valamilyen erejű cigányellenességet; ez az arány lényegesen magasabb, mint a szakrendelői, kórházi szint esetén. Ennek a magasabb arálynak több oka lehet: egyrészt a háziorvos gyakoribb szereplője az életnek, mint az egészségügyi ellátás magasabb szintjei (ne feledjük, a romák 37,1%-a nem szenved egyik felsorolt betegségecsoportban sem, tehát valószínű, hogy gyakrabban látogatták meg a háziorvost, mint súlyosabb betegségek esetén), másrészt a háziorvosi szint szereplői – főleg községekben – egyszerűen „közelebb élnek”, mindennapibb szereplői az életnek, mint pl. a kórházi orvosok.

A kutatás során mért cigányellenesség kontrolljaként összehasonlítjuk azt, hogy az ügyeleti kivonulás megtagadása milyen gyakran fordult elő az egyes csoportoknál.

A háziorvosi szinten megélt cigányellenesség, valamint az ügyeleti kivonulás megtagadásáról beszámoló aránya (%)

Háziorvosi szint	Megtagadás %	
	felöltt	gyermek
erős elfogadás	12,3	8,7
erős cigányellenes	35,4	27,8
cigányellenes	18,3	6,5
nem diszkrimináló	21,6	10,9
negatív affekt, nem diszkriminál	17,8	11,9
diszkrimináló	25,7	14,8
átlag	20,7	11,3

Azok a romák, akik erős elfogadást élnek át, jóval az átlag alatt számolnak be az ügyeleti időben történt kivonulás megtagadásáról. (Ne feledjük, hogy az ügyeletes nem féltétlenül a háziorvos, elsősorban nagyobb településeken, városokban nem.)

Azok a romák, akik erősen cigányellenesnek tapasztalják a háziorvosi szint szereplőit, az átlag másfélszerese arányában számolnak be megtagadásról – felnőttek és gyermekek esetében egyaránt. Azok, akik diszkriminálóan élnek át e szereplőket, ugyancsak átlag felett élnek át megtagadást.

Az egyéb csoportokban, függetlenül azok enyhe cigányellenességétől, vagy a megítélt diszkrimináció níveljától, a megtagadások aránya az átlag körül mozog.

A következő lépésben azt kellett kontrollálni, hogy nem azért látják-e előítéletesnek a romák a háziorvosi szint szereplőit, mert átéltek megtagadásokat, vagy valamilyen egyéb szempontból különböznek azoktól, akik nem látják előítéletesnek vagy diszkriminatívna a szereplőket. A kontrollt variancia analízissel elvégezve kiderült, hogy nincs ilyen különbség: a megtagadás élménye nem magyarázza az ítéleteket, tehát azok vélhetően mindennapi tapasztalatokon nyugosznak. A rasszizmust átélő romák betegségeik arányában sem különböznek más romáktól. Ugyancsak nincs különbség abban, hogy tartós betegség esetén milyen "intézményközi karriert" futnak be, tehát az, akit betegsége esetén csak szakrendelésen láttak el, illetve az, akit háziorvosa is ellátott, vagy esetleg háziorvosa szakrendelésre utalta, onnét pedig kórházi szintre került, hasonló arányban látják a cigányellenesség kérdését.

A megtapasztalt cigányellenességet nem befolyásolja a romák iskolai végzettsége, az általános iskolát be nem fejezettek hasonló arányban számolnak be erről, mint az érettségizettek. Érdekes módon a szegregált körülmények között, vagy gettóban élő romák is hasonló arányban élnek át cigányellenességet, mint a nem szegregáltan élők, tehát az ilyen körülmények nem befolyásolják azt, hogy tapasztalataik a rasszizmussal kapcsolatban milyenek.

A romák tehát mint romák élik át a megkülönböztetést, a megkülönböztetés szempontjából az iskolázott vagy jobb körülmények között élő roma épp olyan, mint iskolázatlanabb vagy szegényebb társai. *A romákat mint romákat különböztetik meg* és nem pl. szegénységük okán.

Az előbbieken már számot adtunk arról, hogy szinte egyetlen változó sem „mozdul meg” a cigányokkal kapcsolatos különböző attitűdök mentén, azaz méréseink szerint az átélt rasszizmust szinte semmi sem befolyásolja (az ellátószeméllyel való találkozáson túl).

Akad azonban egy változó, amely erősen függ az átélt cigányellenességtől – és ez magát a kutatót is roppantul meglepte: ugyanis a *paraszolvencia* kérdése az, amely jól variál a cigányellenességgel! Noha adatfelvételünk tervezése során nem fűztünk különösebb reményt ahhoz, hogy a paraszolvencia jelenségéről érdemit megtudunk, immár második alkalommal találjuk azt, hogy az egyenlő hozzáférés esélye és a paraszolvencia összefügg.

A következő táblázat adataiból az látszik, hogy legnagyobb arányban (70%) azok a romák fizetnek hálapénzt, akik erős elfogadást tapasztalnak a háziorvosi szint munkatársaiktól, egyúttal a legmagasabb átlagos alkalmankénti összeget is ők fizetik.

Azok a romák azonban, akik erős cigányellenességet élnek át, vagy azt, hogy nem diszkriminálják őket, közel azonos, hatvan százalékos arányban fizetnek paraszolvenciát, és ettől az aránytól mások sem térnek el nagyon, sőt, az átlagosan alkalmanként fizetett összeg nagyságrendje is közel azonos, 1800–2400 Ft között mozog.

Hálapénzt fizető romák aránya (%) és az átlagos alkalmanként fizetett paraszolvencia összege (Ft) – az átélt cigányellenesség kategóriái szerint

	%	Ft
erős elfogadás	70,3	3548
erős cigányellenes	61,1	2443
cigányellenes	52,5	2278
nem diszkrimináló	55,7	1750
negatív affekt, nem diszkriminál	61,4	2401
diszkrimináló	60,6	2131

Azonban arra a kérdésre, hogy mennyire múlik a gyógyulás a kifizetett paraszolvencián, már azok, akik a legerősebb cigányellenességet tapasztalják – egyúttal a legnagyobb arányban is gondolják azt, hogy a paraszolvencia a gyógyulás egyik záloga! Fordítva pedig: akik akár a szakrendelői, kórházi szint, akár a háziorvosi szint munkatársaival kapcsolatban az erős elfogadást élik át, azok gondolják a legkisebb arányban azt, hogy a paraszolvencia elősegíti a gyógyulást.

„Mennyire múlik a gyógyulás a paraszolvencián?” - kérdésre adott válaszok eloszlása (%)

háziiorvosi szint	nem	alig	közepesen	eléggé	teljes mértékben
erős elfogadás	34,0	12,0	20,0	18,5	15,5
erős cigányellenes	8,2	0,5	3,6	43,4	44,4
cigányellenes	10,1	9,3	25,2	34,8	20,7
nem diszkrimináló	28,7	7,9	26,9	16,9	19,6
negatív affekt, nem diszkrimináló	14,1	10,1	21,1	35,8	18,8
diszkrimináló	20,3	13,3	18,4	23,7	24,3
átlag	21,6	9,4	22,0	25,3	21,7

szakrendelő, kórház szint	nem	alig	közepesen	eléggé	teljes mértékben
szinte semleges	17,2	10,5	27,6	24,5	20,1
rokonszenvező	22,1	9,4	19,3	25,1	24,1
erős cigányellenes	13,9	6,9	16,1	34,5	28,7
cigányellenes	18,0	8,9	30,3	23,7	19,1
erős elfogadás	32,0	7,7	16,1	20,4	23,8
nem diszkrimináló	29,7	11,1	16,6	25,4	17,1
átlag	21,6	9,4	22,0	25,3	21,7

Természetesen nem gondoljuk azt, hogy az egészségügyi ellátás szereplői a kisebb rasszizmusért cserébe a markukat nyújtánák, avagy a paraszolvencia megszüntetné kirekesztő magatartásukat.

Nézetünk szerint az átélt rasszizmus és a paraszolvencia felértékelődése közötti kapcsolat merőben tudati természetű, a romák az erősebb rasszizmus mellett úgy élik meg a gyógyulás lehetőségét, mint olyasmit, amely az ellátószemélyzetnek fizetett pénzzel kiváltható. A valóságban azonban ennél lényegesen józanabbak, az adatok azt mutatják, hogy ilyen esetben nem fizetnek többet vagy nagyobb arányban – éppen ellenkezőleg: azok kapnak több romától több paraszolvenciát, akiket elfogadónak élik meg. Nomen est omen, ennyire a „hála” jele a paraszolvencia: a romák akkor „hálásak” ha nem rekesztik ki őket. Vice versa: akkor is „hálásak”, amikor rasszizmust élik át, csak éppen kisebb arányban. *A hálapénz nem a hála jele.*

Végezetül bemutatjuk a szociális, önkormányzati szféra szereplőivel kapcsolatban adott ítéletek alapján kialakult csoportokat. Az egyes csoportok értelmezése azonos a szakrendelői, kórházi szint, illetve a háziiorvosi szint esetében látottakkal, az eloszlás százalékos értékei természetesen eltérők.

Szociális szféra, önkormányzati szint – clusterek a skálaértékeken és %-os eloszlás

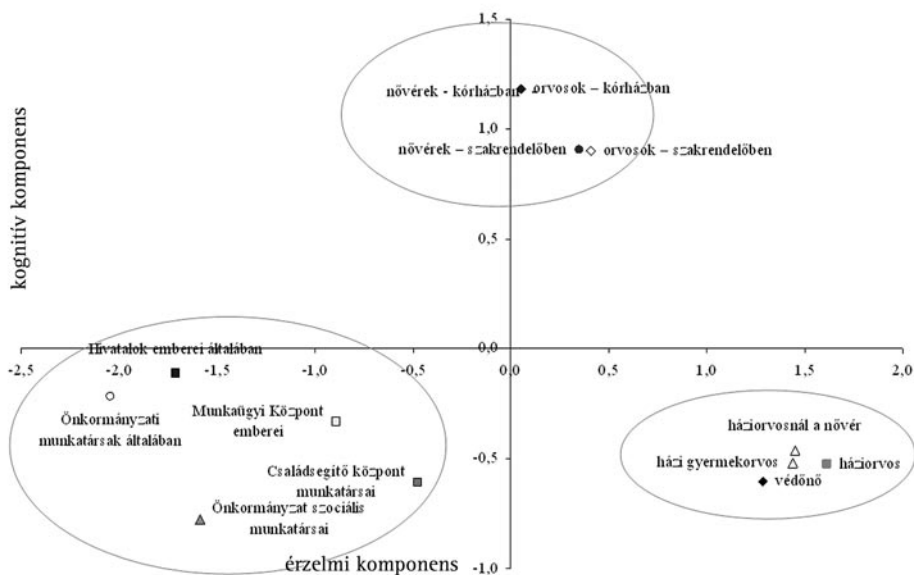
	affektív dist.	diszkriminancia	eloszlás
erős cigányellenes	-1,4213	-1,1365	19,7
erős elfogadás	1,6114	1,1728	13,0
diszkrimináló	0,6345	-0,9943	8,2
szinte semleges	-0,1146	-0,1053	39,8
nem diszkrimináló	0,3367	1,0171	19,3

A megtapasztalt előítéletesség következményeivel természetesen nem ehelyütt, hanem „A szociális szféra dolgozóival való viszony megítélése” című fejezetben foglalkozunk.

Az ellátószeméllyel kapcsolatos észlelt viszony tárgyalását azzal fejezzük be, hogy bemutatunk egy olyan modellt, amely szemléletesen ábrázolja, hogy a romák tapasztalatai szerint relative, egymáshoz képest hogyan viszonyul a három intézményi csoport hozzájuk, illetve tovább differenciálja az előítéletességről eddig olvasottakat.

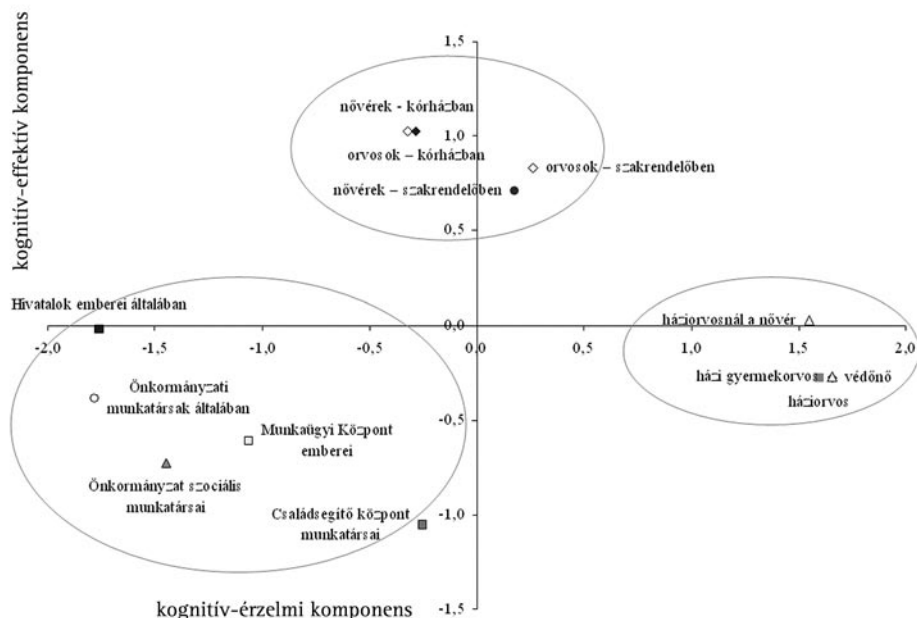
A következő két ábra az ún. többdimenziós skálázás⁸ eredményét mutatja: az affektív távolság, illetve a diszkriminancia mérésére használt itemekre adott válaszokat az adott skáladimenzióon belül két-két alskálára bontva. A többdimenziós skálázás nyomán kialakuló első „térkép” az affektív distanciát egy érzelmi komponensre (mennyire szeretik / nem szeretik a romákat) és egy kognitív komponensre (mennyire respektálják őket) bontja.

Az affektív távolság itemei alapján kialakított kétdimenziós skálamodell – feltüntetve a faktor-csoportokat



A diszkriminanciát a második „térkép” ugyancsak két dimenzióra bontva mutatja be; a kognitív-érzelmi komponens azt érzékelteti, hogy az átélt megkülönböztetésben a romák szemszögéből szerepe lehet annak, hogy „nem szeretik/szeretik” őket, a második – kognitív-effektív – dimenzió a mindennapi, cselekvésben megnyilvánuló, tudatos megkülönböztetést érzékelteti.

A diszkriminancia skála itemei alapján kialakított kétdimenziós skálamodell – feltüntetve a faktorcsoportokat



A két skálamodell, eredményeit tekintve igen koherens; az affektív distancián belül az érzelmi komponens értékei az egyes csoportokra vonatkoztatva szinte azonosak a diszkriminancián belül mérhető érzelmi komponensével. Hasonlóan, az affektív distancián belül a kognitív komponens értékei (tehát azok az értékek, amelyek azt mutatják, hogy a romák szerint mennyire nézik le őket vagy sem) nagyon nagy azonosságot mutatnak a diszkriminancián belül a tevőleges (kognitív-effektív) komponenssel, tehát a romák iránti respektus mértéke szinte azonos azzal, hogy milyen tevőleges megkülönböztetést tapasztalnak a romákⁱⁱ.

Az eredmények azt mutatják, hogy a három nagy szolgáltatói csoport relatív helyzetét tekintve különbözik, a romák tapasztalatai szerint a szociális-önkormányzati szféra dolgozói részéről érzékelhető a legnagyobb elutasítás, illetve a legkisebb respektust felőlük érzik; még abban az esetben is, ha a de facto diszkriminációs jelenségek aránya nem sokkal magasabb, mint a másik két csoportnál. Az egészségügyi szféra dolgozói felől érzékelt relatív elutasítás lényegesen kisebb, mint a szociális szféra esetében, egyúttal a szakrendelői, kórházi szint dolgozói részéről érzékelik legkevésbé a respektus hiányát, illetve az ellenszenvet (ezen belül viszont a szakrendelői szint dolgozói kevésbé elutasítók, mint a kórházi szinté). Ez annyit is jelent, hogy noha a sajtóban a

ⁱⁱ A két skála itemei felvételében mutatkozó módszertani különbözőség dacára a két skála konzisztens egységet alkot. A skálák belső konzisztenciáján túl (korrelációk mértéke és a Cronbach mutató értéke) a többdimenziós skálázás eredményei a két skála közötti konzisztencia magas értékét mutatják.

kórházi szféra által okozott diszkriminációs jelenségek nagy publicitást kaptak, a romák azt érzékelik, hogy az önkormányzati-szociális szféra részéről lényegesen nagyobb elutasításban van részük; e szféra problémái egyszerűen (és jelentősebb botrányok híján) elkerüli a sajtó figyelmét.

Az egészség megőrzésével kapcsolatos néhány attitűd és az átélt előítéletesség hatásai

Kutatásunk alapvető céljai között az egészségügyi helyzet, illetve az ellátásokhoz való hozzáférés problémáinak feltárása szerepelt, az ún. egészségmagatartás vizsgálatára más népegészségügyi kutatások hivatottabbak. Mindezzel együtt felvettünk néhány olyan adatot, amely az egészség megőrzésével kapcsolatos attitűdökre világíthat rá.

A húsz belgyógyászati betegségcsoportban való megbetegedési arányok vizsgálata mellett felvettünk adatokat arra vonatkozóan, hogy az egészségügy mely intézményi szintjén kezelték a kérdezetteket. Az elemzés azt mutatja, hogy elenyésző azoknak az aránya, akik tudnak valamilyen betegségről, de azt nyilatkozták, hogy egyik szinten sem kezelik vagy kezelték őket. Ez az adat azt mutatja, hogy elenyészően csekély azon romák aránya, akik tudván valamilyen betegségről, nem vették azt komolyan. Tehát, ha a betegségből való kigyógyulás iránti elkötelezettséget azon mérjük, hogy valaki részt vesz-e kezelésen, akkor azt mondhatjuk, hogy a romák elkötelezettek.

Az egészség megőrzése és/vagy a betegség felfedezése iránti elkötelezettség lehetséges megközelítései közül két kérdést vizsgáltunk: milyen mértékben vesznek részt tüdőszűrésen (ez az adat a TBC-ben való megbetegedettek magas aránya miatt különösen érdekes), a nők milyen mértékben vesznek részt nőgyógyászati és emlőrák szűrésen, illetve anélkül, hogy bármilyen panaszuk lenne, milyen mértékben járnak fogorvoshoz. Ez utóbbi, ismerve a fogak védelmével kapcsolatos mindennapi kultúra alacsony hazai nivóját, elárulhat valamit az egészséghez mint egészlegességhez fűződő viszonyról.

A preventív intézkedésekben való részvétel mértékét úgy vizsgáltuk, hogy megkérdeztük, az adott szűrésen (vagy fogorvosnál) legutoljára hány éve voltak. A következő táblázat a valamilyen megelőzésen való legutolsó részvétel időreégeit tünteti fel – nemi és korcsoportos bontásban.

A tüdőszűrésen való részvétel a legnagyobb mértékű (azaz ez az a szűrés, amelyen a legtöbben a legkevesbé régóta voltak). A romák valamivel több mint harmada az adatfelvétel évében volt szűrésen és közel negyven százaléka az elmúlt három éven belül. Találunk azonban egy nem jelentéktelen hányadot, akik 4–9 éve, vagy még régebben vettek részt tüdőszűrésen. A „nem tudjuk” kategória a válaszhányt jelöli, a fogorvosi vizsgálaton (panaszmentes időszakban) való részvétel esetén megjelenő igen magas arányú válaszhány viszont azt sejteti, hogy a nem válaszolók bármely szűrés esetén voltaképp vagy nem vettek részt, vagy nagyon régen. Ebből a szempontból azt mondhatjuk, hogy a romák háromnegyede az elmúlt három évben részt vett tüdőszűrésen – a többiek viszont olyan régen, hogy a lelet mai állapotukról már nem ad semmilyen információt.

Az életkor a résztvevők arányait lényegében 55 – 60 éves kor felett befolyásolja jelentősebben, bár még a 65 év felettiek közül is 56% a vizsgálat évében volt utoljára tüdőszűrésen.

A panaszmentes időszakban fogorvosi vizsgálaton résztvevők arányai már nem ilyen mutatók; a vizsgálat évében olyan kevesen voltak fogorvosnál, hogy a legfrissebb időrétegek az elmúlt négy éves időszakot lehetett csak tekinteni. Az elmúlt négy évben a nők mindössze húsz százaléka volt fogorvosnál; a fiatalabb korosztályokban ez az arány valamivel jobb, ugyanakkor a nők és férfiak közti különbség nem jelentős, a nők esztétikai okokból való preventív látogatása a fogorvosoknál ugyanolyan alacsony arányú mint a férfiaké.

Azok aránya pedig, akikről nem tudjuk, hogy voltak-e és mikor fogorvosnál, igen magas, közel hatvan százalék.

A legutoljára valamilyen megelőzésen való részvétel időrétegei – nemi és korcsoportos bontásban (%)

	eloszlás	19–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75–x	férfi	nő
tüdőszűrés										
nem tudjuk	6,7	6,9	7,3	3,2	2,5	6,9	21,5	30,4	7,0	6,1
10 évnél régebben	4,7	2,2	2,3	8,2	5,2	8,0	10,6	7,3	6,0	3,4
4–9 éve	13,5	19,1	11,3	15,0	7,9	12,9	11,8	9,6	13,7	13,3
1–3 éve	39,5	38,9	40,4	37,6	40,4	41,9	43,6	23,3	36,7	42,4
idén	35,6	32,9	38,8	36,0	43,9	30,3	12,4	29,4	36,6	34,7
fogorvos										
nem tudjuk	59,3	50,5	60,7	60,7	63,2	60,6	69,3	74,4	56,7	62,0
10 évnél régebben	7,1	0,6	7,2	9,2	10,3	12,6	10,2	12,4	8,7	5,5
5–9 éve	10,0	11,9	10,9	8,9	11,0	8,5	2,3	3,6	12,9	7,2
az elmúlt 4 évben	23,6	37,0	21,2	21,2	15,5	18,3	18,2	9,7	21,6	25,3
nőgyógyászati										
nem tudjuk	17,5	13,4	10,8	7,7	14,2	47,9	65,0	88,3		
10 évnél régebben	5,0	0,9	2,0	6,9	7,9	16,0	15,3	7,1		
4–9 éve	12,6	2,5	11,6	21,8	26,0	12,6	4,0			
1–3 éve	35,4	30,1	41,0	41,5	43,4	21,3	9,0	4,6		
idén	29,5	53,0	34,6	22,1	8,5	2,1	6,7			
emlőrák										
nem tudjuk	55,8	62,1	58,7	35,3	50,9	64,6	77,8	88,3		
tíz évnél régebben	2,2	0,9	0,8	3,6	3,4	5,4	3,1	7,1		
4–9 éve	6,3	0,3	2,3	14,4	17,8	8,7	2,4			
1–3 éve	20,9	18,5	22,2	30,4	16,0	16,6	6,3	4,6		
idén	14,8	18,2	16,1	16,4	11,9	4,7	10,4			

A nők nőgyógyászati szűrésen való részvételi arányai jobbak, mint az emlőrák-szűrésén; közel harmadik a vizsgálat évében, több mint harmaduk pedig az elmúlt három évben volt nőgyógyászati szűrésen. Azonban azok aránya, akik nem adtak a kérdésre választ, meglehetősen magas. 34 éves kor felett a részvételi arány jelentősen csökkenni kezd, 55 éves kor felett pedig szinte elenyésző.

Az emlőrák szűrésen való részvétel eleve alacsonyabb szintű – az elmúlt három évben összesen résztvettek aránya 35,7%- a kor előrehaladtával pedig jelentősen csökken.

Az egyes belgyógyászati betegségcsoportokban, illetve a TBC-ben megbetegedettek aránya és a szűréseken való részvétel arányai között nem fedezhető fel szignifikáns kapcsolat; ez többek között az egyes betegségekben szenvedők alacsony abszolút számának köszönhető (ugyanakkor a szűréseken való részvételi arányok és egyéb népegészségügyi, illetve morbiditási mutatók közötti kapcsolat kimutatása nem is kutatásunk tárgya).

Az iskolai végzettség hatása a megelőző intézkedésekre a tüdőszűrésen való részvétel kivételével pozitív: az iskolai végzettség emeli a fogorvoshoz járás, a nők esetén pedig a kétféle szűrésen való részvétel időben vizsgált gyakoriságát. Tüdőszűrésen azonban a felsőfokú végzettségűek éppolyan hézagosan vesznek részt, mint az általános iskolát be nem fejezettek. (A részletes adatokat lásd a jegyzetek között⁹.)

Az egyes megelőző intézkedésekben való részvétel természetesen függ a hozzáféréstől, tehát településkategóriánként és a település mérete szerint változik.

A tüdőszűrésen való részvétel sajátos módon nem az egészségügyi intézményekkel legjobban ellátott fővárosban és megyei jogú városokban a legmagasabb (sőt, ezekben átlag alatti), hanem a 1300 lakos feletti községekben (véltetően a kihelyezett szűréseknek és a propagandának köszönhetően). A legkisebb, 350 fő alatt lakott falvak esetén azonban a vizsgálat évében mért részvételi arányok katasztrofálisan alacsonyak, bár az elmúlt három év aránya átlaghoz közeli: azaz a legkisebb falvakban a részvételi hajlandóság ugyanolyan mértékű, mint a többi településen, csak a hozzáférés lehet korlátozottabb.

A megelőző fogorvosi vizsgálaton való részvételt egyértelműen befolyásolja a rendelő hozzáférhetősége; Budapesten az átlaghoz képest kétszeres arányban vettek részt a vizsgálat évében vizsgálaton, a megyei jogú városokban pedig az átlag másfélszerese arányában. Azonban a többi településtípus, illetve a községek mérete már alig befolyásolja ezt a kérdést, sőt érdekes módon a legkisebb falvak cigány lakossága az átlag feletti arányban ment el a vizsgálat évében fogorvoshoz.

A kétféle nőgyógyászati megelőző intézkedésen való részvételt alig befolyásolja a település által meghatározott hozzáférés, magyarán akinek az ilyen szűrés fontos kérdés, beutazik a legközelebbi rendelőbe vagy kórházba azt elvégeztetni. (A részletes adatokat lásd a jegyzetek között¹⁰.)

Talán nem meglepő módon, a szakrendelői, kórházi ellátási szint észlelt előítéletessége befolyásolja a megelőző intézkedéseken való részvétel idő szerinti arányait (a részletes táblát ismét csak lásd a jegyzetek között¹¹).

Azok, akik erősen cigányellenesnek érzik a szakrendelői, kórházi szint dolgozóit, szignifikánsan kisebb arányban vettek részt a vizsgálat évében tüdőszűrésen, egyúttal

azok, akik nem érzik diszkriminálónak e szint dolgozóit, szignifikánsan magasabb arányban. Ha az átélt cigányellenesség oki hatását variancia analízissel vizsgáljuk, azt látjuk, hogy az erős cigányellenesség 10%-os negatív, visszatartó hatást gyakorolt arra, hogy valaki a vizsgálat évében volt-e tüdőszűrésen, míg a nem diszkrimináló attitűd hét százalékos pozitív hatást gyakorolt.

A fogorvosi vizsgálaton való részvételt ugyancsak erősen befolyásolják a szakrendelői, kórházi szint dolgozói felől tapasztalt attitűdök. Azok körében, akik erősen cigányellenesnek, vagy „csak” cigányellenesnek tapasztalják az ellátás dolgozóit, jóval az átlag felett találunk olyanokat, akik nem számoltak be arról, mikor voltak fogorvosnál, illetve körükben az elmúlt négy évben fogorvost látottak aránya jóval az átlag alatti. Variancia analízissel vizsgálva az oki hatást, azt találtuk, hogy a cigányellenesség 11%-os negatív, visszatartó hatást gyakorol, míg az erős elfogadás, illetve a diszkrimináció hiánya hat százalékos pozitív hatást.

A nőgyógyászati szűréseken való részvételt a diszkrimináció hiánya emeli meg (az átlag másfélszeresére). Az hatások itt is jelentősek: az erős vagy közepes cigányellenesség 6.7%-os negatív, visszatartó hatást gyakorol, ellenben a diszkrimináció hiánya jóval erősebb, 14%-os pozitív hatást. *Azt kell hogy mondjuk, azok a nők, akik a diszkrimináció hiányát tapasztalják a szakrendelői, kórházi szinten, szignifikánsan magasabb arányban mentek el az elmúlt három évben nőgyógyászati szűrésre, vagyis a diszkrimináció hiánya az, ami szignifikáns hatást gyakorol, míg a cigányellenesség szignifikáns visszatartó tényező.*

Az emlőrák szűréseken való részvétel eleve kisebb mértékű, mint a nőgyógyászati szűrésen. Ezen belül viszont azok, akik rokonszenvező attitűdöt, vagy a diszkrimináció hiányát tapasztalták, szignifikánsan magasabb arányban vettek részt emlőrák szűrésen. A cigányellenesség visszatartó hatása 11% (ANOVA beta), míg a diszkrimináció hiányának pozitív hatása ugyancsak 10%.

A következő lépésben megvizsgáltuk, hogy a megelőző intézkedéseken való részvétel mértékét befolyásoló lényeges hatások – az iskolai végzettség, a település jellege, illetve az egészségügyi dolgozók részéről tapasztalt cigányellenesség együttesen hogyan hatnak a részvételre (a kor kérdését, mint befolyásolhatatlan tényezőt kihagytuk ebből a próbából).

A felsorolt három tényező együttes hatásának kimutatására ugyancsak a variancia analízis kínálkozik alkalmas módszernek. (A következő elemzés hivatkozási adatait lásd a jegyzetekben.)¹² A tüdőszűrés esetén a vizsgálat évében való részvételre gyakorolt hatásokat számítottuk ki, a fogorvosi ellátásban való preventív részvételnél az elmúlt négy, a két nőgyógyászati szűréstípus esetén az elmúlt három évben való részvételt – ezzel a kis esetszámok mellett is szignifikáns összefüggéseket lehetett feltárni.

A tüdőszűréseken való részvétel mértékére a felsorolt három tényező közül a település jellege gyakorolja a legnagyobb, 26%-os hatást, az iskolázottság hatása 14%, az előítéletességé pedig 10%.

A fogorvosnál történt vizsgálatra a legnagyobb hatást az iskolázottság gyakorolja, 26%-os mértékben, viszont a település jellege, valamint az ellátószemélyzet részéről tapasztalt előítéletesség közel azonos, 15-16%-os hatást gyakorol.

A nőgyógyászati szűrésen való részvételnél ugyancsak az iskolázottság hatása a legerősebb (35%) és a település valamint az előítéletesség közel azonos, 10-13%-os hatást mér.

Az emlőrák-szűrésen való részvétel mértékére ismét csak az iskolázottság hat a legerősebben, 23%-ban, viszont a település és a megtapasztalt előítéletesség hatása is erős, mindkettő 17%-ban hat.

Mindez annyit jelent, *hogy* a megelőző vizsgálatokon való részvételt a kemény adatok (iskolázottság, települési hozzáférés) mellett az ellátószemélyzet cigányokkal kapcsolatos viszonya is igen erősen befolyásolja, még hozzá negatív irányban.

Az egészség megőrzésével kapcsolatos attitűdöket taglaló fejezetet azzal zárjuk, hogy bemutatjuk: néhány egészségkárosító tényezőről hogyan vélekednek a romák.

Mennyire károsak az egészségre a felsoroltak? Az egyes fokozatokra adott válasz %-ban

	dohány- zás	zsíros ételek, túl sok kenyér vagy cukor	kevés mozgás	nedves lakás, vizes falak	munka- nélküliség, kilátás- talanság
nem	2,1	3,1	4,1	1,5	4,8
alig	3,1	9,2	11,7	3,6	6,2
közepesen	12,6	24,0	24,3	15,0	21,3
eléggé	34,3	32,7	36,5	38,0	26,6
teljes mértékben	47,9	31,0	23,4	41,9	41,1
eléggé, teljes mértékben	82,2	63,7	59,9	79,9	67,7

Két olyan tényezőt soroltunk fel, amely az életmóddal függ össze, a dohányzás addiktív tényező, míg a nedves lakás és a munkanélküliség, mint az eddigiekben láttuk, a szegénységi csapdában újratermelődő szociális tény.

A dohányzást, valamint a nedves lakást (vizes falakat) közel azonos és magas mértékben látják az egészségre nagyon vagy teljes mértékben károsnak (a romák nyolcban százaléka) – ezekkel szemben a többi tényezőt csak hatvan-hetven százalékuk tartja erősen károsnak. Anélkül, hogy érdemesnek látnánk belemenni abba a lehetséges vitába, hogy de facto milyen mértékben rizikófaktorok a felsoroltak (nyilván orvos-egészségügyi, illetve szociológiai szempontból eltérően ítéltetők meg az egyes tényezők) – úgy véljük a romáknak saját életükre vonatkozó pontos reflexióját jelenti az, hogy közel hetven százalékuk a szegénységet egészségkárosító tényezőnek látja. Ez a reflexió pontos, mert tudományos adatok támasztják alá, ugyanakkor „öntudatlan”, ugyanis a romák nem a tudomány, hanem saját életük ismeretei alapján látják így. Éppen

ezért érdemes megnézni, hogy azok, akik az „eléggé, teljes mértékben” lehetőségeket választották, tehát erősen egyetértenek e tényezők egészségkárosító hatásával, hogy oszlanak el iskolai végzettség szerint.

Az egyes tényezőkre „eléggé, teljes mértékben” lehetőséget választók eloszlása iskolai végzettség szerint (%)

az eléggé, teljes mértékben arányai	8 oszt. kevesebb	ált. iskola	szakmunkásképző	összes érettségizett	egyetem, főiskola
dohányzás	77,2	80,9	85,2	92,3	92,1
zsíros ételek, túl sok kenyér vagy cukor	55,9	60,7	72,8	75,5	89,8
kevés mozgás	54,7	54,2	68,7	73,3	85,2
nedves lakás, vizes falak	75,6	79,8	81,7	87,4	92,6
munkanélküliség, kilátástalanság	62,8	66,6	75,1	67,5	95,9

Noha a dohányzás veszélyességének felismerése némiképp függ iskolai végzettségtől, látnivaló, hogy az általános iskolát be nem fejezettek körében is közel 80% látja úgy, hogy az veszélyes.

A nedves lakást ugyan többen ítélik egészségkárosítónak, mint a szegénységet (munkanélküliséget, kilátástalanságot) magát, azonban az általánost be nem fejezettek zöme is veszélyesnek látja azt.

Az ún. „egészségmagatartás”, véleményünk szerint nem feltétlenül iskolázottságtól függő kérdés, még a legiskolázatlanabbak zöme is tisztában van egy szegénységi -vagy életmódfaktor egészségre veszélyes mivoltával. Azaz a közegészségügyi szemlélettel szemben, amely minden rizikófaktor elkerülésének kulcsát a felvilágosításban látja, a magunk részéről azon az állásponton vagyunk, hogy a rizikófaktorok egy részének elkerüléséhez leginkább közvetlenül és hatékony módon a társadalmi jólét járul hozzá. *Az adatok azt mutatják, hogy maguk a romák is tisztában vannak életmódjuk és szegénységük egészségkárosító hatásával, tehát nem aufklerista felvilágosító támogatásra, hanem iskolázottságra és munkahelyre, valamint egyenlő bánásmódra van szükségük az egészségesebb élet elérése érdekében.*

Szociális ellátásokban való részesedés

A romák és a szociális ellátások kapcsolatáról számtalan tévhit, mítosz él a köztudatban. Az egyik ilyen mitikus elképzelés szerint a romák magas munkanélküliségi arányait, illetve részben magas gyermekszámát a támogatásokban való érdekeltség magyarázza. Az első, a gazdasági-szociális összefüggéseket tárgyaló fő fejezetben kimutattuk ennek az elképzelésnek téves, előítéletes mivoltát; *a romák ugyanis a munkával megszerezhető jövedelmek emelésében érdekeltek, a szociális és egyéb támogatások soha nem fedezik*

a kieső munkajövedelmeket. Hasonlóan, a romák gyermekszámát demográfiai összefüggések magyarázzák, *továbbá az emelkedő gyermekszám – a támogatások növekedésének ellenére – csökkenti az egy főre jutó bevételek, illetve az egy főre jutó nettó megélhetés mértékét.*

Mindezzel kimutattuk azt, hogy az *egyes pénzbeni szociális támogatásokhoz való hozzájutás motívuma a szegénység, a rászorultság, illetve a jogos igény.* A romák azért jutnak szociális támogatásokhoz, mert nagy részük deprivált körülmények között, igen szegényen él. *Ezt a szegénységet a támogatások alig csökkentik.*

Ebben a fejezetben tehát már nem azt vizsgáljuk, hogy miért igényelnek a romák támogatásokat, és ennek mi a következménye, hanem azt, hogy az egyes pénzbeni támogatások közül mit igényelnek és milyen arányban, illetve mit és milyen arányban kapnak meg, továbbá mire jogosultak. Tehát elemzésünk tárgya az egyes ellátásokban való részesedés, *maga a hozzáférés.*

Az eddigi, a romák és az oktatási, foglalkoztatási rendszerek kapcsolatát, illetve a roma népesség anyagi-szociális körülményeit vizsgáló kutatások adataiból gyanítható ugyanis, hogy a tényleges ellátások és a szükségletek, valamint jogos rászorultságok között akár komoly diszkrépancia található.

A fejezet alapkérdése: milyen törések fedezhetők fel a szociális rászorultság, a jogosan igénybe vehető szociális támogatások, valamint a ténylegesen kapott szociális támogatások között. A szociális ellátásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségei milyen mértékben vezethetők vissza strukturális, illetve kulturális okokra, a környezet előítéletességére, illetve explicit diszkriminációra.

Az igénybe vehető szociális támogatások közül kizárólag a pénzbeni (vagy azzal ekvivalens természetbeni) támogatásokhoz való hozzáférést vizsgáljuk, ugyanis az adatfelvétel survey módszere érdemben ezt teszi mérhetővé, összehasonlíthatóvá. Mivel a roma népesség települési szempontból igen heterogén körülmények között, zömében kisebb falvakban él, az intézményi támogatásokhoz való hozzáférést – és annak mérését – szinte lehetetlenné teszi, hogy a vizsgált népesség zöme számára nem áll helyben rendelkezésre megfelelő szociális intézmény.

Az igénybe vehető támogatások mérésének, valamint a jogosultságok kódolásának alapja a szociális igazgatásról és ellátásokról, illetve a gyermekek védelméről szóló törvény.

Az adatfelvétel a következő támogatásokra irányult:

- Szociális rászorultságtól függő pénzbeni támogatások:
- időskorúak járadéka,
- rendszeres szociális segély,
- lakásfenntartási támogatás,
- ápolási díj,
- átmeneti segély (vagy: gyógyszer-támogatás, átmeneti jövedelemkiegészítő támogatás, rendszeres nevelési támogatás, egyéb)
- Természetben nyújtott szociális szolgáltatások:
- tankönyv és tanszerellátás,
- iskolai, óvodai díj kifizetése segélyként,
- étkezési támogatás,
- rezsitámogatások (tüzelő, víz, villany),
- gazdálkodási támogatások (földhasználati lehetőség, mezőgazdasági juttatások, munka- és egyéb eszköz, szaktanácsadás és szakképzés),
- közgyógyellátás ellátási igazolvánnyal,
- egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság (hatósági bizonyítvánnyal),
- adósságkezelési segély,
- Gyermekvédelmi, pénzbeni ellátások közül:
- kiegészítő családi pótlék.

A kérdőívben arra vonatkozóan vettünk fel adatokat, hogy igényeltek-e ilyen támogatást, kaptak-e vagy sem, illetve milyen összegű támogatásban részesültek^{jj}.

A vonatkozó törvények alapján, az egyes támogatások esetén kódolható, hogy valaki jogosultnak minősül-e vagy sem. Így a támogatásoknál a jogosultság – igénylés – tényleges részesedés eloszlásait ki lehetett számítani, míg a támogatások egy másik részénél a jogosultság nem egyértelmű (vagy az adatok alapján kódolhatatlan); ezeknél az igénylés – részesedés eloszlásai jelentik a kiinduló alapot.

^{jj} Az összegeket az elmúlt évekre vonatkozóan kérdeztük le. Mivel a kérdezés évét megelőző évekre hézagos válaszokat kaptunk, az elmúlt két év átlagos támogatási összegeivel dolgozunk.

Egyes támogatások eloszlása jogosultság – igénylés – tényleges részesedés szerint, a teljes roma népesség %-ban

	nem igényelt nem jogosult	nem igényelt, de jogosult	igényelt és kapott	jogosulatla- nul igényelt	jogosult igényelt - de nem kapott
időskorúak járadéka	97,3	1,8	0,5	0,2	0,2
rendszeres szociális segély	70,6	13,5	13,7	1,5	0,7
lakásfenntar- tási támogatás	69,2	21,0	5,4	3,0	1,4
ápolási díj	93,6	4,5	1,4	0,4	0,2
közgyógy- ellátás	47,4	37,6	13,4	0,6	0,9
egészségügyi szolg. való jog.	50,6	46,5	2,8	0,0	0,2
kiegészítő családi pótlék	59,7	15,7	23,9	0,3	0,5

A szociális-gazdasági helyzet elemzése során szemügyre vett adatok azt mutatták, hogy az igénybe vett támogatások forintösszege meglehetősen alacsony átlagértéken mozog. A fenti táblázat ráadásul olyan adatokat közöl, amelyek első pillantásra akár hihetetlennek tűnhetnek – mindenesetre zavarba ejtik azt az olvasót, aki komolyan veszi a cigányság segélyezésével kapcsolatos következő hiedelmet: „a cigányok nagyon pontosan ismerik a segélyezési formákat és mind ki is használják azokat”^{kk}. Az elemzés írójának be kell vallania, hogy egy saját hiedelme is megdőlt, nevezetesen mindezidáig feltételezte, hogy magas lehet a visszautasított jogos igények aránya. De kezdjük az elemzést a jogosultság kiszámításának eljárásával.

Az igényjogosultság eldöntése helyi önkormányzati hatáskör, azonban a két jelzett törvény meglehetősen részletességgel szabályozza az indikáló, valamint a kizáró okokat; mely esetekben (nem) jogosult valaki az adott támogatásra. A kérdőívben, éppen a jelzett törvények kritériumrendszeréből kiindulva, felvettünk minden olyan adatot is, amely nemcsak azt segít eldönteni, hogy ki jogosult, hanem azt is, hogy ki *nem* jogosult egy adott támogatásra. A jogosultság megállapítása ugyanis szélesebb spektrumú paraméterek figyelembevételével történik, olyan adtok alapján, amelyek egy kérdőíves adatfelvételben nem gyűjthetők össze. Tehát már a kérdőív szerkesztésekor azzal az

^{kk} Az elemző személyes tapasztalata szerint ez a hiedelem nem jelent egyúttal cigányellenességet, sőt számtalan romától hallotta ugyanezt.

alapelvvel éltünk, hogy a jogosultságot szigorúbban ítéljük meg az adatfeldolgozás során, mint azt helyben megtennék. Ezzel az eljárással ugyanis a jogosultság felső küszöbét lehet formalizálni – így az adathibák minimalizálhatók. A jogosultság szigorúbb kritériumrendszerének kiszámítása során, csak a törvények szövegének figyelembevételével ismét emeltük a kritériumküszöböt¹¹. A kritériumküszöb kétszeres szigorításával tehát elértük azt, hogy bizonyosan nem kódoltunk senkit jogosultnak – ellenben lehetséges, hogy valakit jogosulatlanul kódoltunk. (Ez utóbbi korrekcióját azzal végeztük el, hogy visszakódoltuk jogosulttá mindazokat, akik valójában kapják az adott támogatást.) Mindezek után bizonyosabb lehet a ténylegesen jogosult, mint amennyit az adatok megjelenítenek.

Mivel a jogosultság kritériumrendszerének felvétele az adatfeldolgozáskor szigorú volt, így egyetlen generált változó értékei lehetnek a valóságban magasabbak a táblázat adatainál, mégpedig a „nem igényelt, de jogosult” kategóriába tartozóké. Mindezt azért volt lényeges ilyen részletesen ecsetelni, mert mindegyik generált változó eloszlási adatai meglepőek.

A jogos igényt benyújtott, de visszautasított romák aránya egyes támogatások szerint tehát hihetetlenül alacsony, hasonlóan, mint a jogosulatlanul igényt benyújtóké (akik persze nem is kaptak támogatást). Annyi bizonyos, hogy ha kevésbé szigorúan számoljuk a jogosultsági kritériumokat, akkor még alacsonyabb értékeket kapunk a két változó értékeire (elvégre a „jogosult” kategóriába tartozó változók vennék fel a növekményt).

A jogosult igényű, de visszautasított romák összesített aránya mindössze 3,8%, tehát elenyésző. Ez a kis érték nem is volt alkalmas annak elemzésére, hogy esetükben mi játszhatott közre a visszautasításban.

Ezzel a két adatsorral tehát megdőlt egy elképzelés, a romákra egyáltalán nem érvényes az, hogy jogosulatlanul kérelmeznének támogatásokat, de az sem igaz, hogy a jogos igényeiket mérvadó értékben visszautasítanák a helyi önkormányzatok. Ha visszaemlékszünk a helyi önkormányzati és szociális szféra dolgozóinak a romák által megélt elítélteességére, látjuk, hogy meglehetősen magas azon romák aránya, akik kirekesztést tapasztalnak ebben a szférában. Ennek ellenére érvényesül az egyenlő hozzáférés elve – *legalábbis, ami a jogos támogatási igények helyi önkormányzati elismerését illeti*. A gondok, mint a későbbiekben látni fogjuk, egészen máshol vannak. Látjuk, hogy szinte mindegyik esetben meglehetősen magas azon romák aránya, akik se nem igényeltek, se nem jogosultak valamelyik támogatásra. Néhány esetben ez az arány természetes korlátokból fakad; az időskorúak járadéka pl. 62 éves kor felett értelmezett, az idős korosztályok aránya pedig eleve nagyon alacsony. Ápolási díjra az

¹¹ Erre tipikus példa a vagyon meglétének vagy hiányának kódolása. A szociális törvényben meghatározott több támogatás a vagyon hiányához, illetve a gyermekvédelmi törvényben meghatározott kiegészítő családi pótlék a vagyon bizonyos mértékéhez köti a támogatási jogosultságot. A kérdőívben kitértünk mindazokra az ingó és ingatlan értékekre, amelyek a törvényben vagyonként vannak nevesítve. Amennyiben a kérdezt és/vagy családja rendelkezik ilyenekkel, úgy automatikusan azt kódoltuk, hogy rendelkezik vagyonnal – függetlenül annak becsült értékétől. Így pl. egy százezer forint értékű használt gépjármű (vagyis ócskavas, bár számukra érték) – vagyontárgynak lett kódolva.

¹² Tehát az amúgy is elképesztően magas százalékos értékek, amelyek azt mutatják, hogy milyen nagy arányban nem igényelnek támogatásokat a romák – holott jogosultak – még magasabbak is lehetnek.

jogosult, aki tartósan beteg, ápolásra szoruló, illetve fogyatékos 18 év alatti gyermeket gondoz^{mn}, a kiegészítő családi pótlék ugyancsak gyermekhez kötött.

A romák meglehetősen magas arányú deprivációja és szegénysége, valamint aközött, hogy milyen nagy azok aránya, akik se nem jogosultak, se nem igényeltek egyes támogatásokat - meglehetősen ellentmondás érzékelhető. A későbbiekben erre az ellentmondásra visszatérünk.

A fenti táblázat másik adatsora, amely előzetes feltételezéseket vagy mítoszokat cáfol meg, azt mutatja, hogy igen magas azok aránya, akik *jogosultságuk ellenére nem igényeltek valamilyen támogatást*. Ezek az arányok mindegyik támogatás esetében magasabbak, mint azoké, akik részesültek valamelyik támogatási forrásból. Erre a kérdésre ugyancsak visszatérünk és részletesen elemezzük az oksági összefüggéseket.

Most azonban rövid időre térjünk vissza azokhoz az adatokhoz, amelyek azt mutatják, hogy milyen arányban részesednek a romák az egyes támogatásokból és milyen értékben. A következő táblázat azon támogatások arányát tünteti fel, amelyek esetén nem lehetett jogosultsági kritériumkülöböket kiszámítani.

Egyes támogatások eloszlása igénylés

- tényleges részesedés szerint, a teljes roma népesség %-ban

	nem igényelt, nem kapott	igényelt, kapott	igényelt, nem kapott
átmeneti segély	64,1	28,8	7,1
tankönyv- és tanszersegély	71,6	27,1	1,3
óvodai, iskolai díj	94,4	3,8	1,8
étkezési támogatás	85,4	13,2	1,4
rezi támogatás	88,6	8,7	2,8
földhasználat	97,6	2,1	0,3
mezőg. juttatás	99,2	0,6	0,2
munkaeszköz	99,4	0,4	0,2
szaktan, szakképzés	99,3	0,7	
adósságkezelési segély	96,6	1,6	1,8

Ami legelőször feltűnik, az az, hogy a legtöbb segélyezési típus esetén az igénylők aránya igen alacsony. A közoktatásban résztvevő gyermekekhez kapcsolódó két támogatást (óvodai, iskolai díj térítést, étkezési támogatást) nem igénylők magas aránya szembeszökő. E két adathoz hozzá tartozik az, hogy a település típusától független, tehát Budapesten éppoly kevesen kértek pl. étkezési támogatást, mint a kisebb falvakban (holott a fővárosban az iskolai étkeztetés jobban megoldott).

^{mn} A szigorúbb kritérium pl. ebben az esetben úgy érvényesült, hogy csak a saját beteg, fogyatékos gyermekét gondozókat vettük figyelembe, míg a törvény ennél tágabb kört határoz meg.

Legnagyobb arányban átmeneti segílyt kérnek a romák, azok aránya pedig, akiket elutasítottak, noha relatíve a legmagasabb, de abszolút értékét tekintve kicsi.

Mivel a valamilyen támogatásban részesültek arányai alacsonyok (függetlenül attól, hogy a jogosultságot ismerjük-e) – ezért a következőkben bizonyos támogatások szerint összevontan vizsgáljuk azokat, akik kaptak támogatást, így a kis esetszámokból eredő hibahatárokat csökkentve, szignifikáns eredményeket kapunk.

Támogatásban részesülők

Ahhoz tehát, hogy a támogatottakra vonatkozó összefüggéseket elemezhesük, az alacsony támogatási arányok okán elsőként összevonásokat hajtottunk végre.

Összevont kategóriák szerint szociális támogatásokban részesültek aránya (%)

	eloszlás %
szociális	13,9
egyéb szociális	27,6
lakáscélú	13,0
egészségügyi	14,2
gyermek - átmeneti	25,1
kieg. csal.potl	36,9
gazdálkodási	1,4
<i>valamilyen szoc. összesen</i>	<i>53,5</i>

Az összevonas során szociálisnak neveztük azt a kategóriát, amelybe a rendszeres szociális segílyben, valamint az időskorúak járadékában részesülők kerültek. A kiegészítő családi pótlékkal együtt ezek azok a támogatások, amelyek folyósítása havi rendszerességű és nem eseti. Ebben az összevont támogatási kategóriába viszonylag kevesen tartoznak, mindössze 14%.

Egyéb szociális támogatásnak azt a kategóriát neveztük, amelybe az átmeneti segílyben, illetve adósságkezelési segílyben részesültek kerültek, összesen 27,6%.

Lakáscélú támogatás: lakásfenntartási támogatás, valamint rezszi (tüzelő, víz, villany) segíly.

Egészségügyi támogatás: ide azok kerültek, akik részesednek ápolási díjban, egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságban, illetve közgyógyellátásban.

A gyermekek után járó átmeneti támogatás összevont kategóriába került: tanfolyvsegegy, óvodai, iskolai díj kifizetése, étkezési hozzájárulás. Látjuk azt, hogy a kiegészítő családi pótlékkal együtt ez az a kategória, amelyben a legtöbbnek részesednek. A gazdálkodási támogatás összevont kategóriájába került minden gazdálkodást segítő támogatás – ezzel együtt elenyésző azok aránya, akik ilyet kapnak.

A teljes roma népesség 53,5%-a részesül valamilyen szociális támogatásban.

A következő táblázat adatai azt mutatják be, hogyan függ a szociális támogatásban való részesedés attól, hogy milyen anyagi körülmények között élő családba tartozik a támogatott.

Azok a romák, akik olyan családban élnek, ahol az egy főre jutó jövedelem az alsó öt jövedelmi tizedbe tartozik, tehát húszezer forint alatt marad – átlagosan 70% , vagy ez alatti arányban részesednek valamilyen támogatásban. Az e fölötti jövedelmi tizedbe tartozó családok tagjai csökkenő arányban, de részesednek. A globális adatok szerint tehát még azok közül sem részesedik mindenki valamilyen támogatásban, akiknek családjában az egy főre eső jövedelem nem haladja meg a létminimum felét sem.

Az egyes támogatások eloszlása természetesen nem azonos. A legalsó jövedelmi tizedbe tartozó családok tagjai közül legtöbben kiegészítő családi pótlékban részesülnek. A családban egy főre jutó jövedelem 23 000 Ft-os határától felfelé a támogatottak aránya meredeken zuhan – ez a határ a támogatások megítélésekor figyelembe vett nyugdíjminimummal összehasonlítva érthető.

A támogatottak jövedelem szerinti eloszlásai mindenesetre felhívják a figyelmet arra, hogy a szociális támogatások törvényben rögzített feltételei korántsem állnak összhangban a tényleges anyagi viszonyokkal, illetve a szegénységgel.

Valamilyen szociális támogatásban részesültek %-a (teljes eloszlás), valamint az adott egy főre eső jövedelmi tizedbe tartozók között az egyes szociális támogatásokban részesültek aránya (%)

	szociális	egyéb szoc.	lakás-célú	egészségügyi	gyermek - átmeneti	kieg. csal.potl	gazdálkodási	valamilyen szoc. összesen
Teljes eloszlás	13,9	27,6	13,0	14,2	25,1	36,9	1,4	53,5
3500 Ft-ig	24,0	33,9	18,2	8,9	30,1	84,2	0,6	69,7
3500–9400	27,2	36,5	15,5	16,7	34,6	63,0	1,9	71,4
9400–12000	28,2	23,4	12,5	12,0	25,0	69,3		62,7
12000–16000	10,5	44,2	11,9	10,2	42,9	78,1	1,8	73,6
16000–20000	7,3	43,7	17,6	17,2	36,2	47,4	2,9	68,5
20000–23000	8,2	28,5	19,1	18,2	29,7	38,3		57,9
23000–30000	11,6	21,3	17,0	11,3	15,1		0,8	43,8
30000–39000	10,9	13,3	8,4	16,0	14,6		1,3	33,9
39000–50000	2,4	11,1	5,0	21,3	4,9		2,0	17,8
50000 felett	0,7	17,6	3,6	7,8	15,5		2,5	28,4

A támogatottak aránya és a társadalmi-anyagi helyzet diktálta (a törvények betűje szerint nem feltétlenül forintosítható) rászorultság közötti diszkrepanciát mi sem mutatja jobban, mint ha megnézzük, hogy a lakhatási életminőség egyes kategóriáiba tartozó romák milyen arányban részesednek valamilyen szociális támogatásban.

A valamilyen szociális támogatásban részesültek százalékos aránya lakásminőség, valamint lakásminőség és szegregációs fokozat szerint

lakásminőség	eloszlás	nem szegr.	szegr.	gettó
jó	45,8	44,4	49,4	48,5
tűrhető	52,8	51,9	56,0	52,4
rossz	53,9	56,1	57,9	39,4
alapvetően hiányos	68,4	79,7	68,4	49,7
szükség	66,5	63,5	51,5	71,9
végzsükség	63,2	56,9	53,3	69,2

A lakás minősége és infrastruktúrája által mérhető, valamint a szegregációs fokozatok szerint találunk ugyan különbségeket a támogatottak arányában, azonban még a legalacsonyabb fokozatban és gettóban élők esetében is csak átlagosan kétharmaduk támogatott (mint visszaemlékszünk, ezekben a lakásokban nincs semmilyen infrastruktúra, sem helyben rendelkezésre álló vízforrás, illetve e lakások nagy része szükséglakás).

Megvizsgáltuk az egyes támogatásokban részesedettek esetében az átlagos támogatási összegeket. Ha valaki részesedik támogatásban, úgy az átlagos támogatási forintértékek a törvényben meghatározott átlagos összegek határain belül mozognak; mindez annyit jelent, hogy alapvetően nem az a kérdés, hogy ha valaki kap támogatást, úgy a megítélt összeg mennyire követi a normatívákat, hanem az, hogy egyáltalán kaphat-e valaki támogatást, jogosult-e arra vagy sem.

A támogatások folyósítása természetesen függ attól, hogy milyen az adott település lehetőségrendszere, a legjobb jóindulat mellett is képes-e a helyi önkormányzat forrásokat biztosítani.

Az egyes településkategóriák természetesen nem rendelkeznek azonos lehetőségekkel, nem képesek azonos mértékben támogatásokban részesíteni a rászorulókat. Azonban önmagában, táblázatos adatokkal nem lehet pontosan kifejezni azt, hogy a kisebb falvak vagy éppen Budapest milyen arányban támogatja a szociálisan rászorultakat – ugyanis, éppen a települések eltérő gazdasági potenciáljából adódóan eltérő az ott élő romák gazdasági helyzete, jövedelme (míg pl. a felső jövedelmi tizedbe tartozók harmada Budapesten él, addig az alsó jövedelmi tizedbe tartozó családok harmada a közepesen kis falvakban).

Ahhoz, hogy a települések méretéből és gazdasági helyzetéből fakadó támogatási erőt is ki tudjuk fejteni, variancia analízissel vizsgáltuk azt, hogy a jövedelmek, a települési jelleg, a támogatott iskolai végzettsége, gazdasági aktivitása, valamint a szegregáció foka milyen hatást gyakorol arra, hogy részesül-e valaki *valamilyen* szociális támogatásban. A település jellege (mérete és rangja), illetve a jövedelmi tized együttesen 16%-ban magyarázza azt, hogy valaki részesedik-e valamilyen szociális támogatásban (r négyzet 0,26); ezen belül azonban a jövedelem hatása lényegesen nagyobb, 35%-os hatást gyakorol (beta érték 0,35), míg a település hatása csak 11%.

A jövedelem hatása a gazdasági aktivitáshoz képest lényeges, ugyanis e két változó

együttes hatása arra, hogy valaki kap-e valamilyen szociális támogatást, összesen 15% (r négyzet), ezen belül viszont az aktivitás hatása elenyésző (3%), a jövedelemé viszont meghatározó (38%).

Az iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, illetve a szegregáció mértéke együttesen igen kevésbé befolyásolja a szociális támogatásban való részesedést (együttes hatás mindössze 6,7%) – ezen belül viszont az iskolai végzettség a döntő, összesen 19%-os hatást fejt ki.

Összességében elmondhatjuk tehát, hogy egyrészt a *szociális támogatások* mindazokat, akiket elérnek, valóban szociális rászorultság szerint érik el, *másrészt korántsem érik el mindenkit, aki szociálisan rászorult*. Az elemzés azt mutatja, hogy a támogatások alapvetően nem a települések sajátosságai miatt nem érik el romákat, a támogatásokból való kimaradás oka máshol keresendő. A kérdés tehát nem az, hogy a romák miért kapnak valamilyen szociális támogatást – éppen ellenkezőleg: mi jellemzi azokat, akik nem jogosultak, illetve mi jellemzi azon romákat, akik nem igényeltek támogatást, noha jogosultak.

Mint az előzőekben láttuk, a romáknak – arányukat tekintve – két igen jelentős olyan csoportja van, amely nem részesedik szociális támogatásokban; a nem jogosultaké, illetve azoké, akik jogosultságuk ellenére nem igényelnek támogatást. Mivel ez utóbbi csoport tekinthető igazán különösnek és váratlannak, elsőként fordítsuk tekintetünket feléjük.

Akik nem igényelnek támogatást

Az előzőekben láttuk, hogy mindazon támogatások esetében, ahol ki lehetett számítani a jogosultságot, találunk bizonyos százaléknyi romát, aki nem igényelt támogatást. Az előző fejtegetések során az ő arányaikat a teljes roma népesség százalékában vettük szemügyre. Mivel természetesen bizonyos támogatásra csak korlátozott számban, vagy éppen kevesen jogosultak (ilyen pl. az időskorúak járadéka) – ezért a következő táblázatban az egyes támogatások részesedési eloszlásait az egyes támogatásokra releváns, tehát korlátozott népesség arányában tüntetjük fel így pl. az időskorúak járadéka esetén a 62 év feletti romák korcsoportját vettük figyelembe, stb.

A legnagyobb arányban két egészségügyi-szociális szolgáltatást nem igényelnek a romák: az elvileg jogosultak negyven százaléka közgyógyellátást, és negyvenhét százalék egészségügyi ellátásra való jogosultságot jelentő hatósági bizonyítványt. Legkisebb ilyen arányt az ápolási díj jelent: a 18 éves kor alatti gyermeket nevelő családok 13%-ban él tartósan beteg vagy fogyatékos gyermek (!), és összesen 9% nem igényelt ápolási díjat.

A rendszeres szociális segélyt viszonylag sokan igénybe veszik, azonban a jogosultak közel 15%-a jogosultsága ellenére nem igényelte.

Az időskorúak járadékára a 63 év és e feletti romák zöme, 61% nem jogosult, azonban csak 7,4% igényelt és kapott ilyen ellátást – velük szemben 25% nem igényelt, holott jogosult.

Egyes támogatások eloszlása jogosultság – igénylés – tényleges részesedés szerint, az adott támogatásra nézve mérvadó, releváns roma népesség %-ban

	nem igényelt, nem jogosult	nem igényelt de jogosult	igényelt és kapott	jogosultlanul igényelt	jogosulttan igényelt, de nem kapott
időskorúak járadéka	61,3	25,5	7,4	3,4	2,4
rendszeres szociális segély	67,6	14,9	15,1	1,6	0,8
lakásfenntartási támogatás	61,0	26,6	6,8	3,8	1,8
ápolási díj	87,1	9,0	2,8	0,7	0,4
közgyógyellátás	43,5	40,5	14,4	0,7	1,0
egészségügyi szolg. való jog.	49,0	47,9	2,9	0,0	0,2
kiegészítő családi pótl.	18,6	31,7	48,2	0,5	1,0

A jogosult, de igénylőként nem jelentkezett romák százalékos eloszlása szignifikáns, azonban bizonyos támogatásoknál az esetszámok nagyon alacsonyok (elsősorban az időskorúak járadéka és az ápolási díj esetén). Éppen ezért ahhoz, hogy oksági összefüggéseket állapíthassunk meg arra vonatkozóan, hogy milyen élethelyzetű romák nem igényelnek támogatásokat – ebben az esetben kizárólag többváltozós eljárás, mégpedig variancia analízis jöhetett szóba. A következőkben ennek eredményeit ismertetjük.

Azt a kérdést, hogy egy jogosult idős roma nem igényli az *időskorúak járadékát*, alapvetően két kérdés határozza meg: a családban egy főre jutó alacsony jövedelem, valamint a kapcsolati vákuum¹³. A jövedelem hatása igen erős; 82%-ban határozza meg (beta érték 0,82), hogy egy olyan idős ember, akinek családjában az egy főre eső jövedelem húszezer forint alatt marad – nem igényelt ilyen támogatást. A kapcsolatsűrűség hatása 30%, ezen belül a kapcsolati vákuum 13%-ban oka annak, ha egy idős ember nem fordult időskorúak járadékáért. (Meg kell jegyeznünk, hogy a kapcsolati vákuum egyedül az idősek esetében oka annak, ha valamilyen szociális támogatást jogosultságuk ellenére nem igényeltek.)

A *rendszeres szociális segély* igénylésének elmaradásában az alacsony jövedelem ugyancsak meghatározó tényező (50%-os mértékben), valamint a befejezetlen általános iskola, a szegregált környezet (a gettóban való élés hatása 14%), ezen kívül az, ha valaki otthon gyermeket nevel – ennek hatása igen jelentős, 47%-ban oka az igénylés elmaradásának¹⁴.

Azok esetében, akik jogosultságuk ellenére nem igényelnek *lakásfenntartási támogatást*, szintén az alacsony jövedelem (56%), az alacsony iskolai végzettség, a szegregált lét, valamint az otthoni gyermeknevelés játszik szerepet.¹⁵

A közgyógyellátás iránti igény benyújtásának hiánya azonos okokra vezethető vissza, mint az előzőek; az, hogy valaki olyan családban él, ahol az egy főre jutó jövedelem nem éri el a havi 3500 Ft-ot (!) – 48%-ban oka annak, ha nem igényelt ilyen támogatást, esetükben az otthoni gyermeknevelés mellett a munkanélküli státusz is ok (28, illetve

13%-ban), ezen kívül a gettólét (16%). *Ez az egyetlen csoport, ahol a cigányellenes attitűdöknek van szerepük.* Noha a közgyógyellátásba vételt az önkormányzatok dönthetik el, sajátos módon a háziorvosi szint szereplőinek megtapasztal attitűdjei befolyásolják a közgyógyellátás nem igénylését, mégpedig az, ha e szint szereplőit erősen cigányellenesnek tapasztalják – ennek hatása 14%¹⁶. A közgyógyellátással kapcsolatban érdemes ehelyütt még két adatot áttekinteni: a jogosultság, a nem igénylés, illetve a részesedés szerint hogyan alakul a betegségek száma, illetve két gyógyítással kapcsolatos költség. (Noha ez a kérdés az egészségügyi rész témájához tartozik, a közgyógyellátás szociális alapon való megszerezhetősége miatt itt tárgyaljuk.)

*Közgyógyellátásban való részesedés kategóriái szerint eloszlás (%)
– betegségek száma szerint*

	nem beteg	egy betegség	két betegség	három v. több bet.	átlag
nem igényelt, nem jogosult	44,2	45,3	48,6	36,5	43,5
nem igényelt de jogosult	50,9	44,8	40,1	19,1	40,5
igényelt és kapott	3,9	7,6	10,2	42,0	14,4
jogosulatlanul igényelt		0,8	1,0	1,4	0,7
jogosulttan igényelt, de nem kapott	1,0	1,4		1,0	1,0

Az egészségügyi részben tekintettük át a romák kiemelkedően magas betegségearányait. Ott tárgyaltuk azt a problémát, hogy a magas betegségearányok ellenére azok, akiknek jövedelme alacsony, kevesebbet képesek gyógyszerre költeni – holott a magas betegségearányok oka maga a szegénység.

A fenti táblázat adatai szerint alapvetően azok a romák részesednek jelentősebb arányban közgyógyellátásban, akik legalább három belgyógyászati betegségcsoportban egyszerre betegek – tehát szükséges gyógyszerköltségük igen magas. Azonban még a háromnál több betegségben szenvedőknek is közel ötöde – jogosultsága ellenére – nem igényelt közgyógyellátást!

Az alábbi táblázat két tipikus költség alakulását mutatja a közgyógyellátásban való részesedés kategóriái szerint.

Két tipikus költségnem átlagosan kifizetett forintértéke – a közgyógyellátásban való részesedés kategóriái szerint

	gyógyszerköltség / hó	alkalmanként fizetett paraszolvencia
nem igényelt, nem jogosult	4019	2323
nem igényelt, de jogosult	3409	1550
igényelt és kapott	5327	2426
jogosulatlanul igényelt	5259	2394
jogosultan igényelt - de nem kapott	3946	3973

Azok képesek a legkisebb összegeket fizetni, akik jogosultságuk ellenére nem igényeltek támogatást. Mindez annyit jelent, hogy *igen erős kontraszelektív mechanizmusok működnek; a leginkább rászorulóknak maradnak ki az ellátásból.*

Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság ellenére nem igényelt támogatás okai¹⁷, illetve az okok erejét kifejező beta értékek közel azonosak az előzővel. Végezetül a kiegészítő családi pótlék nem igénylésének oka az egyetlen, amely korlátozottabb: egyedül az igen alacsony jövedelem játszik szerepet¹⁸.

A támogatási jogosultság hiánya és tényleges szociális státusz

A támogatásra nem jogosultak szociális helyzetének vizsgálata pontosan azt erősíti meg, mint amit a támogatásban részesülők elemzésénél láttunk: a támogatások korántsem érik el mindazokat, akik valós helyzetük révén rászorultak. A családban egy főre jutó jövedelmek mértéke, a lakás minőségi fokozatai, a szegregáció mértéke, valamint a betegségek halmozott arányai szerint vizsgálva azt látjuk, hogy a leginkább rászorultak jelentős hányada nem jogosult semmilyen támogatásra (egyúttal nem is igényelt semmilyen támogatást). A következő táblázat adatai azt mutatják, hogy *igen erősen érvényesül az a kontraszelektív mechanizmus, amit az előzőekben láttunk: nemcsak arról van szó, ahogy a leginkább elesettek – éppen elesettségük okán – nem igényelnek támogatásokat, de sok esetben nem is jogosultak a törvény betűje szerint.* Következésképp meglehetősen széles kapu áll nyitva a halmozott hátrányok bővített újratermelése előtt.

Azon romák%-os aránya, akik az egyes szociális deprivációt jelentő kategóriákban nem jogosultak valamilyen szociális támogatásra

családi jövedelmi tized	rendszeres szoc. s.	lakásfenn-tartási tám.	közgyógy-ellátás	eü. szolg.
3500 Ft-ig	23,3	6,6	0,0	4,9
3500–9400	32,4	34,0	0,0	4,3
9400–12000	37,2	59,7	0,0	13,2
12000–16000	60,6	53,8	0,0	9,8
16000–20000	80,5	73,4	23,2	14,0
lakásminőség				
jó	81,1	64,8	60,6	65,1
tűrhető	75,0	64,2	50,7	52,9
rossz	75,7	53,8	40,6	50,3
alapvetően hiányos	49,4	47,1	24,4	32,7
szükség	44,0	68,0	28,1	39,4
végyszükség	43,2	56,3	17,0	23,1
szegregáció				
nem szegregált	78,4	66,8	53,4	59,6
szegregált	59,6	52,1	38,5	43,1
gettó	50,3	54,2	27,8	31,5
hány betegsége van				
nem beteg	61,6	59,2	44,2	46,4
egy bet.	64,1	60,1	45,3	47,4
két bet.	68,5	70,9	48,6	50,5
három v. több bet.	81,8	57,6	36,5	53,9

Az olvasóban joggal merülhet fel a kérdés: hogyan lehetséges, hogy valaki az alsó jövedelmi tizedekben nem jogosult valamilyen szociális ellátásra, holott a törvény a jogosultsági küszöböt a családban egy főre jutó öregségi nyugdíjminimum legalább 80%-hoz köti, az pedig 2003-ban meghaladta a 20 000 Ft-ot. A válasz a számítás módjában rejlik: a törvény szerint az egy főre eső jövedelem számításakor figyelembe vehető családtagok száma rendszerint kisebb, mint adataink tanulsága szerint azok száma, akik valójában az adott keresetekből a családokban élnek.

A családokban egy főre eső jövedelmek szerint számolt jelentős diszkrépanciához (szegénység és jogosulatlanság) az is hozzá tartozik, hogy egyrészt nem feltétlenül az a személy jogosult valamilyen támogatásra, aki az adatfelvétel alanya volt (tehát a családban más személy még jogosult lehet), viszont ha a családba beérkező támogatási összegekkel együtt számoljuk a bevételeket, a diszkrépancia megmarad. Ugyancsak megmarad, sőt emelkedik a diszkrépancia mértéke, ha az egy főre jutó nettó megélhetés

(összes bevétel mínusz szűkös rezi kiadások) szerint vizsgáljuk a jogosultságokat. Jól példázza ezt az összefüggést a következő táblázat adatai.

Azon családokban, amelyekben az egy főre eső nettó megélhetés összege 9400 Ft és ez alatti (!), a rendszeres szociális támogatásra nem jogosultak aránya 40 százalék feletti. A szegénységből és deprivációból következő kontraszelekciót mi sem mutatja jobban, mint hogy e bőven a létminimum alatt élő csoportban a legmagasabb azok aránya is, akik jogosultságuk ellenére nem igényeltek rendszeres szociális támogatást.

A rendszeres szociális támogatás egyes kategóriáiba tartozók eloszlása a családban egy főre eső nettó megélhetés negyedei szerint (%)

	nem igényelt, nem jogosult	nem igényelt de jogosult	igényelt és kapott	jogosulatla- nul igényelt	jogosult igényelt, de nem kapott
9400 Ft-ig	42,1	34,1	21,2	1,1	1,5
9400–17400	60,9	19,0	16,2	1,9	1,9
17400–27300	81,6	4,8	12,0	1,5	
27300 felett	90,7		7,1	2,2	

Az eddig leírtak legfőbb tanulságai a következők:

- a romák esetében a pénzbeni szociális ellátásokhoz való hozzáférés legnagyobb akadálya nem a helyi önkormányzatok szűkös költségvetési forrásai, hanem
- a tényleges szociális helyzet, a depriváció, valamint a törvényes jogosultság közötti igen erős szakadék, valamint
- az a tény, hogy a leginkább rászorult, mély szegénységben élő, képzetlen, otthon egyedül gyermeket nevelő, illetve telepeken, gettóknban élő romák között igen sokan nem ismerik jogaikat, nem tudják, hogy milyen támogatásokban részesedhetnek, ezért nem is folyamodnak a megfelelő támogatásokért.

A szociális szféra dolgozóival való viszony megítélése

A szociális szféra dolgozói részéről átélt előítéletességről, a diszkrimináció mérési elveiről, illetve az összehasonlító eredményekről – az elemzés konzisztencia igényének megfelelően – az egészségügyi hozzáférést taglaló részben, az „Előítéletesség az egészségügyben” című fejezetben volt szó. Ehelyütt, a módszertan leírását nem megismételve, ismertetjük a romák által az önkormányzati-szociális szféra dolgozói körében átélt előítéletesség típusait. Az észlelt előítéletesség szerinti csoportok a következők:

- Erős cigányellenes: a tapasztalt diszkrimináció magas foka, valamint erős érzelmi distancia. A romák közel 20%-a tapasztalja ilyen mintázat szerint elutasítónak az önkormányzati-szociális szféra szereplőit.
- Erős elfogadás: az önkormányzati, szociális szféra szereplőivel kapcsolatban a romák 13%-a látja úgy, hogy az érzelmi distancia megfelelő (mint emlékszünk rá, ez annyit is jelent, hogy „nem nézik le” a romákat), illetve nem tapasztalnak diszkriminációt.
- Diszkrimináló: a romák alig tizede (8,2%) látja úgy, hogy a szociális ellátási szint szereplőivel kapcsolatos érzelmi viszony valamivel átlag feletti, azonban a diszkrimináló jelenségek az átlagnál gyakoribbak.
- Szinte semleges: az átlaghoz képest alig nagyobb az érzelmi távolság (ellenszenv) és az észlelt diszkrimináció. A romák közel negyven százaléka (39,8%) érzi úgy, hogy vele ilyenek e szint szereplői.
- Nem diszkrimináló: a romák 19,3%-a azt látja, hogy az érzelmi kapcsolat közepes, egyúttal nem fordul elő kirekesztő magatartás ezen az ellátási szinten.

Az önkormányzati-szociális szint szereplőivel kapcsolatban tehát a romák összesen 27,9%-a él át valamilyen erejű cigányellenességet. Nagyon lényegesnek, egyúttal örvendetesnek lehet tekinteni, hogy a pénzbeni szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek elemzése során nem lehetett feltárni az egyenlőtlenségek, valamint a szociális szférában a romák által megélt megkülönböztetés kapcsolatát. Ez pontosan annyit jelent, hogy *noha a romák bizonyos arányban nemcsak az egészségügyben élnek át megkülönböztetést, hanem a szociális-önkormányzati szférában is – nem bizonyítható, hogy az előítéletesség csökkenti a szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférési esélyeket.* (Ezzel szemben az egészségügyben a hozzáférés esélyeinek sérülése és az előítéletesség közötti kapcsolat bizonyítható volt.)

Míndez annyit jelent, hogy *noha a romák tényelegetesen átélnek megkülönböztetést – és ez sérti emberi méltóságukat, sok esetben nyilván felesleges hivatali sorbanálláshoz, „packázáshoz” vezet – azonban a törvények adta keretek között hozzájutnak a pénzbeni támogatásokhoz. Ezzel szemben, mint leírtuk, problémák a törvényi szabályozással, illetve a romák szegénységéből és deprivált élethelyzetből fakadó ismerethiányával vannak.*

Idegenellenesek-e a romák?

A fejezet címében rejlő kérdés dodonainak tűnhet („ki nem idegenellenes, ha a népesség egy része bizonyítottan az?”), de éppenséggel költőinek is tűnhet („bizonytal nem idegenellenesek, ha egy romákkal foglalkozó tanulmány címében rákérdezzük...”).

A kérdést és annak megválaszolását azért tartjuk nagyon lényegesnek, mert vizsgálataink során mindig feltettük az ellenkező irányú kérdést: egyes szakmai vagy társadalmi csoportok mennyire idegenellenesek, illetve milyen mértékű előítéleteket táplálnak a romákkal szemben. Tudásunk csak úgy lehet teljes, ha megnézzük azt is, egyes társadalmi illetve nemzeti csoportokkal kapcsolatban milyen kép él a roma népességben – és ez a kép milyen viszonyban van a magyarországi többségi társadalomban élő képekkel.

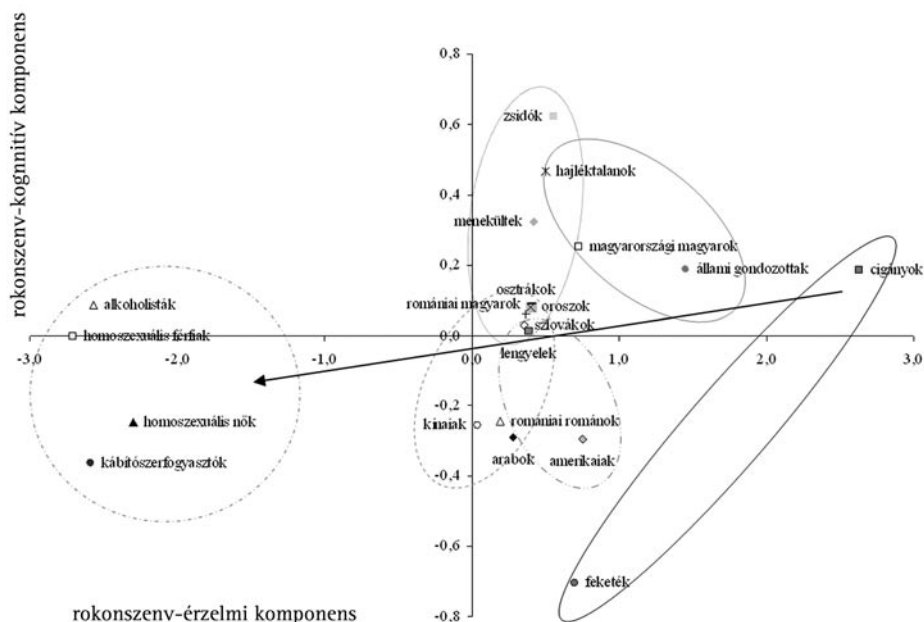
Az elemzésnek ezt a részét azért is fontosnak tartjuk, mert noha nem a szociális ellátásokhoz való hozzáférés explicit kérdései közé tartozik, mindenesetre pregnáns képet nyújt a romák *sociusának* a társadalomhoz való viszonyáról.

Az egészségügyi dolgozók körében végzett kutatás során, az idegenekkel kapcsolatos attitűd mérésére húsz különböző nemzetiségi, illetve társadalmi csoportot soroltunk fel, amelyekkel kapcsolatban ötfokú skálán kellett kifejezni a rokon-, illetve ellenszenv mértékét. A roma felvétel során ugyanezt az eljárást alkalmaztuk, azonos csoportokkal, így lehetővé válik az eredmények összehasonlítása is.

A húsz csoport iránt kifejezett érzelmi távolság mértékének adatait elsőként faktor-elemzésnek vetettük alá. A faktorozás során hat csoport különült el¹⁹. A romák válaszai alapján kialakuló kép némi egyezést, ezzel szemben sok különbözőséget mutat az egyes társadalmi csoportokkal végzett hasonló mérések eredményeihez képest. Az első faktorcsoporthoz, amely másokkal végzett mérésekben is megjelenik, a „deviánsok” csoportja (kábitószerfüggők, homoszexuálisok, alkoholisták). A több faktorcsoporthoz azonban, elsősorban azok összetétele okán, meglehetősen különös, első pillanatra nagyon heterogénnek tűnik. Ugyanis a második faktor (amelyet „külföldi 1.” –nek neveztük), alkotóelemei az osztrákok, a romániai magyarok, a menekültek, illetve a zsidók. A következő faktorba („exotikus külföldi”) az arabok, lengyelek, kínaiak és oroszok kerültek. A negyedik faktor („külföldi 2.”) a romániai románok, a szlovákok, valamint az amerikaiak kerülnek. (Megjegyzendő, az utóbbi évek hasonló mérései során, akár fiatal felnőtteket, akár egészségügyi dolgozókat, vagy orvostanhallgatókat kérdeztünk, a szlovákok és az amerikaiak mindig egy faktorba tartoztak.) Az ötödik faktor a „szegény gázsó” elnevezést kapta: elemei a magyarországi magyarok, a hajléktalanok, valamint az állami gondozottak. Végül az utolsó faktor a „saját csoport”, elemei a romák és a feketék.

Az adatok értelmezéséhez a többdimenziós skálázás módszerét alkalmaztuk – hasonlóan, mint az egészségügyi rész előítéletességét taglaló fejezetében a három szakmai munkatársi csoporttal kapcsolatban, a romák részéről észlelt érzelmi távolság és diszkrimináció elemzése során. Az említett fejezet eredményeivel analóg módon, az érzelmi távolság két dimenzióra bomlik: egy tisztán affektív komponensre, valamint egy érzelmi-kognitív távolságot kifejezőre, amelyet a leginkább „respektus dimenzió” nevezhetünk.

A rokonszenv választás alapján kialakított kétdimenziós skálamodell, feltüntetve a faktorcsoportokat, illetve az összetett csoporttávolság mértékét.



Említettük, hogy az egyes faktorok, alkotóelemeik miatt meglehetősen különösek – abban az esetben ha „gázso” szemmel nézzük a kompozíciókat (elvégre eddigi kutatásaink során a gázso világ csoportjainak szemléletmódját vizsgáltuk, és az ott kialakult kompozíciókhoz képest tűnik különösnek a romák szemléletmódja).

Az első, ami szembeszökő, hogy a romák a deviánsnak nevezett faktor tagjaival kapcsolatban élék át a legnagyobb affektív távolságot, ők vannak a leginkább „messze”. Ezen belül viszont a homoszexuálisok, de különösen a kábítószerfüggők respektje a legalacsonyabb.

Közvetlenül a kábítószerfüggők alacsony respektusához tartozik viszont az, hogy náluk alacsonyabb respektje csak a feketéknek van a romák szemében – miközben a feketékkel látják egy faktorba, egy „ingroupba” tartozónak magukat! A feketék érzelmi távolság tekintetében „középen állnak”, mintegy semleges pozícióban, hasonlóan a legtöbb nemzeti csoporthoz. A cigányok állnak önmagukhoz a legközelebb érzelmileg. Ez az eredmény korántsem természetes, vegyük figyelembe a társadalmilag marginalizált csoportoknál gyakori öngyűlöletet. Egyúttal respektus tekintetében egy szinten állnak az állami gondozottakkal; a magyarországi magyarok (akik a „szegény gázso” faktor tagjai) pedig a cigányok felett. Legnagyobb respektusnak a zsidók örvendenek a romák szemében.

Noha az egész kép első pillanatra nemcsak különösnek, de akár kaotikusnak is tűnhet, azt kell mondanunk, hogy éppen a romák marginalizált társadalmi pozíciójából

nézve érthető. A romák szemléletükben közös csoportot alkotnak a feketékkel, akik a történelem során az európai nézőpont számára az egyik leginkább marginális (érzelmileg távoli, egyúttal alacsony respekttel rendelkező) csoport. A közösségvállalást, vagy éppen a szociálpszichológiailag marginális pozícióval való azonosulást - kifejezi a közös faktorba sorolás, valamint a feketék viszonylagos érzelmi közelsége. A romák marginális pozíciójából fakadó, pszichológiailag kézenfekvő ötleértékelés áttevődik, projektálódik az egyébként közös csoportba tartozónak tekintett feketékre - ez magyarázza a mély respektushányt (a kognitív skálán ez voltaképp a lenézés kifejezése).

Figyelemreméltó, hogy a többi nemzetiségi csoport összesített értékben az affektív, illetve a kognitív tengely zéruspontjához közeli értéken található, legalábbis nem olyan szélsőséges értéken, mint a deviánsok csoportja, illetve a cigányok maguk. Ezen belül viszont a zsidók (valamint a nem etnikai csoportot képező hajléktalanok) respektusértéke a legmagasabb. Mint említettük, az állami gondozottak vannak az affektív skálán a legközelebb a cigányokhoz. Mindez megerősíti a fentiekben elmondottakat. Noha az állami gondozottak nem kerülnek egy ingroupba a romákkal, de kiszolgáltatott pozíciójuk igen közelivé teszi őket, hasonlóan a hajléktalanokhoz - a zsidók pedig a történelem során, Kelet-Európában, főleg román, belorusz és ukrán területeken jellemzően közös kulturális csoportot alkottak a cigányság egy részével.⁰⁰

A magyarországi magyarok elhelyezése igen érdekes. Egyrészt „középen állnak”, inkább respektusuk van, és inkább érzelmileg közel helyezkednek el, egyúttal a „szegény gázsó” faktorba tartoznak. Noha az adatok pozicionálása nem ad mindenben támaszt ennek értelmezésére, az előbbi magyarázattal konzisztens, ha a magyar gázsókkal kapcsolatos érzelmi ambivalenciát látjuk megjelenni ebben a pozícióban. A magyarországi romákat a magyarországi többségi társadalom tagjai diszkreditálják - éppen ezért akár az is indokolt lehetne, hogy erős érzelmi távolságban jelenjenek meg a „magyarok”. Éppen az ellenkezőjét látjuk: érzelmi közelség, viszonylagos respekt - azonban egy olyan csoportosulás tagjaként látják őket a romák, amely csoportosulás maga elsősorban kiszolgáltatottakból áll (hajléktalanok, állami gondozottak). Ezt a jelenséget a (szociál)pszichológia nyelvén úgy hívjuk: azonosulás az agresszorral. („Ha nem engedhetem meg magamnak, hogy az agresszort érzelmileg vagy kognitíve lefokozzam, akkor sajnálom, egyúttal hasonlóan érzem magamhoz.”)

⁰⁰ Ennek nyoma a klezmer zene, amely őrzi mindkét etnikum zenei hagyományait.

Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban

- struktúra, esélyegyenlőség, előítéletek

Rövid összefoglaló

Háziorvosok

Strukturális kérdések

Elsőként áttekintjük azokat az országos adatokat, amelyek arra vonatkoznak, hogy a települések rangjától, lakosságszámától, az ott élők korszerkezetétől, illetve a munkanélküliek, illetve a romák arányától függően találunk-e a településen betöltött háziorvosi praxist, avagy sem. A tanulmány további részében a háziorvosok körében végzett adatfelvétel alapján elemezzük a hozzáférés strukturális kérdéseit. Majd a háziorvosoknak a különböző státuszú társadalmi csoportokkal kapcsolatos egyes attitűdjeit, illetve azt a kérdést vizsgáljuk, hogy ezek az attitűdök hogyan befolyásolják az orvosi szolgáltatások színvonalát, illetve a különböző minőségi szintet képviselő szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

Az országos adatokból az következik, hogy azok a települések maradnak ki közvetlenül a helyben dolgozó háziorvosok szolgáltatásaiból, amelyek egyéb szempontból is a leghátrányosabbak közé tartoznak. E települések azok, amelyek többségében, a település idős korszerkezetéből, és a helyi források hiányából fakadóan az egyéb intézményi alap-szolgáltatások is hiányoznak.

Az ország egészségét tekintve azt látjuk, hogy noha a háziorvossal nem rendelkező településeken átlagosan magasabb a nyugdíjasok aránya, összességében a helyben való ellátatlanság vagy egészségügyi kockázat mellett élő, betegebb idős réteget alig magasabb arányban érinti, mint az összlakosság egészét. Ez az arány azonban az érintett nyugdíjasok lélekszámát tekintve már magasnak mondható: az összesen több mint kétfélmillió nyugdíjasból közel százhuszonnyolcezer emberről van szó.

A roma népesség arányaiban azonban drámai különbséget találunk. Budapestet kivéve, az ország teljes roma népességének 18,6%-a él olyan településen, ahol nincs helyben háziorvos.

A közvetlenül ellátatlan településeken élők közül a romák és a nyugdíjasok szociális és anyagi helyzete az átlagnál lényegesen rosszabb, különös tekintettel arra, hogy a kistépülések szociális és gazdasági helyzete amúgy is a legrosszabbak közé tartozik. A települési és a szociális hátrány összeadódhat a közvetlen, helyben adott háziorvosi ellátás hiányával.

Mivel tudjuk, hogy a romák magas betegségarányai közvetlenül szegénységfaktoroknak köszönhetőek, e legszegényebb aprófalvak roma lakossága – mely a *teljes roma lakosságból több mint százezer ember* – különösen súlyos helyzetben van; egyszerre sújtja a szegénység, a magas betegségarányok, illetve az, hogy közvetlenül lakóhelyén nem fér bármikor azonnali orvosi ellátáshoz.

A települési adottságok, a települések rangja és mérete alapvetően nemcsak azt határozzák meg, hogy milyen a lakosok hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz, de a háziorvosok terhelését is. A háziorvosok terhelésében, abban, hogy hány települést látnak el, mekkora az általuk közvetlenül ellátott betegek lélekszáma, milyen mértékű az ellátási és ügyeleti idejük, ugyanolyan komoly különbségek vannak, mint a lakosok hozzáféréseiben.

Az orvosok kor szerinti eloszlása az egyes, jelentősen eltérő terhet jelentő praxisok között korántsem egyenletes. A legidősebb háziorvosok „már megtehetik”, hogy elkerüljék a legnagyobb terhekkel járó praxisban való munkát, a legfiatalabbak viszont nem választják a legnagyobb terhelést jelentő praxisokat, viszont ott tudnak elhelyezkedni. A strukturális egyenlőtlenségek része az a kérdés is, hogy egy paciensre mennyi időt (és ezzel figyelmet, munkát) fordíthat háziorvosa. Komoly eltéréseket tapasztalunk, ezek az eltérések a strukturális különbségekből fakadnak.

A háziorvosi rendelők eszközökkel való felszereltségi nivója nem egyenletes, jelentős különbségeket találunk közöttük. A felszereltségből adódó különbségek okai azonban nem strukturális természetűek. A legfiatalabb korcsoportba tartozó háziorvosok praxisai lényegesen jobban felszereltek, a középgenerációt képviselő háziorvosok rendelői átlag felett rendelkeznek a közepes kategóriára jellemző felszereltséggel, illetve az idősebb korosztályok rendelőinek felszereltsége átlagon felül alacsony. Az elemzés kimutatta, hogy az életkor *oki tényező*, az orvosok képzettsége azonban nem az. A fiatalabb orvosok alacsonyabb képzettségük ellenére szerelik fel jobban a rendelőt. Mindezzel együtt a struktúrából adódó hátrányok vagy előnyök lényegesebbnek és erősebbnek bizonyulnak mint pl. a rendelő korszerűsége.

Esélyegyenlőség és társadalmi státusz

Az orvosok attitűdjeinek elemzése során a diszkrimináció kérdéseinél szélesebb és mélyebb kérdésnek tekintettük az egyenlő vagy egyenlőtlen hozzáférés biztosításának kérdéseit az egyes eltérő társadalmi státuszú betegek esetében. Kutatásunk során a diszkriminációra utaló attitűdöket az egyenlőtlenségeket előidéző mechanizmusok között alrendszernek tekintettük. Nyilvánvaló ugyanis – és az eddigi elemzésekből világosan látszik, hogy az egyenlőtlenségek egyik legjelentősebb alapja strukturális természetű.

Adataink szerint a nyílt megkülönböztetésnél gyakoribb az egyes társadalmi csoportok rejtett megkülönböztetése, amely mögött nem mutatható ki feltétlenül előítéletesség.

A háziorvosok egy része a szociálisan perifériális helyzetű, szegény, munkanélküli vagy cigány betegeknek kisebb költségű vizsgálati palettát nyújt mint másoknak, egyúttal e betegekkel való kommunikációjuk átlag alatti nivójú, konfliktusok pedig átlag felett tapasztalhatók. Mindebben e betegek szociális deprivációja *oki tényező*, mégpedig azon keresztül, hogy az orvosok többek között e betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját alacsonynak értékelik.

A háziorvosok a betegeket a szociális-gazdasági, illetve szociálpszichológiai státuszuk mentén érzékelik, egyúttal a háziorvosi gyakorlat egyes lényeges dimenzióit e státusz-különbségek határozzák meg, és nem az embertől, mint társadalmi lénytől független betegség.

Az orvosok által választott terápia intézményi szintjének^{pp} elrendelése vonatkozásában is differenciálnak a háziorvosok a betegek szociális, illetve szociálpszichológiai státusza szerint, másrészt és ebből következően, a terápia intézményi szintjének kiválasztását éppen ezek a differenciált státuszok szabják meg, és nem pl. valamilyen kiválasztott protokoll.

A háziorvosok egy része a szociálisan periferiális helyzetű betegek esetében alacsonyabb intézményi szinten nyújt terápiát. Mindebben e betegek szociális deprivációja – a vizsgálati költségszint estében látottakkal analóg módon – oki tényező. Ebben az esetben is jelentős szerepet játszik az, hogy e betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját alacsonynak értékeli.

A háziorvosoknak a gyógyszerköltségek figyelembe vételében megnyilvánuló szolidaritása, vagy e szolidaritás hiánya független dimenzió, és önállóan befolyásolja azt, hogy a szociálisan hátrányos helyzetű betegek milyen kifizethető vagy megfizethetetlen gyógyszerköltségek elé néznek. A háziorvosok egy része esetében kimutatható e szolidaritás hiánya.

A háziorvosok jelentős hányada nem ismeri, vagy nem ismeri eléggé a romák jelentősen nagyobb betegségarányait és az ebből adódó veszélyeztetettségét. Ebből következően nem gondolhatják azt, hogy a roma közösség tagjai fokozottabb prevenció, szűrő és egy olyan beavatkozást igényelnek, amely csökkentheti ezen betegségek előfordulási arányát körükben.

A cigányellenesség vagy annak hiánya a romákkal kapcsolatos látásmódban, a romáknak nyújtott szolgáltatások szintjében mérhető befolyásoló tényező. A cigányellenesség elutasításának kauzális hatása jelentős, ez magyarázza azt, hogy a romák betegségarányaival kapcsolatban egy háziorvos az átlagnál tisztábban lát-e vagy sem. Kimutatható, hogy elsősorban nem a szélsőséges cigányellenesség okozza azt, hogy a háziorvosok egy része a romák magasabb betegségarányait nem ismeri, hanem az átlagosnak mondható, „mindennapi” cigányellenesség. Ezzel szemben a cigányellenesség elutasítása kimutathatóan oka annak, ha az orvosok jól látják a romák betegségarányainak alakulását.

A cigányellenesség befolyásolja a roma betegekkel kapcsolatos orvosi gyakorlatot, egyúttal a velük kapcsolatos bánásmód némiképp független attól, hogy az orvosok a társadalmilag leszakadt, szegény, szociálisan hátrányos helyzetű betegekhez hogyan viszonyulnak. Ez talán azért nem meglepő, mert a cigányellenességre való hajlam meglehetősen „önálló életet él”, egyúttal a társadalomban egyre inkább elterjedő attitűd.

A cigányellenesség egyes változatai nem feltétlenül teremtenek hátrányos helyzetet

^{pp} Annak a kérdése, hogy az orvos, helyben, saját rendelőjében biztosítja a terápiát, vagy a saját hatáskörben végzett terápia után magasabb intézményi és kompetencia szintre utalja a beteget, avagy a diagnózis felállítása után egyből magasabb intézményi szintre utalja. Mindezt a betegség, a kor, stb. hatásáról leválasztva, kizárólag a betegek társadalmi, illetve szociálpszichológiai státusza szerint mértük.

a romák számára az egészségügyi alapellátásban; még a masszív cigányellenességgel jellemezhető házi orvosok közül is – a nem cigányellenesekhez viszonyítva – viszonylag kevesen vannak azok, akik roma pacienseiknek csökkentett szintű ellátást biztosítanak.

A cigányellenesség kimutathatóan negatív irányban befolyásolja az orvos–roma beteg viszonyt, a cigányellenes orvosok egy része roma pacienseinek nem nyújt annyit, mint másoknak, ugyanakkor a cigányellenesség – legalább is vizsgálatunk keretei között – nem olyan mértékű negatív befolyásoló tényezője az orvosi alapellátásnak, amelyet ne lehetne megfelelő eszközökkel pozitív irányban befolyásolni.

A romákkal kapcsolatos negatív attitűdök károsnak mondható hatásánál sokkal lényegesebb az etnicitástól függetlenül szegény, leszakadt rétegek bizonyos arányú háttérbe szorulása.

Az elmondottak lezárásául álljon itt egy megjegyzés. Nem bizonyítható, hogy a kimutatható egyenlőtlenség a társadalmi elit és a leszakadók közötti ellátás szintjében közvetlen és nyílt diszkrimináció lenne. Azt pedig egy, az ellátást biztosító orvosok körében végzett vizsgálattal nem lehet kimutatni, hogy a szociálisan deprivált helyzetű betegek gyógyulási, vagy rehabilitációs esélyei valójában milyenek. Kizárólag csak gyanítható, hogy amennyiben a vizsgálatok költség- és az ellátás intézményi szintje esetükben alacsonyabb, ha kisebb arányban végeznek utánkövetést, a gyógyszerköltségek figyelembevétele pedig csorbát szenved – akkor mindez negatív irányban befolyásolja egészségmegtartó vagy gyógyulási, rehabilitációs esélyeiket.

A kutatás azonban kimutatta, hogy sérül az az alapelv, amely szerint minden állampolgár felé azonos mértékű, a lehetőségekhez képest legoptimálisabb ellátást kell nyújtani – függetlenül az állampolgár szociális státuszától, vagy etnikai hovatartozásától.

Védőnők

A védőnői körzetek kialakítása, a védőnők megyei és települési létszáma nem követi az igényeket, sőt akár azokkal éppen ellentétes is lehet.

A védőnők feladatellátása tömeges mértékben aránytalan. Míg a védőnők többsége alacsony vagy közepes leterhelés mellett, egyetlen alapfeladatot ellátva átlagosan egy településen dolgozik, addig a védőnők ötöde magas terhelés mellett sok feladatot lát el, egyszerre több településen.

A védőnői körzetek megyei és települési elhelyezkedése igen komoly, strukturális okot jelentő hozzáférési egyenlőtlenséget takar. Az eleve hátrányosabb helyzetű, szegényebb és aprófalvakra tagolt területeken kevesebb védőnő nagyobb terhelés mellett látja el feladatát, illetve lát el extra feladatokat; ezzel szemben az előnyösebb adottságú megyék, illetve települések több, egyúttal kevesebb munkaterhelés mellett dolgozó védőnővel rendelkeznek.

Összesen a vizsgált védőnők több mint ötöde egyrészt nagy munkateher mellett dolgozik, másrészt az általuk ellátott romák aránya is magas.

A romák magas aránya a legtöbb esetben egyszerűen velejárója a települések saja-

tosságainak; a védőnők nem azért dolgoznak sok ellátottal, vagy több településen, mert ott romák élnek, hanem fordítva: ott élnek magas arányban romák, ahol a védőnők leterheltsége amúgy is magas.

A munkaterhek komoly strukturális tényezőkből adódó eltérései, nem jelentik egyúttal azt, hogy a védőnők magasabb terhelés mellett kevesebb energiát fektetnének munkájukba, továbbképzéseken való részvételükbe.

A magas roma arányú ellátotti körzetben dolgozó védőnők nem képezték magukat magasabb óraszámban, mint más helyen, a romák magas száma nem indikálja (egyelőre) a képzésben való fokozott részvételt.

A védőnői körzetek kialakítása tehát igen komoly strukturális egyenlőtlenségeket takar, az ellátottaknak a rendeletben meghatározott optimális lélekszámát sok esetben háromszorosan is meghaladja az ellátottak valós száma (az egyéb munkaterhekről nem is szólva). A strukturális egyenlőtlenségek a romák arányától függetlenül jelentkeznek, éppen ezért a romák ellátási színvonalát mélyen érinthetik. Alapvető problémának tekinthetjük, hogy egyrészt a betöltött védőnői körzetek területi elhelyezkedése, illetve az ellátottak lélekszámának ingadozása egyaránt ellentétes a rendelet szövegével, illetve szellemével, másrészt nem szolgálja az esélyegyenlőséget, az egyenlő hozzáférés elvét

A védőnők képzettsége, valamint kliensekkel kapcsolatos szemléletmódja alapvetően meghatározza azt, hogy milyen mértékben veszik tudomásul az ellátottak igényeit. A védőnői munka részét képező tanácsadás, az alapvető információk átadása, az egészségügy jellegű segítségnyújtás interaktív folyamat eredménye, amely nagymértékben függ a védőnők szemléletétől (és kevésbé a kliensek jellegzetességeitől). Ez a megállapítás azonban sokkal erősebben vonatkozik a roma ellátottakkal kapcsolatos személetükre, mint a nem romákéval kapcsolatosra.

A védőnők egy nem jelentéktelen csoportja estén a képzettség és az, hogy sok embert kell ellátniuk, elkötelezett látásmóddal párosul; „jobban van szemük” a kliensek igényei iránt.

Azok a védőnők, akik magasan képzettek, egyúttal szemléletükre az elfogadás és nem a cigányellenesség valamely formája jellemző, egyúttal lényegesen magasabb arányban látják azt, hogy roma ellátottaik igénye az egészségügyi segítségnyújtás iránt magas.

Ezzel szemben azon védőnők, akik továbbképzési szintje nem üt meg egy mértéket, illetve személetükre általában jellemző az, hogy klienseik igényeit nem látják magasnak, illetve azon védőnők, akik a cigányellenesség valamely formájával jellemezhetők, egyúttal kevésbé látják roma ellátottaik igényeit. Ez a „vakfolt” a roma kliensek egészségügyi segítségnyújtás iránti igényeire való rálátásnak is akadály.

Az ellátottak igényeire való rálátás hiánya azért akadály a egyenlő szolgáltatások nyújtásának, mert a tanácsadás olyan speciális munka, amely a tanácsadó és a kliens közötti kommunikáció során, interaktív módon valósul meg. Azzal, ha egy segítő foglalkozású olyan kommunikatív teret hoz létre, amelyben a kliens azt látja, hogy nem érzékeli valós igényeit, a segítő valójában már nem tud érdemben segíteni, mert bizalmatlanságot teremtett (potenciális segítsége iránt).

Azon védőnők pl., akik esetében a cigányellenesség valamely formája kimutatható,

együttal – akár szubjektív segítő szándékuknak dacára – bizonyíthatóan kevésbé látják ellátottaik igényeit. Ennek következtében, pusztán a segítő foglalkozások kommunikatív dinamikája ismeretében kijelenthető, hogy e védőnők a szükségesnél kevésbé képesek segíteni roma ellátottaikon.

Cigányellenes attitűdök ez egészségügyben

A cigányellenes attitűdök vizsgálatát három csoportra vonatkozóan végeztük el: azon háziorvosok, illetve védőnők körében, akik olyan településen dolgoznak, ahol a romák aránya meghaladja az egy százalékot, illetve a magyarországi orvosegyetemek hallgatóinak körében.

A cigányellenességet komplex attitűdrendszernek tekintettük, amely három alapvető kérdésből tevődik össze: a cigányokkal kapcsolatos negatív sztereotipizálásból, a cigányokra irányuló diszkriminatív nézetekhez való viszonyból, illetve a cigányokkal kapcsolatos érzelmileg színezett távolságtartásból. A cigányellenesség mérésének ilyen felfogása azokon a nemzetközi és hazai vizsgálatokon alapul, amelyek valamilyen minoritás iránt a többségi társadalomban megnyilvánuló negatív irányú előítéletességet kutatták.

A vizsgálat során öt markáns csoportot különböztettünk meg. A vizsgáltak körének 6,3%-a erősen elutasít mindenfajta cigányellenességet, 21% nem cigányellenes, illetve 28,3% nem hajlamos a diszkriminációt elfogadni. Ennek megfelelően 55,6% nem jellemezhető semmilyen cigányellenességgel.

A vizsgáltaknak tehát kevesebb mint felére érvényes a cigányellenesség valamely fokozata. A vizsgáltak közül 14,1%-ra mondhatjuk azt, hogy erősen cigányellenes, azaz egyaránt jellemző rájuk a negatív sztereotipizálás, a kirekesztéssel való egyetértés, egyúttal az erős érzelmi távolság. Harminc százalék pedig hajlamos a cigányellenességre, amely esetükben azt jelenti, hogy a cigányellenesség mindhárom tényezője jellemző rájuk nézve, azonban kisebb mértékben, mint az erősen cigányellenesek esetén.

A cigányellenességre való hajlam az oksági elemzések fényében meglehetősen mélyen gyökerező a társadalomban, egyúttal a fiatalabb generáció tagjai körében elterjedtebb, mint az idősebbeknél. *A vizsgált kör a társadalom elitjéhez tartozik, egyúttal segítő foglalkozású, vagy arra készül tanulmányai során. A cigányellenesség mértéke, erős gyökerei és a fiatalok között való nagyobb elterjedtsége épp ezért riasztó képet festenek.*

A cigányellenesség a háziorvosok és védőnők között, tehát azok körében, akik aktívan üznek segítő foglalkozást, kevésbé van jelen, mint az egyetemisták között.

A cigányellenességet mindazonáltal nem befolyásolja az a tény, hogy valaki nagy arányban dolgozik romákkal, vagy éppen ellenkezőleg, kevés roma kliense van, a cigányellenesség okai elsősorban olyan mélyen szocializált társadalmi alapértékekkel függenek össze, mint például az intolerancia.

A cigányellenesség kezelése, mértékének csökkentése lényeges és égető össztársadalmi feladat, nem egy szakma, vagy szaktárca egyetlen ügye. Mivel a cigányellenesség okai alapvetően nem az ismeretek hiányából fakadnak, hanem szocializált értékekből, ezért

a cigányellenesség csökkentése elsősorban nem oktatási kérdés. Olyan peremfeltételeket kell teremteni – megfelelő szabályozóeszközökkel és propagandával – amely feltételek a mindennapi életben, illetve a társadalmi megnyilvánulások terén egyaránt szalonképtelenné teszik magát a cigányellenességet. Ilyen esetben várhatjuk, hogy a következő generációban a cigányellenesség mértéke csökkenhet.

Cigányellenes attitűdök vizsgálata

Már előljáróban lényeges hangsúlyozni, hogy a cigányellenesség jellegzetességeinek, a cigányellenesség mértékének megállapítása nem szabad, hogy az egészségügy dolgozóinak stigmatizálásához vezessen. Az előítéletesség, a cigányellenesség természetesen nem egyes szakmai csoportok sajátossága, hanem a társadalom egészében kimutatható attitűdrendszer, okai is mélyen gyökereznek a társadalmi létben.

A cigányellenesség tanulmányozása elsősorban abból a szempontból döntő, hogy a későbbi elemzések során meg lehessen vizsgálni: az befolyásolja-e az orvosok, védőnők ellátottakkal kapcsolatos gyakorlatát; a cigányellenesség egyúttal valamilyen diszkriminatív gyakorlatot is generál-e, avagy sem.

A három foglalkozási csoport körében végzett attitűdelemzés a további elemzések hátterét szándékozott megadni. Ennek a célnak megfelelően, egy olyan tömör, viszonylag könnyen feldolgozható szempontrendszert állítottunk össze a cigányellenes attitűdök mérésére, amely alkalmas a cigányellenességet mint összetett rendszert feltárni, egyúttal nem terheli túl az orvosi- és védőnői gyakorlat szempontjait, mint a súlyponti kérdéseket magában foglaló adatfelvételi eszközt.

A kutatás során tehát a cigányellenes előítéletek, attitűdök rendszerét szándékoztuk vizsgálni, illetve ezek lehetséges okait. Mivel előzetes koncepciónk szerint a cigányellenes attitűdök legalább olyan tagolt rendszert alkotnak, mint az antiszemitizmus²⁰, ezért az antiszemitizmus-kutatások tanulságait felhasználva terveztük meg, majd egy próba-felvétel során ellenőriztük²¹ a mérőeszközt.

Az adatfelvétel párhuzamosan, a cigányellenes attitűdök mérése szempontjából azonos kérdőív-egységgel három célcsoporton zajlott: a házi orvosok, illetve védőnők, valamint orvostanhallgatók mintáján.

Az attitűd szempontból elemzett összesen 1800 főre vonatkozóan az adatok 95%-os megbízhatósági szinten $\pm 1,9\%$ -os hibahatár mellett érvényesek²². Az egyes alminták 95%-os megbízhatósági szinten, a megfelelő helyen jelzett hibahatár mellett reprezentálják a házi orvosok, illetve a védőnők azon sokaságát, akik 1% feletti cigány lakosságú településeken dolgoznak, illetve az orvosgyetemek 4. és 5. évfolyamos hallgatóinak teljes sokaságát. Az elemzésben az egyes csoportokra vonatkozó megoszlások a csoportok önállóan súlyozott arányaira vonatkoznak.

Mint a bevezetőben jeleztük, a cigányellenesség mérésének megtervezésekor az antiszemitizmus-kutatások tapasztalatait, módszertani eredményeit tekintettük elméletileg követendő mintának.

A hetvenes években jelent meg az előítélet-kutatásokban az az irányzat²³, amely az előítéletességet lényeges és egymástól különböző dimenziók közös, multiplikált hatásként értelmezi. Kutatásunk során mi is elkülönítve vizsgáltuk a cigányellenes attitűdök közül a kognitív dimenziót, azaz a cigányellenes sztereotipizálást, a cigányokkal kapcsolatos érzelmi távolságtartást, valamint a cigányok társadalmi kirekesztésére, illetve a kirekesztés elfogadására vonatkozó attitűddimenziót.

A cigányellenes előítéletesség három dimenziójának mérésére három független skálát készítettünk. Az előítéletesség erősségét a három skála-csoportban megfogalmazott kijelentésekre adott válaszok pontértéke alapján mértük. Az egyes kijelentésekkel kapcsolatos állásfoglalást ötfokú skálán adott pontértékekkel jelölték a válaszolók, ahol az 1 a teljes elutasítás, az 5 a teljes egyetértés értéke.

Az előítéletes sztereotipizálás mérésére tíz változót²⁴ szerkesztettünk. Az affektív distancia erősségének mérésére nyolc változó²⁵ szolgált, míg a kirekesztésre való hajlam és a kirekesztés elfogadásának mérésére ugyancsak nyolc²⁶ változó.

Az előítéletes sztereotipizálás mérésére alkalmazott változók a tipikus cigányellenes elképzelések közül a „cigánybűnözés”, a „lustaság, munkakerülés”, az „összeférhetlenség, rosszul szocializáltság”, valamint a „nem a társadalom felelős a problémákért” mozzanatot ragadták meg. A cigányokkal kapcsolatos érzelmi távolság mérésére a Bogardus-skála kérdéseinek cigányságra alkalmazott változatai szolgáltak, míg a kirekesztésre való hajlam mérése a cigányokkal szembeni társadalmi és intézményes fellépés momentumaival való egyetértés mértéke szolgált.

Álljon ehelyütt egy rövid kitérő. Az alkalmazott módszer ugyanis korántsem független a mérés céljától, attól, hogy mit és milyen okból szándékoznak számszerűsíteni. Abban az esetben, ha célunk a cigányellenes attitűdök rendszerén belül a rejtett cigányellenesség feltárása, valamint annak vizsgálata, hogy milyen, a negatívtól eltérő, esetleg pozitív előítéletek élnek a társadalomban, akkor olyan kérdéseket is alkalmazunk, amelyek a nem pejoratív előítéletek mérésére is alkalmasak. Esetünkben azonban a fő szempont a nyílt cigányellenes attitűdök mérhetővé tétele volt, az *antiromanizmus* mérése. Éppen abból az okból az antiromanizmusé, mert célunk annak vizsgálata, hogy a cigányokkal kapcsolatos negatív attitűdök befolyásolhatják-e a napi egészségügyi gyakorlatot.

Az antiromanista attitűdök pedig a cigánysággal kapcsolatos negatív kijelentésekkel közelíthetők meg. A kérdőív adott itemjei egytől egyig a mai magyar társadalomban élő, létező, cigányokkal kapcsolatos negatív attitűdöket megjelenítő állítások. Éppen ezekkel az állításokkal értett egyet⁹⁹ valamilyen mértékben a kutatás során megkérdezettek bizonyos hányada.

⁹⁹ Mint a latencia és megbízhatóság elemzése során látjuk, a cigányellenes nézeteket vallók annak ellenére vállalják ilyen nézeteiket, hogy tudatában vannak azok rasszista mivoltának.

Most térjünk vissza elemzésünk voltaképpeni tárgyához. Elsőként a három skála függetlenségét²⁷, majd a skálák belső konzisztenciáját ellenőriztük. Az eredmény azt mutatja, hogy az egyes skálák a kívánt dimenziókat mérik²⁸. Ennek megfelelően a skálapontszámokat úgy számoltuk ki, hogy az egyes itemekre adott értékeket aritmetikailag összegeztük, az eredményt standardizáltuk (azaz várható értékük 0, és szórásuk 1 lett). A skálák várakozásainknak megfelelően normál eloszlásúak²⁹, tehát pontosan követik a válaszolók várható különbségeit (másként fogalmazva a skálaváltozók információértéke magas).

A standard értékek mentén a válaszolók egyes csoportjai jól összehasonlíthatóak. A skálakon elért pontszámok mutatják meg azt, hogy valaki milyen mértékben és módon cigányellenes. Ahhoz, hogy a cigányellenesség szempontjából az egyes csoportokat elkülöníthessük, cluster elemzést alkalmaztunk³⁰. Az elemzés öt markánsan elkülönülő csoportot mutatott ki.

Az egyes clusterek átlagértékei a cigányellenesség skálákon

Cluster	sztereotipizálás	érzelmi distancia	diszkrimináció
nem cigányellenes	-0,67000	-1,01110	-0,65800
cigányellenességre hajlamos	0,45680	0,39040	0,49860
erősen cigányellenes	1,32190	1,30220	1,57170
nem diszkrimináló	-0,13790	0,11310	-0,54100
cigányellenességet elutasító	-2,24970	-1,89340	-1,27090

Az egyes clustercsoportok értelmezése a következő:

- „Nem cigányellenes”: ebbe a csoportba azok tartoznak, akik az átlaghoz képest egyaránt elutasítják a cigányellenes sztereotipizálást, az érzelmi distanciát kifejező állításokat, valamint azokat a kijelentéseket, amelyek a cigányok kirekesztését fejezik ki. E csoport alkotja a vizsgáltak körének ötödét (21%). Azért nevezzük ezt a csoportot nem cigányellenesnek, mert találkozunk a kérdezettek egy olyan, noha kisebb csoportjával is, amelyre még jobban jellemző a negatív attitűdök elutasítása.
- „Cigányellenességre hajlamosak”: Ebbe a csoportba a vizsgált kör harmada tartozik (30,3%). Ők az átlaghoz képest éppúgy elfogadják a cigányellenes sztereotipizálást és diszkriminációt, mint az érzelmi distanciálást. Azért neveztük e csoportot cigányellenességre hajlamosnak és nem cigányellenesnek, mert az egyes skálákon mutatott értékeik szélsőértéktől való eltérése közepes.
- „Erősen cigányellenes”: e csoport alkotja a vizsgáltak körének 14,1%-át. Mindhárom skálán magas értéket mutatnak, ami azt jelenti, hogy erősen egyetértenek azokkal a kijelentésekkel, amelyek cigányellenes sztereotipizálást, az érzelmi distanciát, valamint a cigányok kirekesztését fejezik ki.
- „Nem diszkrimináló”: Ez a csoport, amely a teljes vizsgált kör ugyancsak közel harmadát alkotja (28,3%), némiképp ellentmondásos attitűddel rendelkezik. Egyrészt a három skálaérték közül kettőben az átlagértéket jelentő nullához közeli értékeket mutatnak, azaz nem különösebben jellemző rájuk a negatív sztereotipizálás, valamint

- az érzelmi distancia, másrészt elutasítják a cigányokkal kapcsolatos diszkriminatív vélekedéseket. Mivel azon csoport tagjaihoz képest, akik nem cigányellenesek, az első két skálaértékük átlag közeli (tehát „átlagosan” sztereotipizálnak), ezért nem sorolhatók a nem cigányellenesek csoportjához. Mindebből következik, hogy e csoport tagjainak cigányokkal kapcsolatos egyetlen markáns attitűdje a kirekesztés elutasítása.
- „Cigányellenességet elutasítók”: az utolsó, egyúttal legkisebb, mindössze 6,3%-os csoport tagjai az egyes skálákon magas negatív értéket mutatnak, azaz erősen elutasítják a cigányellenesség mindhárom attitűdkomponensét.

A cigánysággal kapcsolatos attitűdök százalékos megoszlása

	%
nem cigányellenes	21,0
cigányellenességre hajlamos	30,3
erősen cigányellenes	14,1
nem diszkrimináló	28,3
cigányellenességet elutasító	6,3

A kutatás során feltettük azt a kérdést, hogy kit tekintenek cigánynak. Olyan, egymást kizáró válaszalternatívákat soroltunk fel, amelyek egyaránt élnek vagy élhetnek a köztudatban, egyúttal választásuk nem feltétlenül jár együtt cigányellenességgel, sőt akár a cigánysággal foglalkozó szakértők is magukénak vallanak közülük legalább egyet.

A „ki tekintendő cigánynak” kérdésre kapott válaszok megoszlása

	igen %
Csak az tekintendő cigánynak, aki beszél a cigány nyelvet	1,1
Csak az tekintendő cigánynak, aki önmagát cigánynak tartja	49,0
Csak az tekintendő cigánynak, aki cigány származású	60,0
Csak az tekintendő cigánynak, akit környezete annak tart	7,2

A fenti táblázat adatainak tanúsága szerint a kérdezett háziorvosok, védőnők és orvos-tanhallgatók körében meglehetősen zavar van ebben a kérdésben, egyúttal számosan az egymásnak ellentmondó válaszalternatívák közül többet is választottak. Arra a válaszalternatívára, amely szerint csak az tekintendő cigánynak, aki beszél a cigány nyelvet, a kérdezetteknek ugyan töredéke, mindössze 1,1% válaszolt igennel, de ez a töredék is jelzi: a mai értelmiség egy meghatározó rétege körében, ha töredékesen is, de él olyan kép, mely szerint a cigány identitás és a beszélt cigány nyelv (valamelyik cigány nyelv) szorosan összetartozhatnak.

Az ellenkező végleten foglal helyet az az állítás, mely szerint csak az tekintendő cigánynak, akit környezete annak tart – ezt az állítást kizárólagosnak ugyancsak egy viszonylag kicsiny, 7,2%-os réteg vallja. Közel másfél évtizede romákkal foglalkozó kutatók körében is komolyan vitatott kérdés volt a környezete által cigánynak tekintettek

problematikája³¹. Röviden jelezve, ma leginkább relevánsnak azt a nézetet fogadhatjuk el, amely szerint a környezet romákkal kapcsolatos percepciójában a szegénység, a halmozottan hátrányos helyzet, a szociális-gazdasági depriváció, illetve ezek társas szimbolikában való megjelenése éppúgy domináns tényező, mint az antropológiai sajátosságok szubjektív megítélése. Ennek következményeként a környezet romának elsősorban a mély szegénységben élő romákat látja. Az az ítélet tehát, hogy roma csak az lehet, akit a környezete annak tart, együtt járhat minden roma szegényként való stigmatizálásával (egyúttal persze ellentétes nemcsak a fennálló törvényekkel, de az általában vett emberi jogok tiszteletével is).

Azt a politikailag korrekt és jogszerű válaszalternatívát, amely szerint csak az tekintendő cigánynak, aki önmagát cigánynak tartja, a válaszolók közel fele tartotta helyeslésre méltónak (49%). Felmerülhet a kérdés, hogy noha a kisebbségek jogállásáról szóló törvény közel egy évtizede érvényben van, a megkérdezett értelmiségieknek miért csak fele értett egyet ezzel a kijelentéssel. (Mint a későbbiekben látjuk, a cigányellenességet elutasítók között is sokan az egyéb válaszalternatívákkal értettek egyet.) Kérdés az, hogy milyen mértékű tudása lehet a megkérdezetteknek arról a jelenségről, hogy a népszámlálások során a romák mindössze közel harmada definiálja önmagát romának; az identitás választása vagy elutasítása mögött eltérő félelmek és eltérő asszimilációs stratégiák fedezhetők fel...

A megkérdezettek zöme (60%) azzal az önmagában ellentmondást rejtő kijelentéssel értett egyet, mely szerint csak az tekintendő cigánynak, aki cigány származású. A kijelentés belső ellentmondásossága a „tekintendő” kijelentés és a „származás” megjelölés közti ellentmondásból ered: ugyanis a „származás” a szülők csoport-hovatartozásából fakad; azaz kizárólag azon az emberen „látszik” a származása, akibe e „származást” a szemlélő beleláttni véli. Következésképp a „cigány származás” percepciója igen közel fekszik ahhoz a jelenséghez, amelyről a fentiekben beszéltünk: „cigány, mert annak látom”; azaz a környezet ítélete dönti el a kérdést.

Mindeközben ne feledkezzünk meg arról az inherens ellentmondásról sem, amely a „ki a roma?” kérdés mélyén rejlik. Ugyanis nyilvánvalóan abban az esetben, amennyiben egy olyan ember, aki önmagát valamilyen – pl. asszimilációs készletre visszavezethető – oknál fogva nem tekinti romának, viszont szülei romák, (sőt, akár roma környezete is romának tarthatja), „kiesik” a romák nyilvános közösségéből, azaz politikailag korrekt és jogilag támadhatatlan oldalról definíció szerint nem roma, miközben antropológiai oldalról roma. A társadalom tudatában természetesen lecsapódhat ez az ellentmondás; úgy véljük, a „csak az tekintendő cigánynak, aki cigány származású” kijelentéssel való magas fokú egyetértés egyik magyarázata éppen ebben rejlik. (Miközben, mint a továbbiakban látjuk majd, a kijelentéssel való egyetértés korántsem független a cigányellenesség mértékétől.)

A következőben térjünk át arra a kérdésre, hogyan függ a romaság választott definíciója a cigányellenes attitűdöktől.

A „ki tekintendő cigánynak” kérdésre kapott válaszok megoszlása cigányellenes attitűd szerint

Csak az tekintendő cigánynak...	cigányellenességet elutasító	nem cigányellenes	nem diszkrimináló	cigányellenességre hajlamos	erősen cigányellenes
aki önmagát cigánynak tartja	69,7	62,8	53,5	41,5	28,9
aki cigány származású	37,6	47,3	58,5	68,1	74,4
akit környezete annak tart	4,6	3,5	5,6	9,9	12,2

A táblázat adatiból jól nyomon követhető, hogy az egyes alternatívák választása erősen függ a cigányokkal kapcsolatos attitűdök változataitól. Míg a politikailag leginkább korrekt, noha ellentmondásoktól persze nem mentes kijelentéssel a cigányellenességet elutasítók közel hetven százalékára ért egyet, addig az erősen cigányellenesek körében ez az arány harminc százalék alá csökken.

Az önmagában belső ellentmondást tartalmazó kijelentéssel (aki cigány származású) ellenben legkisebb arányban (37,6%) a cigányellenességet elutasítók értenek egyet, az erősen cigányelleneseknek pedig közel háromnegyede. Hasonló aránytölődés figyelhető meg az utolsó válaszalternatíva esetében is. Az, hogy az egyes, rejtetten a romákat stigmatizáló két utolsó definícióval a cigányellenességet elutasítók egy hányada is egyetért, rávilágít a „ki a roma?” kérdés előzőekben elemzett ellentmondásosságára.

A „ki tekinthető romának?” kérdéshez hasonlóan megkíséreltük elemezni azt a problémát is, hogy a romák lélekszámának becslése függ-e cigányellenes attitűdöktől.

A roma népesség lélekszámának becslése – cigányellenes attitűd szerinti megoszlások (%)

	700–500 ezer	500–300 ezer	300–150 ezer	150 ezer alatt
cigányellenességet elutasító	68,5	25,9	5,6	
nem cigányellenes	70,9	22,7	6,4	
nem diszkrimináló	69,9	24,0	5,5	0,6
cigányellenességre hajlamos	69,5	25,2	5,1	0,2
erősen cigányellenes	77,6	20,0	2,4	
átlagmegoszlás	71,1	23,5	5,2	0,3

Népességszám intervallumokra kérdeztünk rá; véleményük szerint ma Magyarországon melyik sávba eshet a romák lélekszáma. A lélekszám intervallumok kialakítása során természetesen figyelembe vettük a ma rendelkezésre álló tudományos igényű becsléseket is, ezek alapján a romák objektív lélekszáma az első intervallumba esik, közel 600 ezer fő.

¹¹ Mivel a cigányság definíciója és a beszélt roma nyelv közötti alternatívát választók aránya a hibahatár közelében mozog, ezt a csoportot kihagyjuk az elemzésből.

A táblázat adatai többféle tanulsággal is szolgálnak. Az egyik meglepőnek tűnő tény az, hogy a megkérdezett értelmiségiek közel hetven–hetvenöt százalékos arányban jól becsülték a romák lélekszámát, noha e lélekszámról roppant eltérő adatok látnak rendszeresen napvilágot a különböző médiumokban. A másik meglepő, és az előzőtől nem független tény az, hogy a megkérdezettek átlagosan öt és fél százaléka hihetetlenül alacsonyra becsüli a romák magyarországi lélekszámát, tehát voltaképp nincs tudomása a valóságos demográfiai arányokról.

A következő, ugyancsak meglepő tapasztalat azt mutatja, hogy a lélekszám becslése szinte független a cigányellenes attitűdöktől, egyedül az erősen cigányellenes csoport az, amelyik kimutatható mértékben felülbecsli a romák lélekszámát (a lineáris regresszió adatai szerint az erős cigányellenesség hatása a lélekszám túlbecslésre 6,5%).

Végezetül érdemes vizsgált alcsoportok szerint áttekinteni³² a cigányellenes attitűdök megoszlását.

A cigánysággal kapcsolatos attitűdök aránya

	átlag	házi orvos	védőnő	orvostanhallgató
cigányellenességet elutasító	6,3	10,8	9,8	2,9
nem cigányellenes	21,0	28,5	19,1	19,0
nem diszkrimináló	28,3	27,7	31,1	25,7
cigányellenességre hajlamos	30,3	22,2	30,0	33,2
erősen cigányellenes	14,1	10,8	9,9	19,3

A házi orvosok és védőnők között a cigányellenességet elutasítók aránya átlag feletti, közel tíz százalék. Velük szemben az orvostanhallgatók között az antirasszista attitűddel jellemezhető aránya igen alacsony.

A házi orvosok csoportjában a cigányellenességgel nem jellemezhető aránya átlag feletti (28,5%), miközben a védőnők és a diákok csoportjában átlag körüli értéket vesz fel. A nem diszkriminálók mindhárom almintában átlag körül fordulnak elő.

A házi orvosok között a cigányellenességre hajlamosak aránya átlag alatti, az orvostanhallgatók almintájában némiképp átlag feletti. Az erősen cigányellenesek megoszlása ugyancsak azt a képet mutatja, mely szerint a két szakmáját gyakorló csoportban lényegesen kisebb arányban fordulnak elő, velük szemben azonban az orvostanhallgatók közel ötöde jellemezhető erősen cigányellenesként.

Az ismertetett megoszlások a három vizsgált csoport egymáshoz, illetve az átlaghoz mérhető különbségeit tárják fel. Lényeges megjegyezni, hogy többváltozós módszerekkel megvizsgálva kiderül: a foglalkozási csoporthoz tartozás nem áll oki összefüggésben a cigányellenesség mértékével, típusaival. A cigányellenesség mértékét nem befolyásolja az a kérdés sem, hogy a házi orvosok vagy védőnők milyen környezetben dolgoznak, ellátottaik között mekkora a romák aránya. Ez arra a szakirodalom által rendszeresen megerősített összefüggésre hívja fel a figyelmet, mely szerint az előítéletesség meglehetősen független az előítélet alanyival való érintkezés gyakoriságától. Éppen ezért

kijelenthetjük, hogy a gyakorló szakemberek alacsonyabb, illetve az orvostanhallgatók látványosan magasabb arányban megmutatkozó cigányellenessége nem annak következménye, hogy egyikük gyakorlata során magasabb, míg másikuk tanulmányai során alacsonyabb arányban találkozik romákkal.

Az orvostanhallgatók körében lényegesen nagyobb arányban megmutatkozó cigányellenesség oka sajátos módon fiatalabb korukban keresendő; másként fogalmazva a fiatalabbak körében a cigányellenesség lényegesen nagyobb mértékben van jelen, mint az idősebb korosztályban.

A megállapítás igazolására a háziorvosok csoportján belül végzett életkor szerinti elemzést választottuk. Az orvosokat négy egyenletes életkori rétegbe soroltuk. Az alábbi táblázat a cigányellenesség egyes változatainak eloszlását korcsoportos rétegek szerint tünteti fel.

Cigányellenes attitűdök eloszlása a háziorvosok korcsoportjaiban (%)

	27–45	46–52	53–58	59–78	átlag
cigányellenességet elutasító	1,7	17,6	16,1	8,7	10,8
nem cigányellenes	27,8	30,8	32,1	22,9	28,5
nem diszkrimináló	21,8	30,6	28,0	33,1	27,7
cigányellenességre hajlamos	30,7	13,2	16,2	26,8	22,2
erősen cigányellenes	18,0	7,7	7,6	8,5	10,8

A 27–45 éves korosztály attitűd szerinti eloszlása roppant hasonlatos az orvostanhallgatók hasonló eloszlásához. Feltűnő, hogy körükben a cigányellenességre hajlamosak aránya a háziorvosi minta átlagának másfélszerese, az erősen cigányelleneseké pedig az átlag közel duplája (míg a cigányellenességet elutasítók aránya az átlag töredéke!)

A cigányellenesség elutasítása a középgeneráció tagjai körében az átlaghoz képestben jelentősen magasabb értéket mutat, míg a cigányellenességre való hajlandóság és az erős cigányellenesség alacsonyabb értéket.

A fiatal generációban a cigányellenesség magas értékeinek magyarázatát keresve azt látjuk, hogy az életkor valóban komoly oki tényező; a cigányellenesség elutasításának alacsony értékét a kor 22%-ban magyarázza (a lineáris regresszió beta értéke 0,224), a cigányellenességre való hajlam mértékét 19%-ban (beta 0,187), az erős cigányellenességét pedig 15%-ban (beta 0,147)

Igen komoly figyelmeztető jelnek tekinthetjük, hogy a fiatal generáció tagjai körében a cigányellenesség lényegesen magasabb, mint az idősebbeknél: a cigányellenesség terjed a társadalomban, méghozzá azok körében, akik a jövő orvosgenerációját alkotják.

Latencia, a cigányellenesség mérésének megbízhatósága

A cigányellenesség mérése kapcsán felmerülhet a kétely azt illetően, hogy a válaszolók valójában mennyire híven fejezték ki valós véleményüket, illetve a véleménynyilvánítás során milyen méretékben torzítanak. A cigányellenes vélemények kinyilvánítása során

a válaszolók érzékelhetik azokat a tabukat, amelyek – legalább is értelmiségi körökben – az ilyen negatív véleményeket övezik. Mérési eredményeink csak abban az esetben tekinthetők érvényesnek, ha bizonyítva látjuk, hogy a válaszolók nem torzítottak, hiteles véleményüket fejezték ki a kérdezés során.

Mivel mérőeszközünk a mai magyarországi, cigányokkal kapcsolatos előítéletek közül a negatívakkal operált, a véleménynyilvánítás eltorzításával kapcsolatban táplálhatunk olyan gyanút, mely szerint talán lehettek olyanok, akik valós cigányellenes előítéleteiket leplezték – éppen azért, mert nyílt rasszista kijelentéseket kellett megítélniük – tehát őket helytelenül valamelyik nem rasszista clusterbe soroltuk. A helytelen clusterbe sorolás, illetve a véleménytorzítás felfedésére szolgál a latencia elemzése.

A vélemények eltitkolásának vagy torzításának két fajtáját különíti el a szakirodalom: kommunikatív latenciáról beszélünk akkor, amikor a válaszolók nem valós véleményüket fejezik ki, mivel érzékelik a tabuk nyomását. Abban az esetben, amikor egyszerűen nem válaszolnak (mert vagy nem akarnak, vagy nem tudnak, nincs véleményük), ténybeli latenciáról beszélünk.

Adatfelvételünk során a megkérdezettek szinte minden, a cigányellenes attitűdöket firtató kérdésre válaszoltak (a nem válaszolók maximális aránya az egyes clusterekben 1,5%, hibahatár körüli értéken mozgott), így ténybeli latenciával nem találkozunk. A ténybeli latencia hiányának egyik magyarázata lehet az, hogy az egyes itemekre skálázott válaszokat kértünk, az egyetértés mértékét fejezték ki a válaszolók, tehát nem „igen vagy nem” típusú döntéshelyzetbe kerültek: ez megkönnyíthette, hogy minden kérdésnél jelöljenek valamilyen véleményt.

A kommunikatív latencia mérésére a kérdőív három kijelentést tartalmazott, ezek mindegyike úgy lett megszerkesztve, hogy a velük való egyetértés egyúttal feltételezi a cigányellenesség valamilyen fokozatát is. A kijelentések elfogadása tehát együtt jár valamelyik cigányellenes attitűddel, a három kijelentés egyidejű elfogadásának mértéke pedig a cigányellenesség mértékével együtt nőhet.

Az egyes latencia itemekkel való egyetértés %-a

	egyetért	nem válaszol
amit a cigányokról gondolok, nem mondom el akárkinek	45,2	3,1
azt hiszem, sokan nem merik nyíltan elmondani, mit gondolnak a cigányokról	73,2	2,3
ha az ember rosszat mond egy cigányról, mindjárt rasszistának bélyegzik	59,2	2,7

Mint látjuk, az egyes latenciát mérő itemekkel való egyetértés aránya egyenetlen, legerősebben a középső kijelentéssel értettek egyet a felvétel alanyai. Ahhoz, hogy a latenciát mérő kérdéseket kontrolláljuk (egységesen és egyaránt azt mérik-e, hogy az alany érzékeli meglévő cigányellenes attitűdje iránti negatív társadalmi nyomást) – az itemekre kapott értékeket faktorelemztük. A faktorelemzés során a válaszmegtagadókat

külön kódoltuk, hogy önálló, mérhető értéket képviseljenek. Az elemzés igazolta a várakozásokat: három változó egyetlen főkomponensbe rendeződik³³, a megmagyarázott variancia 77,1%. Ezek után latencia indexet képeztünk; kiszámoltuk, hogy mekkorák az egyes kijelentésekkel való halmozott egyetértési arányok.

Latencia index a válaszolók %-ban

	%
0 állítás igaz	11,3
1 állítás igaz	25,0
2 állítás igaz	34,0
3 állítás igaz	28,2
Nem tudja / nem válaszol	1,4

Az egyes cigányellenes attitűd típusokhoz tartozók esetében a latencia index aránya alkalmas annak eldöntésére, hogy

a) úgy befolyásolta-e válaszaikat a negatív előítéletekkel kapcsolatban érzékelhető rejtett társadalmi nyomás, mintha nyílt kommunikatív helyzetben válaszoltak volna (tehát az érzékelt tabuk a negatív előítéletek eltitkoláshoz vezettek), vagy

b) az anonim kérdőív kitöltési helyzetben tényleges attitűdjeikről adtak számot.

Látjuk, hogy a három kijelentéssel való együttes egyetértés aránya viszonylag magas; kérdés tehát, hogy azok, akik mindhárom kijelentéssel egyetértettek, hol helyezkednek el az antiromanizmus típusrendszerében. Mint a következő táblázat adatiban nyomon követhető, a latencia-nyomás érzékelése valóban együtt növekszik a cigányellenesség mértékével. A cigányellenességet elutasítók között azok, akik 2–3 kijelentéssel értettek egyet, összesen 31,5%-ot tesznek ki, míg az erősen cigányellenesek között ez az arány 84,3%, az utóbbiak indexpontja pedig az előbbi csoportnak több mint a duplája.

Latencia index százalékos eloszlása az egyes cigányellenes attitűd típusok között

	0 állítás igaz	1 állítás igaz	2 állítás igaz	3 állítás igaz	nem tudja, egyikre sem	Indexpont értéke
cigányellenességet elutasító	22,5	43,2	25,2	6,3	2,7	113
nem cigányellenes	16,8	37,6	31,1	13,5	1,1	140
nem diszkrimináló	13,4	24,2	40,0	22,0	0,4	170
cigányellenességre hajlamos	7,1	19,9	34,8	37,8	0,4	203
erősen cigányellenes	3,6	11,6	31,3	53,0	0,4	233

Kérdés lehet a továbbiakban, hogy előfordult-e cigányellenesség szempontjából helytelen besorolás; azon cigányellenességet elutasítók között, akik mindhárom kijelentéssel egyetértettek, találunk-e olyanokat, akik valójában cigányellenesek, de konform választ adtak az egyes skálakérdésekre. A másik oldalon, az erősen cigányellenes csoportba soroltak között lehetnek-e valójában nem cigányellenesek: azok, akik csak egy kijelentéssel értettek egyet (vagy egyikkel sem). A kérdést több szempontból lehet megválaszolni.

A cigányellenességet a vizsgáltak körének 6,3%-a utasítja el. Mivel közülük 6,3% értett egyet három, míg 25,2% két kijelentéssel; így a teljes sokaságra vonatkoztatva a helytelenül besoroltak aránya 0,4–2% között mozoghat.

Az erősen cigányellenesnek minősülők összaránya 14,1%. Közülük 3,6% egyik latenciát mérő kijelentéssel sem értett egyet, míg 11,6% csak egy kijelentéssel. Ennek megfelelően, a teljes sokaságra vonatkoztatva a helytelenül besoroltak aránya 0,5–1,6% között mozoghat.

Mint látjuk, azok aránya, akiket a két szélső ponton esetleg helytelenül soroltunk be valamelyik attitűdcsoportba, roppant alacsony, a becsült felső érték is a mérési hibahatár környékén mozog.

Az esetleges helytelen besorolás ellenőrzésének másik módjaként regresszió elemzéssel megvizsgáltuk, hogy az egyes antiromanista csoportba tartozók hatása a latencia index változására mekkora. Az elemzés kimutatta³⁴, hogy minden esetben konzisztens összefüggés található a csoportbesorolás és a latencia nyomás érzékelése között.

Mindebből tehát az következik, hogy azok, akik nyilvános kommunikatív helyzetben esetleg konform választ adtak volna a cigányellenességet mérő skálakérdésekre, az anonim felvétel során kinyilvánították valódi véleményüket.

Joggal felmerülhet a kérdés, hogy vajon foglalkozási csoportonként előfordulhatott-e helytelen besorolás. A három alcsoport adatait elemezve azt tapasztaljuk, hogy a latencia index és az antiromanista attitűd összefüggése azonos³⁵, a várható besorolási hiba pedig a teljes sokaság azonos hibaintervallumaihoz hasonlóan alacsony.

A cigányellenesség okainak modellezése

Az egyes foglalkozási csoportok antiromanista attitűd szerinti elemzésekor már jeleztük, hogy megvizsgáltuk: található-e összefüggés az ellátottak becsült roma aránya, vagy pl. települési jellemzők, illetve a cigányellenesség mértéke között. Arra a megállapításra jutottunk, hogy ilyen stabil összefüggések nem állapíthatók meg, a kérdezettek cigányellenességét más okok befolyásolhatják.

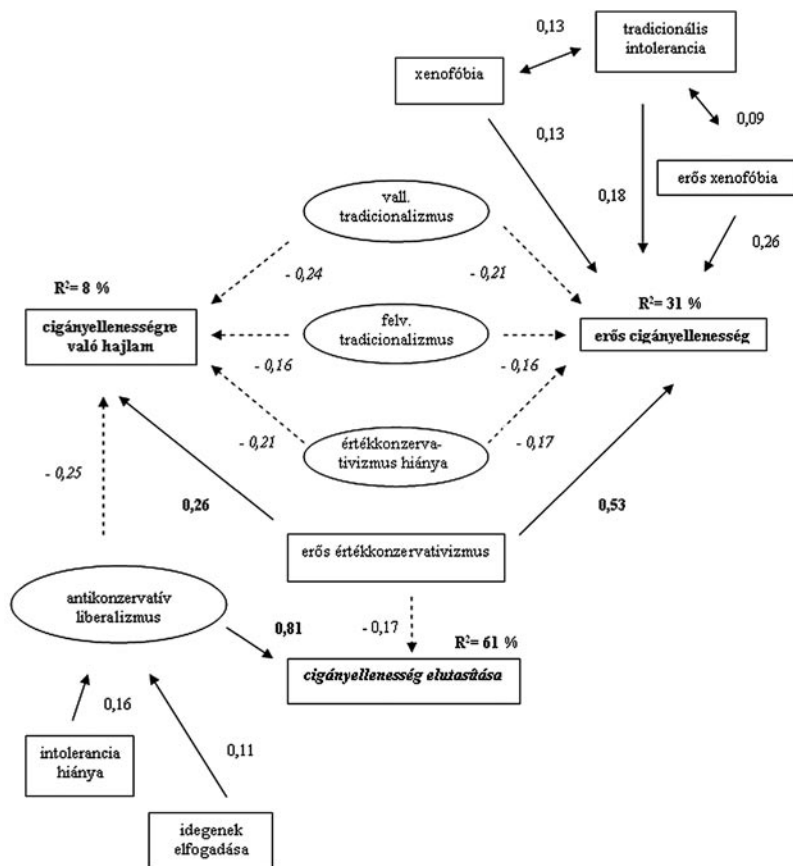
Mivel a házi orvosok és védőnők körében végzett attitűdelemzés szükségképpen csak néhány egyéb, a cigányellenességgel vélhetően összefüggő attitűd vizsgálatára térhetett ki, ezért a hasonló kutatások tapasztalatait felhasználva azt elemeztük, hogy a cigányellenesség okai között milyen szerepe van a xenofóbiának (az idegenekkel kapcsolatos ellenszenvnek), az intoleranciának (egyes kiszolgáltatott vagy anomias csoportokkal kapcsolatos ellenszenvnek), az érték-konzervativizmusnak (hangsúlyo-

zottan érték- és nem politikai konzervativizmusról van szó), illetve a felekezettől független vallásosságnak.

A felsorolt attitűdök vizsgálatára a mérőeszközben kérdéscsoportokat helyeztünk el, amelyekre a kérdezettek skálázottan, az egyetértés, vagy a rokonszenv-ellenszenv egyes fokozatai mentén válaszolhattak. Az eredményeket főkomponens, illetve faktorelemzésnek vezettük alá, majd clusterezéssel állapítottuk meg az egyes attitűdökkel jellemezhető típusait és az azokba tartozók számát. A következőkben az egyes attitűdöknek a cigányellenességre gyakorolt hatását lépésenként végzett regresszió elemzéssel számoltuk ki, minden esetben áttekintve a hatás jellemző irányát. (Az olvasó munkájának megkönnyítése végett az egyes attitűdök komponensek kiszámításának leírását a jegyzetek között helyeztük el.) A következő oldalakon található a regresszió elemzés eredményének ábrái.

Az elemzés során világossá vált, hogy noha a cigányellenesség típusait fokozatoknak lehet tekinteni a cigányellenesség elutasításától az erős cigányellenességig, azonban az egyes antiromanista típusok kialakulásának meglehetősen eltérő okai vannak, meglehetősen eltérő attitűdök állnak a háttérben.

A cigányellenesség két típusának, valamint a cigányellenesség elutasításának oksági modellje. (lineáris regresszió, béta együtthatók)



A cigányellenesség nem homogén attitűd, hanem olyan attitűdrendszer, amelynek egyes elemeit eltérő mértékben és összeállításban magyarázzák egyéb attitűdök.

Az erős cigányellenesség kialakulását több tényező együttes hatása magyarázza, méghozzá együttesen magas értéken (R² = 31%). Az idegenek iránti ellenszenv, a xenofóbia³⁶ (amely elemzésünkben önmagában is több rétegből álló attitűd) dimenziói közül az erős xenofóbia hatása az, ami igazán jelentős. A modern és elidegenedett tömegtársadalmakban jellemzően megtalálható intolerancia³⁷ hatása önállóan jelentkezik, viszont legerősebb hatást a tekintélyelvűsége alapuló erős értékonzervativizmus³⁸ fejt ki.

Az erősen konzervatív, rigid és tekintélyelvű értékvilággal jellemezhetőkkel szemben azok, akiknek értékszémlete inkább tradicionalistának nevezhető – legyenek akár vallásos, akár aufklerista indíttatásúak – elutasítják az erős cigányellenességet (ezt a negatív viszonyt látjuk a mínusz előjelű béta együtthatókban megjelenni). Azok, akiknek értékvilága nélküli a konzervativizmus elemeit, noha egyúttal nem liberális szemléletűek, ugyancsak elutasítják az erős cigányellenességet (béta = - 0,17).

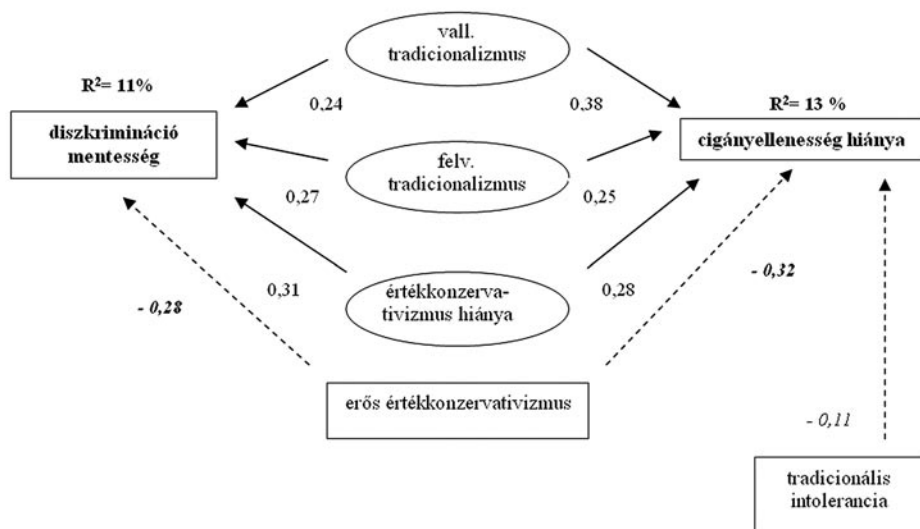
A cigányellenességre való hajlam magyarázata érdekes módon másban keresendő, mint az erős cigányellenességé. Ugyanis egyetlen pozitív magyarázó hatást találunk, az említett erős értékonzervativizmust (megmagyarázott hatás; béta = 0,26). Az anti-konzervatív (liberális) értékszémlettel jellemezhető, a vallásos, illetve felvilágosult tradicionalisták, illetve a nem konzervatívok egyaránt és közel hasonló mértékben utasítják el a cigányellenességnek ezt a válfaját. Az intolerancia hiánya, illetve az idegenek elfogadása (a xenofóbia ellentettje) csak közvetett, a liberalizmuson keresztül érvényesülő, elutasító hatást fejt ki.

Várakozásainkkal szemben sem a xenofóbia, sem az intolerancia nem gyakorol hatást a cigányellenességre való hajlam megjelenésére^{ss}. Ez az „átlagosnak” nevezhető cigányellenesség tehát a vizsgált tényezők közül egyedül az erős értékonzervativizmustól függ pozitív mértékben. (A pozitív és negatív hatások együttes magyarázó ereje sem túl magas, mindössze 8%.) Adataink alapján gyanítható, hogy a cigányellenességre való hajlamnak nevezett attitűd, az „átlagos cigányellenesség” viszonylag önálló attitűd, „nem kell hozzá xenofóbnak vagy intoleránsnak lenni”, hogy valaki átlagos mértékben cigányellenes legyen. Úgy látjuk, hogy kutatásunk egyik váratlan, egyúttal roppant megrázó felismerésére jutottunk ezzel: a mai magyar társadalomban a cigányellenesség „soft” válfaja természetessé vált.

A cigányellenesség elutasításának egyetlen komoly, egyúttal nagyon magas erejű magyarázó tényezője az antikonzervativizmus / liberalizmus (béta = 0,81!). Ez az attitűd oly mértékben áll távol a cigányellenesség erősebb válfajától, hogy még negatív, elutasító viszony sem mutatható ki („közük nincs hozzá”): maga a cigányellenesség elutasítása a legkomolyabban igenelt attitűd körökben, egyúttal a cigányellenesség „soft” válfaját is természetesen elutasítják (béta = - 0,25).

A következőkben a cigányellenesség tipológiájának két hátralevő elemét, a diszkriminációmentességet, a cigányellenesség hiányát elemezzük kauzális mutatók alapján.

^{ss} Várakozásunkat az eddigi, rasszizmus tárgyú kutatások támasztják alá, amelyek egy adott népcsoporttal szembeni negatív előítélet háttérében konzekvensen a xenofóbia, az intolerancia és a merev tekintélyelvűség együttesét találják.



Az előzőekben láttuk, hogy a vallásos vagy felvilágosult tradicionális értékszemlélettel jellemezhető, illetve azok, akik noha nem liberálisok, de elutasítják az értékkonzervativizmust, egyúttal elutasítják a két cigányellenes attitűdöt is. Ezzel konzisztensen igenlik a diszkriminációmentességet, illetve a cigányellenesség hiányát.

Ugyancsak az eddigi eredményekkel összhangban, az erős értékkonzervativizmussal jellemezhető elutasítják a diszkriminációmentességet, illetve a cigányellenesség hiányát. Noha kisebb magyarázó erővel, de a tradicionális intoleranciával jellemzettek ugyancsak elutasítják a cigányellenesség hiányát (elvégre bizonyos mértékben igenlik az erős cigányellenességet).

Ami a fenti ábra kauzális összefüggéseiben ismét csak feltűnő, az a xenofóbia, mint magyarázó elv hiánya, hiszen várakozásaink szerint az idegengyűlöletnek negatív erővel kellene hatnia a két, nem cigányellenes attitűdre. A xenofóbia, mint negatív kauzális tényező hiánya megerősíti az iménti megrázó felismerést: a mindennapi, „soft” cigányellenesség „természetes” tényezője a társadalmi tudatnak; amennyiben magyarázatához nem szükséges az idegenellenesség, úgy azok, akik cigányellenességre hajlamosak, nem idegenként szemlélik a romákat, hanem „csak” cigányként.

Egy rövid, a kauzális összefüggéseket tovább elemző kitérő után visszatérünk ehhez a kérdéshez.

Az orvostanhallgatók mintájában az adatfelvétel során szerepeltettünk néhány olyan kérdést is, amelyet a két másik foglalkozási csoport körében szükségképp nem vizsgálhattunk. E kérdések nyomán elemeztük a szülők iskolai végzettsége, a gyermekkori lakóhely urbanizációs foka hatását a cigányellenes attitűdökre, valamint azt a kérdést, hogy a múltbeli, a jelenkori és a remélt jövőbeni anyagi helyzet (a szubjektíven megélt társadalmi státuszmobilitás egyik aspektusa) milyen hatást gyakorol.

Egy adott népcsoporttal szembeni negatív attitűdöket elemző kutatások azt bizonyították, hogy a szocioökonómiai státusz hatása lényegesen kisebb, mint az általunk is elemzett xenofóbiáié vagy intoleranciáié. Az orvostanhallgatók esetében hasonló eredményekre jutottunk; a lakóhely hatásai közül számottevő, hogy a Budapesten születettek között a cigányellenességet elutasítók aránya az átlag háromszorosa, az erősen cigányelleneseké pedig közel fele (a legkisebb településeken születettek esetében ez a tendencia éppen fordított, noha nem találunk ekkora aránykülönbséget). A szülők iskolai végzettségének hatásai közül egyrészt a felsőfokú végzettségű anyáké emelkedik ki, az ő gyermekeik lényegesen jobban³⁹ elutasítják a cigányellenességet, másrészt a szakmunkás végzettségű apák gyermekei jobban hajlamosak⁴⁰ a cigányellenességre.

A társadalmi státusz változásának szubjektív hatásai⁴¹ közül két csoporté emelkedik ki. Az egyik csoport tagjainak jelenkori szubjektív anyagi helyzete lényegesen rosszabb, mint gyermekkoruk idején volt, egyúttal erős bizalom él bennük a jövőbeni magas anyagi nivó, a felemelkedés iránt. E „szubjektív státuszcsoporthoz” tagjainak hatása az erős cigányellenességre viszonylag jelentős, egyúttal az ő körükben a cigányellenesség elutasítása kevésbé talál visszhangra⁴². A másik csoport az előzővel ellentétes, de ugyancsak szubjektív bizonytalanságot jelzőkből áll; a jelenkori státuszt ugyan jobbnak élik meg, mint a meglehetősen rossznak átélt gyermekkorit, azonban jövőbeni kilátásait hasonlóan rossznak látják, mint amilyen az gyermekkorukban volt⁴³. Ők ugyancsak negatívan viszonyulnak a cigányellenesség elutasításához.

Az elemzés során azt látjuk tehát, hogy azok az elképzelések, amelyek az életpálya szubjektíven megélt anyagi státuszához kapcsolódnak, ugyancsak befolyásolják a cigányellenességet (miközben például nincsenek hatással az idegenellenességre).

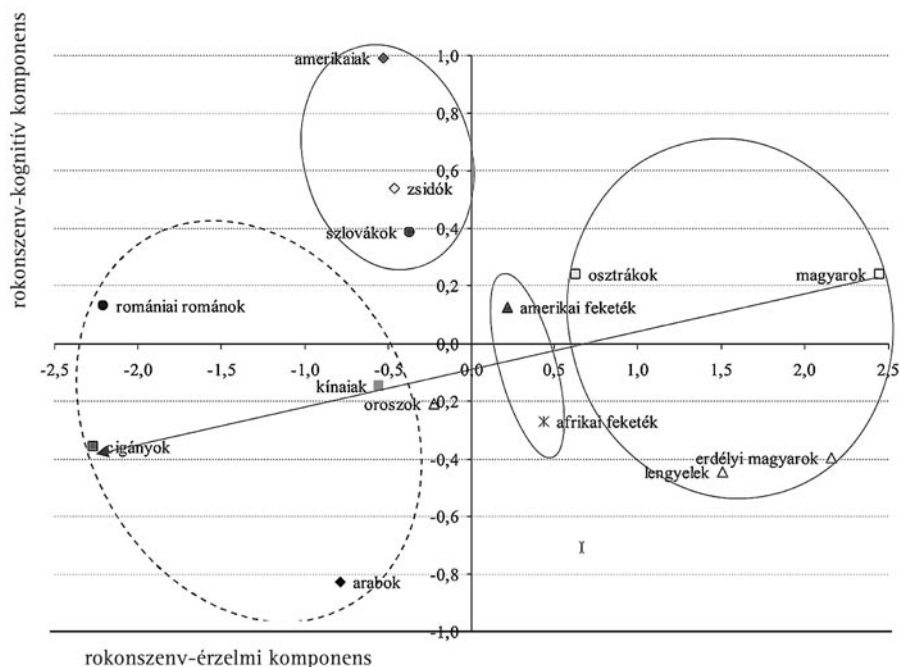
Az előzőekben felismertük, hogy a cigányellenességre való hajlandósághoz nem szükséges az idegenellenesség. Az egyes alcsoportok közül az orvostanhallgatók körében találjuk meg legnagyobb arányban azokat az attitűdöket, amelyek jelentős oki tényezői az erős, illetve a közepes erejű cigányellenességnek.

Mivel ez az alcsoport egyúttal életkor szempontjából a leginkább homogén, egyúttal méreténél fogva a legkisebb hibahatáron elemezhető önmagában, ezért az orvostanhallgatókra vonatkozóan, az eddigiekhez képest elérő módon is megvizsgáltuk az egyes idegennek tekintett csoportokkal kapcsolatos viszonyukat.

Újra elemeztük a xenofóbia vizsgálatánál már értelmezett válaszokat; milyen mértékű rokonszenvet vagy ellenszenvet tanúsítanak egyes etnikai csoportok tagjaival szemben. Az elemzés módszerül a többdimenziós skálázás kínálkozik⁴⁴, amelynek segítségével árnyaltabban értelmezhető az egyes etnikai csoportokkal⁴⁵ kapcsolatos affektív / kognitív távolság.

⁴⁴ Ahhoz, hogy a romákkal kapcsolatos viszonyukat is elhelyezhessük a már elemzett „etnikai palettán”, a romákkal kapcsolatban is feltettük ugyanazt a kérdést, mint amelyet a többi népcsoporttal kapcsolatban.

A rokonszenv-választás alapján kialakított kétdimenziós skálamodell az orvostanhallgatók körében – feltüntetve a faktorcsoportokat^{uu}, valamint az összetett távolság mértékét



Az ábra a válaszadatok többdimenziós skálázása nyomán kialakult „térkép” mutatja, amelyen a rokonszenv / ellenszenv két dimenzióra bomlik; egy tisztán affektív, és egy érzelmileg színezett kognitív dimenzióra. A kognitív-affektív viszonyt plasztikussá tevő térképen nyomon követhető, hogy az egyes etnikai csoportok egymáshoz képest hol helyezkednek el az orvostanhallgatók tudatában. Az érzelmi komponens azt fejezi ki, hogy a válaszolók hol látják az egyes csoportok relatív helyét saját érzelmeik szűrőjén át, a kognitív komponens értelmét képletesen szólva úgy lehet kifejezni, hogy – érzelemmel telítetten, és egymáshoz képest –mennyire néznek fel az egyes etnikai csoportokra, avagy mennyire nézik le azokat.

A tisztán affektív tengely pozitív oldalának szélén a magyarországi magyarokat látjuk (őket „szeretik” legjobban), míg másik szélén a cigányokat (ők az érzelmileg leginkább ellenszenvesek). Az érzelemmel telített kognitív tengely pozitív végén az amerikaiakat találjuk (rájuk „néznek leginkább fel”), míg a mélyponton az arabokat (őket „nézik leginkább le”).

A kognitív komponens tengelyén való elhelyezkedés plasztikusan ábrázolja azt, hogy az orvostanhallgatók személetesében az érzelmileg színezett kognitív távolság az egyes

^{uu} Lásd a „Xenofóbia mérése és típusai” című jegyzetet

csoportokkal kapcsolatban eltérő okokra vezethető vissza. Ugyanis érdemes figyelembe venni, hogy a cigányok, az afrikai feketék, a lengyelek, illetve az erdélyi magyarok közel azonosan negatív megítéléséhez hozzátartozik az is, hogy az utóbbi két csoport egyúttal egyrészt az érzelmi skálán erős pozitív értéket kap, másrészt a „rokon, barát” faktor tagjai. A két utóbbi csoport tehát vélhetően inkább az országok gazdasági helyzetének az orvostanhallgatók által való megítélése okán lehet „lenézett”, míg pl. az arabok csoportja ettől teljességgel eltérő ok miatt. Az afrikai, illetve az amerikai feketéknek az érzelmi tengely pozitív oldalán való elhelyezkedés minden bizonnyal a fiatalok, illetve a (zenei) multikultúra közelségére vezethető vissza, miközben az amerikai feketék respektje az afrikaiakéval ellentétes, a pozitív mezőben helyezkedik el.

A tisztán affektív, valamint az érzelmileg színezett kognitív tengelyen való elhelyezkedés diszkrepanciáit remekül példázza a „markáns identitású”-nak nevezett faktor tagjainak (amerikaiak, zsidók, szlovákok) helyzete: e faktor tagjainak respektje ugyan magas, azonban érzelmileg távol állnak.

Visszatérve a cigányok csoportjának elhelyezkedésére az affektív-kognitív dimenzióban, azt látjuk, hogy az orvostanhallgatók szemében ők a leginkább ellenszenvesek, s az ellenszenv mértékénél jóval kisebb arányban, de lenézettek. Amennyiben az egyes csoportok megítélésének relatív, egymáshoz mért pozíciót tekintjük át, látjuk, hogy a magyarországi magyarok pozíciójához képest a cigányok két tengelyen egyidejűleg mért távolsága a legnagyobb.

Az orvostanhallgatók szemléletében tehát a magyaroktól – érzelmi távolság, egyúttal respektus szempontjából legtávolabb a cigányok helyezkednek el, minden más etnikai csoportnál messzebb.

Háziorvosok

Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés strukturális kérdései

Elsőként célszerű áttekinteni a háziorvosok települési elhelyezkedésére, a praxisuk által ellátott településekre, illetve az ellátottak számára vonatkozó összefüggéseket. A minta kialakítása során feldolgozott adatokból tudjuk, hogy a háziorvosok országos eloszlása egyenetlen; a kiválasztott 982 településen dolgozó 4787 háziorvos közül pl. csak Budapesten 1100 dolgozik, míg számtalan településen nincs háziorvos (vagy a praxis betöltetlen); e települések lakosait más településeken dolgozó orvosok látják el.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek okai között első helyen tehát azok a strukturális kérdések szerepelnek, amelyek meghatározzák, hogy az eltérő településszerkezetű megyék lakossága nem azonos módon fér hozzá a háziorvosok szolgáltatásaihoz.

Területi ellátottság és egyenlőtlenség – országos adatok

A területi ellátottságból következő egyenlőtlen hozzáférés problémáit két nagy csoportra oszthatjuk: azon települések problémáira, amelyeken van háziorvos, egyúttal az

e háziorvosok által ellátottak száma roppant eltérő, másrészt azon települések problémáira, amelyeken nem dolgozik háziorvos (tehát más településekről járnak át). Mivel elemzésünk egyik fókuszja a roma népesség ellátottságának kérdése, ezért a területi egyenlőtlenségek kérdéseit azokon a településeken vizsgáljuk, amelyekben a roma népesség aránya a becslések szerint meghaladja az 1%-ot (összesen 1834 olyan település van az országban). E települések közül tehát 982-ben dolgozik háziorvos, míg találunk 852 olyan települést, ahol a romák aránya 1% feletti, egyúttal nincs háziorvos a településen.

A következőkben elsőként azokat az adatokat elemezzük, amelyek az országos alapstatisztikákból rendelkezésre állnak, és ezt az elemzést követi a kutatás során felvett adatok elemzése.

Mivel a háziorvosok települési elhelyezkedése, a települések orvosi lefedettsége roppant egyenetlen; egy olyan index használatát vezetjük be, amely egyszerre képes kifejezni azt, hogy egy háziorvosra hány potenciális kliens jut, illetve a lakosság házi-orvosi ellátottsága mekkora. Ez az index az a szám, amely kifejezi, hogy egy adott településen egy háziorvosra hány lakos jut. Az index (orvos/lakos fő) független attól, hogy az adott település adott háziorvosa ténylegesen hány regisztrált potenciális klienssel rendelkezik (mekkora a „kártyaszáma”), illetve független a betegforgalom tényleges nagyságától. A „orvos /lakos fő” index egyszerűen azt fejezi ki, hogy területi elhelyezkedéstől, urbanizációs foktól és településmérettől függően milyen az orvosi lefedettség, illetve mekkora az egy háziorvosra jutó potenciális kliensszám.

Az ország azon 982 települését, amelyen dolgozik háziorvos, illetve a romák becsült aránya meghaladja az 1%-ot, öt egyenletes rétegbe soroltuk a fenti index nagysága alapján.

A lefedettségi index alakulása rétegenként (%)

	%	átlag orvos / lakos fő
250 – 986 fő	19,9	731
987 – 1360 fő	19,9	1179
1361 – 1694 fő	20,1	1525
1695 – 2044 fő	20,2	1863
2045 – 5370 fő	20,0	2601

Látjuk, hogy a lefedettségi index mértékében igen jelentős különbségek vannak, a legmagasabb sáv átlaga a legalacsonyabb sáv átlagának közel három és félszerese.

A lefedettségi index alakulása települési rang szerint (%)

	Bp.	megyei jogú város	város	község
250 – 986 fő			1,6	23,1
987 – 1360 fő		5,6	11,1	21,5
1361 – 1694 fő	100,0	55,6	27,8	18,1
1695 – 2044 fő		33,3	35,7	17,6
2045 – 5370 fő		5,6	23,8	19,7

Az egyes eltérő rangú települések között a lefedettségi index alakulásában komoly eltérések vannak. Míg Budapesten egy háziorvosra átlagosan 1361–1694 fő jut, addig a községek mindegyik sávjában megtalálhatók.

A lefedettségi index alakulása települési méretrétegenként (%)

	1058 fő alatti	1059–1754 fő közötti	1755–2730 fő közötti	2731–6058 fő közötti	6059 fő felett
250 – 986 fő	86,2	4,5	5,6	3,6	
987 – 1360 fő	13,8	49,5	17,4	11,7	6,6
1361 – 1694 fő		35,9	1,0	32,1	31,0
1695 – 2044 fő		10,1	36,9	18,9	35,0
2045 – 5370 fő			39,0	33,7	27,4

A települések mérete és a lefedettségi index „átlós” elrendezését: a legkisebb településeken az egy orvosra jutó lélekszám jóval 1000 fő alatti, ezzel szemben a legnagyobb községekben ez a szám a legtöbb esetben 1300 fő és e feletti.

Ezek az adatok (amelyek még nem tartalmazzák azt, hogy a kistelepülések háziorvosai hány települést látnak el^{vv}) – látszólag arra utalnak, hogy a kisebb települések háziorvosi ellátottsága jobb: egy háziorvos kevesebb beteggel kell, hogy foglalkozzon.

Azonban tudjuk, hogy a kistelepülések helyzete egyéb szempontból nem éppen rózsás, a kistelepülések egy jelentős hányada található a gazdaságilag fejletlenebb megyékben, egyúttal ezekben a lakosság korösszetétele idősebb, illetve magasabb a munkanélküliek, valamint a romák aránya. Éppen ezért célszerű a lefedettségi index alakulását e felsorolt tényezők mentén is vizsgálni, milyen összefüggés tárható fel a háziorvosi ellátottság és a települések szociálisgazdasági potenciálját jelző adatok^{ww} között.

^{vv} Központi adatok híján ezt csak adatfelvételünk eredményeként lehet becsülni.

^{ww} A nyugdíjasok arányának forrása: BM Központi Adatfeldolgozó Hivatal, 2003; a munkanélküli ráta forrása: KSH, Foglalkoztatási Hivatal, 2003.

A lefedettségi index alakulása a nyugdíjasok arányrétege szerint (%)

	22% alatt	22 – 24%	24 – 26%	26 – 28%	28% felett
250 – 986 fő	19,0	16,9	11,8	22,1	30,3
987 – 1360 fő	22,1	18,5	19,0	17,9	22,6
1361 – 1694 fő	13,7	21,8	24,9	21,3	18,3
1695 – 2044 fő	18,2	20,7	23,7	23,7	13,6
2045 – 5370 fő	28,1	21,9	20,4	14,8	14,8

A lefedettségi index alakulása a munkanélküliek arányrétege szerint (%)

	2,6%-ig	2,6 – 3,9%	3,9 – 5,6%	5,6 – 8%	8% felett
250 – 986 fő	14,4	15,9	16,9	22,6	30,3
987 – 1360 fő	16,9	20,5	16,9	24,1	21,5
1361 – 1694 fő	15,7	23,4	24,9	18,3	17,8
1695 – 2044 fő	25,8	24,7	17,7	16,2	15,7
2045 – 5370 fő	27,0	15,8	23,5	18,9	14,8

A lefedettségi index alakulása a roma lakosok arányrétege szerint (%)

	2,4%-ig	2,4 – 5,2%	5,2 – 10,3%	10,3 – 23,2%	23,2% felett
250 – 986 fő	13,3	15,4	19,0	22,1	30,3
987 – 1360 fő	19,0	15,9	19,5	20,5	25,1
1361 – 1694 fő	18,3	24,4	21,3	21,8	14,2
1695 – 2044 fő	22,7	22,7	22,2	16,2	16,2
2045 – 5370 fő	26,5	21,4	18,4	19,4	14,3

Az adatokból tehát úgy tűnik, minél rosszabb a lakosok helyzete, létszámarányosan annál jobban ellátottak háziorvossal: minél magasabb a nyugdíjasok, illetve a munkanélküliek aránya egy településen, annál kisebb az egy háziorvosra az adott településen jutó potenciális ellátottak száma. Ugyanez vonatkozik a települések roma aránya és a lefedettségi index alakulására is. Az összefüggés fordítva is igaz: minél alacsonyabb a településeken a munkanélküliek, stb. aránya, annál magasabb az egy háziorvosra jutó potenciális kliensek száma.

Noha elméletileg a fentieket csak megerősíti, érdemes áttekinteni, hogyan alakul azon települések aránya, amelyek forráshiányuknak köszönhetően önhibájukon kívül hátrányos helyzetűnek minősülnek.

lefedettségi index	önhibáján kívül %
250 - 986 fő	50,8
987 - 1360 fő	45,1
1361 - 1694 fő	36,0
1695 - 2044 fő	31,8
2045 - 5370 fő	30,1

roma % réteg	önhibáján kívül %
2,4%-ig	24,5
2,4 – 5,2%	33,7
5,2 – 10,3%	39,1
10,3 – 23,2%	48,5
23,2% felett	48,0

Azon települések fele hátrányos helyzetű, amelyekben az egy háziorvosra jutó lakosság szám a legkisebb. „Természetesen” azok a települések, amelyekben a romák aránya a legmagasabb, egyúttal a legnagyobb arányban minősülnek forráshiánynak is.

lefedettségi index	fő / önhibáján kívüli támogatása (Ft)
250 – 986 fő	13642
987 – 1360 fő	9048
1361 – 1694 fő	7135
1695 – 2044 fő	7167
2045 – 5370 fő	5575

Azoknak a települések kiszolgáltatott helyzetét – amelyekben egyébként a háziorvosokra jutó lakosság szám a legkisebb – mutatja az, hogy az egy lakosra eső, a központi költségvetésből pótolta, helyben hiányzó forrás forintösszege a legmagasabb (és fordítva: ahol a legmagasabb az egy háziorvosra jutó lakosság szám, ott a legkisebb az egy főre vetített támogatás összege).

Az eddigi adatokból tehát úgy tűnik, hogy noha a legkisebb települések szociális és gazdasági helyzete egyértelműen rosszabb az országos átlagnál, egyúttal a háziorvosi ellátás tekintetében helyzetük – legalábbis ami az egy háziorvosra jutó potenciális ellátottak számát illeti – jónak mondható.

Ezzel szemben a városok és nagyközségek ötödében az egy háziorvosra jutó lakosok száma már kifejezetten magas, átlagosan 2000 és 5000 fő közötti.

Ezekhez az adatokhoz azonban közvetlenül hozzá kell tenni azoknak a településeknek a problematikáját, amelyekben nem dolgozik háziorvos (avagy betöltetlen a praxis).^{xx}

^{xx} Arról a 852 településről van szó, amelyekben a romák aránya 1 % feletti.

A következő adatokat áttekintve látjuk, hogy e települések helyzete lényegesen rosszabb, mint azon településeké, ahol ugyancsak 1% feletti a romák aránya, de van működő háziiorvosi praxis.

A háziiorvosi praxissal nem rendelkező települések méretkategóriáinak eloszlása megyénként

	214 fő alatt	215 – 338	339 – 485	486 – 791	791 felett
Baranya	33,7	32,0	19,1	8,4	6,7
Bács-Kiskun	14,3				85,7
Békés			25,0	25,0	50,0
Borsod-Abaúj-Zemplén	23,8	16,4	23,0	16,4	20,5
Csongrád					100,0
Fejér		12,5			87,5
Győr-Sopron	35,7	7,1	21,4	14,3	21,4
Hajdú-Bihar	9,1	9,1	9,1	27,3	45,5
Heves	4,2	4,2	8,3	33,3	50,0
Komárom			16,7	16,7	66,7
Nógrád	2,4	9,8	14,6	39,0	34,1
Pest				50,0	50,0
Somogy	15,3	22,9	19,8	28,2	13,7
Szabolcs-Szatmár	8,8	13,2	14,7	30,9	32,4
Szolnok			16,7	16,7	66,7
Tolna	3,1	18,8	34,4	18,8	25,0
Vas	9,4	18,8	28,1	34,4	9,4
Veszprém	19,6	21,4	32,1	16,1	10,7
Zala	31,1	21,4	18,4	16,5	12,6
átlag	20	20	20	20	20

A háziiorvossal nem rendelkező településeket a lakosságszám alapján öt egyenletes méretkategóriába soroltuk – látható, hogy e települések zöme aprófalú, illetve zárványtelepülés. E települések megyei eloszlása nem egyenletes, viszont tükrözi a megyék településszerkezetét, így pl. Baranyában, Zalában találjuk a legtöbb helyben ellátatlan aprófalut, míg pl. Csongrád, Fejér, Komárom megyében inkább a nagyobb (bár így is apró), 791 fő felettiiek vannak többségben.

E települések alkotják az ország leginkább szegény, illetve előregedő falvait. A következő táblázatban összehasonlítjuk a háziiorvosi praxissal rendelkező, illetve nem rendelkező települések két lényeges adatát: a nyugdíjasok, illetve a munkanélküliek arányait (megyénként). A különbségek országos viszonylatban is szembetűnők: a háziiorvossal

nem rendelkező települések összességében az idősebbek, illetve a munkanélküliek aránya jellemzően magasabb.

Az egyes megyék esetünkben is különböznek egymástól, pl. Győr-Sopron, Komárom, Nógrád, Vas, vagy Zala megyében a háziorvossal helyben ellátatlan települések lakossága jóval idősebb a háziorvossal ellátott településeknél. A munkanélküliség alakulása szempontjából viszont elsősorban Baranya, Békés és Tolna megye ugrik ki, e megyékben az ellátatlan településeken a munkanélküliség magasabb arányú, mint az ellátott településeken.

Az adatokból együttesen az következik, hogy azok a települések maradnak ki közvetlenül a helyben dolgozó háziorvosok szolgáltatásaiból, amely települések egyéb szempontból is a leghátrányosabbak közé tartoznak. E települések azok, amelyek többségében, a település idős korszerkezetéből, és a helyi források hiányából fakadóan az egyéb intézményi alapszolgáltatások is hiányoznak.

Nyugdíjasok és munkanélküliek aránya a háziorvossal helyben rendelkező és nem rendelkező, 1% feletti roma arányú településeken, megyénként (%)

	van háziorvos		nincs háziorvos		különbség	
	nyugdíjas %	munkanélküli %	nyugdíjas %	munkanélküli %	nyugdíjas %	munkanélküli %
Baranya	24,4	6,6	23,1	10,4	-1,3	3,9
Bács-Kiskun	27,0	4,2	31,1	5,2	4,0	1,0
Békés	27,5	5,6	30,9	11,3	3,4	5,8
Borsod-Abaúj-Zemplén	23,5	9,3	28,5	11,1	5,0	1,8
Csongrád	28,1	3,7	26,7	4,8	-1,4	1,1
Fejér	23,2	3,6	23,4	4,6	0,2	1,1
Győr-Sopron	25,7	1,9	31,7	2,1	6,0	0,3
Hajdú-Bihar	24,8	7,5	29,0	8,1	4,2	0,6
Heves	29,0	5,1	28,7	6,9	-0,3	1,8
Komárom	24,3	3,1	28,3	4,2	4,0	1,1
Nógrád	26,7	6,1	30,8	6,2	4,1	0,2
Pest	24,4	1,8	24,5	1,9	0,1	0,2
Somogy	25,5	5,9	26,9	7,4	1,3	1,5
Szabolcs-Szatmár	22,1	7,6	24,3	9,3	2,2	1,7
Szolnok	26,4	4,9	28,9	6,6	2,5	1,7
Tolna	26,7	4,6	26,0	7,3	-0,7	2,6
Vas	24,8	2,5	30,8	3,3	6,0	0,9
Veszprém	25,7	3,4	29,3	4,3	3,6	0,8
Zala	26,6	3,3	32,4	4,2	5,8	0,8
átlag	25,6	4,8	28,2	6,3	2,6	1,5

A következő táblázatban a helyben háziorvossal nem rendelkező települések adatait országos adatokkal hasonlítjuk össze, három szempont mentén: a helyben ellátatlan települések lélekszáma hogyan aránylik az adott megye teljes lakosságszámához, illetve a helyben ellátatlan települések nyugdíjas korú és roma lakosainak száma ugyancsak hogyan aránylik az adott megye teljes nyugdíjas korú, illetve roma lakosságszámához.

Lakosság, nyugdíjasok és romák lélekszáma a teljes megyei népességben és a helyben ellátatlan településeken

	helyben ellátatlan települések (fő)	megyei lakosság-szám	helyben ellátatlan lakos %	helyben ellátatlan roma fő	megyei összes roma fő	helyben ellátatlan roma %	helyben ellátatlan nyugd. fő	megyei összes nyugd. fő	helyben ellátatlan nyugd. %
Baranya	62433	404 845	15,4	14199	35552	39,9	14529	104 721	13,9
Bács-Kiskun	11989	549 260	2,2	360	21992	1,6	3312	142 934	2,3
Békés	3800	401 459	0,9	797	14174	5,6	1165	109 734	1,1
Borsod-Abaúj-Zemplén	70367	747 894	9,4	22362	114405	19,5	17866	182 897	9,8
Csongrád	5056	424 212	1,2	419	9645	4,3	1360	113 884	1,2
Fejér	11880	429 967	2,8	960	11391	8,4	2750	102 510	2,7
Győr-Sopron	7512	425 270	1,8	579	6133	9,4	2040	107 872	1,9
Hajdú-Bihar	11061	534 880	2,1	1676	33524	5,0	2925	126 669	2,3
Heves	29247	329 768	8,9	6722	31122	21,6	7851	90 515	8,7
Komárom	7959	309 483	2,6	293	6122	4,8	2216	76 718	2,9
Nógrád	29206	219 819	13,3	7004	26487	26,4	8471	59 346	14,3
Pest	6220	1 074 993	0,6	1056	30597	3,5	1530	256 858	0,6
Somogy	63598	327 145	19,4	16042	40300	39,8	16651	84 853	19,6
Szabolcs-Szatmár	56976	591 904	9,6	16909	94683	17,9	12975	126 409	10,3
Szolnok	10910	422 500	2,6	1813	32877	5,5	3081	110 180	2,8
Tolna	21320	252 391	8,4	3143	16575	19,0	5482	64 335	8,5
Vas	15722	265 758	5,9	1332	8002	16,6	4506	68 831	6,5
Veszprém	24555	380 499	6,5	2369	9286	25,5	6887	95 073	7,2
Zala	44496	298 430	14,9	6297	19002	33,1	12851	78 410	16,4
Összes (fő és %)	494307	8390477	5,9	104332	561869	18,6	128448	2102749	6,1

- Budapestet kivéve, az ország lakosságának 5,9%-a él olyan településen, ahol nincs helyben háziorvos. Ez az arány a nyugdíjas korúak esetében 6,1%. Az ország egészét tekintve tehát azt látjuk, hogy noha a háziorvossal nem rendelkező településeken átlagosan magasabb a nyugdíjasok aránya, összességében a helyben való ellátatlanság (az tehát, hogy vagy utazniuk kell, vagy más településről jár át házi-orvos) a magas egészségügyi kockázat mellett élő, betegebb idős réteget csak kis arányban érinti (alig magasabb arányban mint az összlakosság egészét). Ez a kis arány azonban az érintett nyugdíjasok lélekszámát tekintve már magasnak mondható: az összesen több mint kétfélmillió^{yy} nyugdíjasból közel százhuszonnégyezer emberről van szó.
- A nyugdíjasok ilyen arányait tekintve az egyes megyék ismét csak különböznek: a helyben való ellátatlanság Baranya, Borsod, Heves, Nógrád, Somogy Szabolcs, valamint Zala megyében magasabb az országos átlagnál. E magasabb megyei arányok egyúttal a nyugdíjas korúak abszolút számában is megmutatkoznak, példának említve Borsod megyét, ahol az ilyen településeken élő nyugdíjas korúak száma megközelíti a tízezer főt. (A teljes lakosságra vetítve ez a szám persze jóval magasabb: valamivel több mint hetvenezer ember él ebben a megyében ilyen faluban.)
- A roma népesség arányaiban azonban drámai különbséget találunk. Budapestet kivéve, az ország teljes roma népességének 18,6%-a él olyan településen, ahol nincs helyben háziorvos! Ez az arány a Budapest nélkül számolt megyei roma népességen belül igen magas lélekszámot tükröz: összesen több, mint százezer romát érint. Mindez természetesen következik egyrészt a romák alapvetően kisteleplési elhelyezkedéséből, ezen belül abból, hogy olyan apró falvakban is nagy arányban élnek, amelyek eleve elhaló vagy zárványfalvak, „elcigányosodó” települések, tehát olyanok, ahol már nem találunk alapintézményeket, a lakosság nem roma hányada elköltözött, a szegényebb romák pedig beköltöztek.
- A megyei különbségek a romák esetében igen pregnánsan tükrözik a megyék településszerkezetéből adódó hátrányokat. Baranyában és Somogyban a romák közel negyven százaléka él olyan faluban, ahol nincs helyben háziorvos, Borsodban és Hevesben ez az arány húsz százalék körüli, Nógrádban 26,4%, Zalában pedig 33,1%. E megyékkel szemben pl. Bács-Kiskunban az ott élő romáknak csak 1,6%-a él ilyen szempontból deprivált helyzetben.

A roma népességnek a területi elhelyezkedéséből adódó, az egészségügyi alapellátásban való közvetlen, helyben megvalósuló részvételt érintő deprivációja igen súlyos kérdés, amely független attól, hogy amikor végül is orvoshoz kerülnek, milyen ellátásban részesülnek. Ugyanakkor nem szabad arról sem elfeledkezni, hogy lélekszámukat tekintve a nyugdíjasok éppúgy érintettek ebben a kérdésben, mint a romák.

Az országos roma felvétel e kötetben publikált adataiból, valamint egy előző kutatásunkból^{zz} tudjuk, hogy a romák egyes betegségcsoportokban mért betegségarányai jóval magasabbak, mint a teljes népességé. A nyugdíjasok között pedig korukból adódóan

^{yy} Budapest nélkül számolva.

^{zz} Babusik Ferenc–dr. Papp Géza: A cigányság egészségügyi állapota. (Szociális, gazdasági és egészségügyi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.) Esély, 2002/6

magasabbak ezek az arányok. A közvetlenül ellátatlan településeken élők közül a romák és a nyugdíjasok szociális és anyagi helyzete az átlagnál lényegesen rosszabb, különös tekintettel arra, hogy e kistelepülések szociális és gazdasági helyzete amúgy is a legrosszabbak közé tartozik. A települési és a szociális hátrány összeadódhat a közvetlen, helyben adott háziiorvosi ellátás hiányával.

Mivel tudjuk, hogy a romák magas betegségarányaik közvetlenül szegénységfaktoroknak köszönhetőek, e legszegényebb aprófalvak roma lakossága – mely a teljes roma lakosságból több mint százezer ember – különösen súlyos helyzetben van; egyszerre sújtja a szegénység, a magas betegségarányok, illetve az, hogy közvetlenül lakóhelyén nem fér bármikor azonnali orvosi ellátáshoz.

Ugyanez a súlyos helyzet vonatkozik e települések nyugdíjas korú lakosságára is, az ő szempontjukból a halmozott depriváció éppúgy érvényes tény.

Az országos statisztikák adatai alapján elemzett területi hozzáférési egyenlőtlenségeket összefoglalva látjuk, hogy a községek, különösen az apróbb települések lakossága szempontjából az ország szinte „kettészakadt”. Azokon a kistelepüléseken, ahol működik betöltött háziiorvosi praxis, a lakosság – legalábbis az egy orvosra jutó lakosok arányát tekintve – jól ellátott. Így van ez annak ellenére, hogy az apróbb falvak lakossága idősebb, magasabb a munkanélküliek aránya, illetve e falvak jelentős hányada forrás-hiányos, szegény település.

Azokon a településeken viszont, ahol nincs háziorvos vagy betöltött praxis, a romák aránya messze magasabb, a nyugdíjas időséké ugyancsak magas. E települések lakói halmozott hátrányt szenvednek: egyszerre sújtja őket a települési hátrány (minden következményével együtt), illetve a helyben adott, közvetlenül és azonnal hozzáférhető egészségügyi ellátás hiánya.

Az a kérdés ugyanakkor, hogy miért épp e kistelepülések nélkülözik a háziorvost, kutatásunkon túlnyúló kérdés, amelyben nyilván megjelenik egyrészt e kistelepülések méretéből és szegénységéből következő általános intézményhiány, illetve az, hogy ha és amennyiben ilyen településen van praxis, csak éppen betöltetlen, akkor milyen feltételek teljesülte esetén lehetne betölteni.

Ez utóbbi kérdés azonban nyilván nem független attól, hogy ha egy háziorvos vállalna ilyen településen praxist, akkor egyúttal azt is vállalná, hogy egyszerre több és egyúttal szegény kisközséget kell ellátnia, olyan lakosokat, akik között kevés a fizetőképes, egyúttal sok az idős, illetve a halmozottan hátrányos helyzetű és/vagy roma.

A kistelepülések helyben való háziiorvosi ellátottságának hiánya, illetve az ilyen településeken való betöltetlen praxisok kérdése tehát átvezet az orvos- és ezen belül a házi-orvos társadalom sokat vitatott anyagi és egyéb helyzetének kérdéséhez.

Területi ellátottság és egyenlőtlenség – a kutatás adatai

Az Országos Alapellátási Intézet nyilvántartásában összesen 5797 háziorvos szerepel. E számosság 1576 településen rendelkezik praxissal (a háziorvosok egy jelentős hányada nagyobb településeken dolgozik, míg jelentős csoportot alkotnak azok, akik praxisába

több kistelepülés is tartozik). Az 1576 település közül 1514-ben ismerjük a roma népesség arányát. A mintát úgy állítottuk be, hogy az 1% feletti ismert roma arányú települések bekerültek, amelyeken ismerjük a házi orvos nevét, címét (982 település). A települések mintavételi pontjain a házi orvosok elemszáma aránytalan mintavétellel lett megállapítva; Budapest és néhány megyei jogú város tényleges súlyánál kisebb elemszámmal került a végső mintába, így összesen 3111 házi orvos kapott kérdőívet. Határidőig 376 házi orvostól kaptunk értékelhető kérdőívet. A torzítások helyreállítása végett az adatokat megye, települési rang, illetve települési méretkategória, valamint a becsült roma arány-réteg szerint súlyoztuk. Ezek után azok az adatok, amelyek a házi orvosok mintájára, mint önálló sokaságra vonatkoznak, 95%-s megbízhatósági szint mellett átlagosan $\pm 4,2\%$ -os hibahatárral⁴⁵ érvényesek.

A praxisok terhei

A házi orvosi kutatás során olyan adatokat vettünk fel a házi orvosok segítségével, amelyek elemzése elmélyítheti, egyúttal kitágíthatja a területi ellátottságról, annak egyenlenségeiről alkotott képet. Ezek az adatok egyúttal rávilágítanak arra, hogy a házi orvosok, attól függően, hogy milyen településen vagy régióban dolgoznak, milyen terheléssel kell hogy szembesüljenek munkájuk során. Az országos adatok elemzéséből következik, hogy a lakosságot érintő jelentős területi hozzáférési egyenlőtlenség a házi orvosok terheiben is jelentkezik. Nyilvánvaló ugyanis, hogy radikálisan ellentétes annak a házi orvosnak a munkája, napi rutinja, betegekre szánható ideje és figyelme, aki egy települést lát el, egyúttal viszonylag alacsony a rá jutó potenciális kliensek száma, illetve azé a házi orvosé, aki egyszerre több település lakosait látja el, ráadásul magas a rá jutó betegszám.

Mivel a házi orvosok címeit szerződés szerint részünkre átadó Országos Alapellátási Intézetben nem álltak rendelkezésre olyan adatok, amelyek regionalitás vagy településméret, stb. szerint az egy házi orvosra jutó ellátott települések számáról adtak volna számot, az adatfelvételt úgy terveztük meg, hogy a házi orvosoktól maximum tíz ellátott településig, településenként kértünk adatokat a település méretkategóriájáról, a bejelentett fők számáról, az ellátott romák becsült arányáról, az átlagos heti ellátási időről, stb. Ezekkel az adatokból össze lehetett állítani az eltérő viszonyok mellett dolgozó házi orvosok munkaterhelés szerinti tipológiáját.

Felmerülhet a kérdés, hogy miért éppen a házi orvosok munkaterhelése mentén próbáljuk megközelíteni az ellátás egyenlőtlenségeinek kérdését. A válasz voltaképpen egyszerű: az országos adatokból már következtettünk az egyenlőtlenségekre és azok okaira, az orvosok megkérdezése arra ad alkalmat, hogy az ellátást végzők oldaláról vizsgáljuk az egyenlőtlenségeket.

A házi orvosok 84,4%-a dolgozik egy településen, közel tíz százalék kettőn, de az egy orvos által ellátott települések maximális száma adatfelvételünk szerint nyolc település. Az ellátott települések szerint ezután két kategóriába soroltuk az orvosokat: 84,4% egy településen dolgozik, 15,6% pedig kettő vagy több településen. A sok települést ellátó kevés számú orvost azért vonhattuk a második kategóriába, mert a munkaterhelés

meglehetősen sok dimenziójáról volt adatunk, és az ellátott települések száma csak egy a sok közül.

Az egy héten ellátásra fordított összes idő, az összes ellátott településen jelentős különbségeket mutat: az orvosok valamivel több mint harmada hetente húsz órában látja el feladatát (ügyeleti idő nélkül), közel hatvan százalék heti ellátási ideje 20 – 40 óra közé esik, a maradék heti negyven óra felett dolgozik ügyelet nélkül. (A táblázatos adatokat, a következőkkel együtt lásd a Jegyzetekben⁴⁶.)

Az összes, egy háziorvos által ellátott településen töltött ügyeleti idő szerint közel egyenletes öt rétegbe soroltuk a háziorvosokat. Az ügyeleti idő szerinti alsó ötödben a háziorvosok egyáltalán nem látnak el ügyeletet, míg a felső ötödben a heti ügyeleti idő 24 óra feletti.

Ugyancsak a munkaterheket meghatározó kérdés az, hogy mennyit kell utazással tölteni, amikor betegeit látogatja meg az orvos. Az oda- és visszautazási időt egyenletes öt rétegbe sorolva ugyancsak markáns különbség mutatkozik: az alsó ötödben az orvosok maximum 40 percet töltenek utazással, míg a felső ötödben ez az idő két óra feletti.

Végül az egyik legfontosabb terhelésmutató a havi átlagos betegforgalom száma (a megjelenésszám) az egy orvos által ellátott összes településen. Ez a mutató adja meg, hogy havonta hány beteggel foglalkozik a háziorvos (függetlenül attól, hogy érdemi vizsgálati vagy gyógyító munkát végez egy beteggel, vagy éppen csak szokásos receptjét írja fel). Öt egyenletes rétegbe sorolva az orvosokat, ugyancsak komoly eltéréseket látunk: az alsó ötödben a háziorvosok által havonta ellátottak száma 40 és 450 fő között mozog, míg a felső ötödben meghaladja az 1100 főt.

A háziorvosok terhelését a felsorolt öt, rétegzett terhelésmutatóból együttesen számoltuk ki, a következő eljárással: az egyes munkateher rétegek kategóriák értékeit standardizáltuk, a standardizált értékekkel pedig clusterelemzést végeztünk^{aaa}. A clusterelemzés eredményeként hat⁴⁷, a terhelés szerint eltérő markáns csoportot találunk.

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása (%)

	%
kis betegforgalom, alacsony terhek	24,4
átlagos terhek	24,3
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	16,5
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	6,7
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	8,8
egy településen, de minden teher magas	19,3

(Az egyes terhelésvariációk, valamint a betegforgalom, az ellátási, ügyeleti és utazási idő számszerű összefüggéseit megjelenítő táblázatokat lásd a Jegyzetekben⁴⁸.)

^{aaa} Ezzel a módszerrel megoldható volt az a probléma, amely abból adódik, hogy az egyes terhelés kategóriák nem teljesen azonos értékűek, a nyers adatok alapján nem lehet egy szinten lévőnek tekinteni a betegforgalmat és az utazással töltött időt. A standard értékekkel végzett clusterezés viszont az egy szintre hozott távolságokkal dolgozik.

- Kis betegforgalom, alacsony terhek: a házi orvosok közel negyedét alkotó csoport tagjai egy településen dolgoznak, zömük esetében a havi betegforgalom 450 fő alatti. Heti ellátási idejük általában 20 óra alatti, és csak harmaduk esetében 20–40 óra közötti (együttal nincs közöttük olyan, aki 40 óra felett látja el feladatát). Valamivel több, mint negyven százalékuk egyáltalán nem ügyel, a maradék hányad heti ügyeleti ideje 24 óra alatti.
- Átlagos terhek: e csoport tagjai ugyancsak egy településen látják el feladataikat, a betegforgalom rétegek egyes ötédekben eloszlásuk közel egyenletes (azaz éppúgy van közöttük alacsony, közepes és magas betegforgalom mellett dolgozó). Heti ellátási idejük átlagos, zömük esetében 20–40 óra közötti. E házi orvosok mindegyike lát el ügyeletet, többségük 10 és 24 óra/hét közötti időben.
- Magas ellátási, alacsony ügyeleti idő: e házi orvosok ugyancsak egy településen dolgoznak, zömük betegforgalma a két felső ötédekbe esik, tehát 775 és 1100 fő közötti, viszont heti ellátási idejük jellemzően magas; nincs közöttük olyan, akinek heti 20 óra alatti lenne, és több mint ötödüknek heti 40 óra feletti. Ügyeleti idejük ezzel szemben jellemzően alacsony, többségük (65,5%) egyáltalán nem ügyel, a többiek ügyeleti ideje pedig általában heti 9 óra alatt marad.
- Több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett: a házi orvosoknak ez a legkisebb arányú csoportja. Ők (és a következő csoport tagjai) azok, akik kettő vagy több települést látnak el. Betegforgalmuk viszonylag egyenletesen oszlik el az egyes ötédek között, azaz közel azonos arányban találni közöttük alacsony, közepes és magas betegforgalom mellett dolgozókat. Ellátási idejük alacsony, 64,6% közülük heti 20 óra alatti időben látja el munkáját, ezzel szemben átlag felett ügyelnek: közöttük 35,1% 15–24 óra/hét között, 41% viszont heti 24 óra feletti időben.
- Több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett: a házi orvosok e csoportja (arányuk 8,8%) dolgozik a legnagyobb terhelés mellett. Egyszerre több települést látnak el, betegforgalmuk is magas (kizárólag a felső három ötédekbe esik), ugyanakkor átlag feletti időben látják el feladatukat, illetve ügyelnek. Zömük heti 20–40 órában látja el feladatát, de közel negyedük heti 40 óra felett. Közülük 42,6% ügyeleti ideje heti 15–24 óra között, és 36,7%-é pedig heti 24 óra feletti.
- Egy településen, de minden teher magas: a házi orvosok közel ötödét kitevő csoport tagjai ismét csak egy településen dolgoznak, azonban betegforgalmuk, jellemzően igen magas (56,3% betegforgalma 1100 fő feletti), zömük ellátási ideje 20–40 óra / hét, egyúttal magas óraszámban ügyelnek.

Az országos adatok elemzéséből nagy valószínűséggel következik, hogy a házi orvosok terheinek egyes variációit alapvetően meghatározhatja az a település, ahol dolgoznak. (Mivel a több településen is dolgozó orvosok a bázisnak nevezett településen kapták meg a kérdőívet, ezért az egyes települési kategóriák szerinti összehasonlítást e bázis-települések szerint végezzük).

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása a bázistelepülés rangja szerint (%)

	Bp	megyei jogú város	város	község
kis betegforgalom, alacsony terhek	49,7	29,1	17,8	3,4
átlagos terhek	7,6	16,6	56,2	19,6
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	57,8	26,7	14,6	1,0
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	3,0	2,9	39,4	54,7
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	1,7	2,5	33,6	62,2
egy településen, de minden teher magas	10,0	9,4	49,1	31,5
átlag	25,3	17,6	35,8	21,3

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása a bázistelepülés méretkategóriája szerint (%)

	1058 fő alatti	1059– 1754 fő közötti	1755– 2730 fő közötti	2731– 6058 fő közötti	6059 fő feletti
kis betegforgalom, alacsony terhek	5,3	4,1	2,9	4,2	83,6
átlagos terhek	3,7	10,7	4,4	12,6	68,7
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	6,2	19,2	3,4	2,3	68,9
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	27,4	6,5	7,9	23,9	34,3
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	22,4	10,2	16,3	24,9	26,2
egy településen, de minden teher magas	1,9	9,2	20,7	11,4	56,7
átlag	7,5	9,9	8,6	10,9	63,1

A két táblázat adatainak áttekintése nyomán meglehetősen egyértelmű kép bontakozik ki. A Budapesten, megyei jogú városokban, illetve a nagyobb méretű településen dolgozó háziorvosok között azok, akik kis betegforgalom és alacsonyabb terhelés mellett dolgoznak, felülreprezentáltak. A budapesti orvosok között ugyancsak felülreprezentáltak azok, akik magas ellátási és alacsony ügyeleti idő mellett dolgoznak.

Velük ellentétben, a községekben, illetve a községek közül is a kisebb falvakban dolgozó háziorvosok között azok, akik több településen dolgoznak, illetve átlag feletti időben ügyelnek, felülreprezentáltak. Nyilván a magas terhek azokon a településeken érvényesülnek, melyekről az ellátatlan településekre járnak át az orvosok. A közepes méretű községek azok, amelyekben a háziorvosok inkább egy településen dolgoznak, viszont magas terhelés mellett.

Mivel a települések mérete és az ebből következő települési adottságok, valamint a háziorvosok terhelése között oksági összefüggést sejtetünk, ezért elvégeztük az oksági összefüggéseket feltáró regressziós elemzést is. Az adatok azt mutatják, hogy valóban masszív oksági viszony van a település típusa és aközött, milyen a háziorvosok terhelése⁴⁹.

Az, hogy egy háziorvos Budapesten dolgozik, 35%-ban oka annak, hogy kis betegforgalom mellett alacsony a terhelése. Ugyanez a megyei városok esetében 24%-os mértékben jelent okozati összefüggést.

A községi lét 21–32%-os mértékben oka annak, hogy egy háziorvos több települést lát el, egyúttal átlag felett ügyel. A községeken belül a legkisebb falvak esetében ez az oksági összefüggés hasonlóan erős.

A települési adottságok tehát alapvetően nemcsak azt határozzák meg, hogy milyen a lakosok hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz, de a háziorvosok terhelését is, amelyekben ugyanolyan komoly különbségek vannak, mint a hozzáférésben.

Joggal felmerülhet a kérdés, hogy mitől függhet az, hogy egy háziorvos milyen településen praktizál, következésképp milyen várható terhelést választ. Feltételezzük, hogy az adott praxis választását több dolog határozhatja meg; a hagyomány, idősebb orvosok esetén akár már a rendszerváltás előtt is az adott községben dolgoztak, az új praxis megvásárlásakor nyilvánvalóan mérlegelhet az orvos, hogy milyen terheket választ, vagy utasít el, stb. A praxissal járó terhek egyébként akár azt is befolyásolhatják, hogy milyen könnyen értékesíthető a praxis^{bbb}.

A háziorvosok teherviselése mögött felfedhető választás kérdését több szempontból közelítettük meg; megvizsgáltuk, milyen összefüggés van az orvosok kora, az adott praxisban töltött évek száma, illetve képzettségük mértéke és aközött, hogy milyen kondíciók mellett dolgoznak.

A háziorvosokat életkor szerint egyenletes öt rétegbe sorolva feltűnik, hogy az egyes tehervariációkat képviselő praxisok közötti eloszlásuk nem egyenletes.

^{bbb} Ez utóbbit adataink alapján nehéz ellenőrizni, ugyanis a háziorvosok a praxis értékét, a bevételeket és kiadásokat, illetve a paraszolvencia mértékét firtató kérdésekre nem válaszoltak az elemzéshez elegendő számban.

Az egyes terhelésvariációkba tartozók eloszlása korcsoport szerint (%)

	27–45	46–52	53–58	59–78
kis betegforgalom, alacsony terhek	15,6	24,1	19,9	40,4
átlagos terhek	30,6	26,0	16,1	27,3
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	30,1	27,8	34,9	7,2
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	42,0	25,9	26,0	6,1
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	34,7	31,0	25,4	8,9
egy településen, de minden teher magas	21,0	37,1	21,1	20,8
átlag	26,1	28,4	22,5	23,0

A kis betegforgalmat, illetve átlagos terhet jelentő praxisokban a legidősebb korcsoport tagjai saját átlaguk kétszeresével szerepelnek. A valamivel fiatalabb, 53–58 év közöttiek csoportja a magas ellátási és alacsony ügyeleti idővel jellemezhető praxisokban felülreprezentált, a 46–52 év közöttiek csoportja átlag felett dolgozik egy településen, de magas terhelés mellett, illetve a legfiatalabbak jelentősen felülreprezentáltak azon praxisokban, amelyek több települést látnak el, magas óraszámban.

Ha a nyers százalékos összefüggések mögött oksági viszonyokat keresünk, azt látjuk, hogy az életkor és a terhelés kizárólag a legidősebb korcsoport esetében áll kauzális viszonyban; a legidősebb kor közel 24%-ban magyarázza azt, hogy egy háziorvos kis betegforgalom és alacsony terhek mellett dolgozik⁵⁰. Ez az életkor ellenben negatív, kontraindikáló oksági viszonyban van a magas ellátási idejű, illetve a több települést ellátó praxisba való tartozással.

Ebből az összefüggésrendszerből az a sejtés következik, amit úgy lehet megfogalmazni, hogy a legidősebb háziorvosok már megtehetik, hogy elkerüljék a legnagyobb terhekkel járó praxisban való munkát, velük szemben viszont a legfiatalabbak nem választják a legnagyobb terhelést jelentő praxisokat, hanem ott tudnak elhelyezkedni.

Mivel feltételeztük, hogy a praxisok választása nem feltétlenül és teljesen szabad döntés kérdése (a praxis választását számtalan tényező segítheti, illetve akadályozhatja), ezért az iménti sejtést azzal kontrolláltuk, hogy megvizsgáltuk a háziorvosok kor szerinti mobilitását. A kor szerinti mobilitás alatt azt az összefüggést értjük, amely megmutatja, hogy az orvos kora és az adott praxisban eltöltött idő milyen viszonyban áll egymással, milyen jellegzetes csoportok alakíthatók ki e két szempont szerint.

A kor szerinti mobilitás csoportjait egy csoportképző eljárással⁵¹ alakítottuk ki; a következő fő háziorvos csoportokat azonosítottuk:

A kor szerinti mobilitási csoportok %-os eloszlása⁵²

mobilitási csoportok	eloszlás %
idős mobil	13,8
idős immobil	9,9
középkorú átlagmobil	34,0
középkorú immobil	19,6
fiatal mobil	22,7

- Idős mobilnak azokat nevezzük, akiknek kora zömmel 59 év felett van, egyúttal az adott praxisban többségük legfeljebb 12 éve, vagy kevesebb ideje dolgozik.
- Idős immobilnak azokat nevezzük, akik kora hasonló, azonban az adott praxisban 23–50 éve dolgoznak.
- Középkorú átlagmobilnak azokat nevezzük, akik kora 58 év alatti, többségük 46–52 éves, egyúttal a zömük 13–15 éve dolgozik praxisában, a többiek vagy kevesebb ideje, vagy valamivel régebb óta.
- Középkorú immobilnak azokat nevezzük, akik életkora 46–58 év közé esik, ugyanakkor a jelen praxisukban legalább 16 éve dolgoznak, de sokan közülük legalább 23 éve.
- Végül fiatal mobilnak azokat nevezzük, akik életkora főként a 27–45 év közötti sávba esik, egyúttal a jelen praxisukban zömmel 8 éve vagy kevesebb ideje dolgoznak.

Az adatok azt mutatják, hogy a kor szerinti elhelyezkedés a kis betegforgalmú, alacsony terhelést jelentő, illetve az átlagos terhelést jelentő praxisok között valóban szétválik mobilitás szerint: a kis forgalmú, alacsony terhelést jelentő praxisokban inkább az idősebb, egyúttal mobilabb háziorvosok dolgoznak, míg az idős immobil háziorvosok inkább az átlagos terhelést jelentő praxisokban, illetve ott, ahol egy települést kell ellátni, viszont a terhelés egyenletes nagy.

A középkorosztályt képviselő háziorvosok ugyancsak szétválnak; azok, akik inkább mobilak, nagyobb arányban dolgoznak olyan praxisban, ahol vagy egy, vagy több települést kell ellátni, magas terhek mellett, míg azok, akik inkább immobilak, magasabb arányban vannak olyan praxisban, ahol alacsony az ügyeleti idő és magas az ellátási idő.

A fiatal, mobil háziorvosok magasabb arányban két eltérő praxistípusban dolgoznak: vagy az átlagos terhelést jelentőkben, vagy ott, ahol több települést kell ellátni, magas óraszámban.

Az egyes terhelésvariációkba tartozók eloszlása mobilitási csoportok szerint (%)

	idős mobil	idős im-mobil	közép-korú átlag-mobil	közép-korú immobil	fiatal, mobil	átlag
kis betegforgalom, alacsony terhek	53,5	24,6	16,3	23,9	22,1	24,4
átlagos terhek	24,1	32,7	22,9	14,4	31,4	24,3
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	9,3	5,4	26,7	21,7	5,0	16,5
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	3,6	4,6	5,9	2,4	11,9	6,7
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	3,1	4,6	8,0	12,5	13,3	8,8
egy településen, de minden teher magas	6,4	28,1	20,1	25,1	16,3	19,3

A mobilitás, illetve a praxisok terhelésvariációi között látjuk, hogy felfedhető néhány markáns összefüggés, azonban ki lehet mutatni, hogy egyértelmű oksági viszonyokról nem beszélhetünk; az egyes terhelésvariációkat, illetve mobilitási csoportokat inkább korrelatív összefüggések kapcsolják össze.

Mindez körülbelül annyit jelent, hogy nem találunk túl nagy, tehertől függő praxisközi mobilitást, a legnehezebb praxisokat a fiatalabbak nem választják, hanem inkább ezekben van hely. A kis betegforgalmú, alacsony terhelést jelentő praxisokban pedig – mint tudjuk, ezek elsősorban Budapesten és megyei jogú városokban találhatóak – nagyobb arányban találunk idős háziorvosokat, azonban ők e helyeken nem dolgoznak túl régóta; tehát valószínű, hogy e helyeket inkább választották. Azok az idős háziorvosok, akik régóta dolgoznak azonos praxisban, egy települést látnak el, elsősorban városokban (átlagos vagy magas terhek mellett).

Mindehhez több dolgot érdemes még hozzáfűzni. A terhelés, tehát, hogy milyen kondíciók mellett dolgoznak a háziorvosok, független a képzettségüktől, attól, hogy hány szakvizsgájuk van, vagy mennyi az utolsó öt évben továbbképzéseken szerzett pontjaik száma. Amennyiben találunk némi halvány összefüggést, kimutatható, hogy abban a kor hatása érvényesül (kettő vagy három szakvizsgával csak bizonyos kor után rendelkezhet valaki), ráadásul a továbbképzés mértéke szinte mindentől független az adatok fényében.

Az egyes terhelésvariációt jelentő praxisok függetlenek attól, hogy mekkora az adott praxisban az ellátott romák aránya (ez csak a település méretétől és elhelyezkedésétől függő tényező) – ez közvetetten annyit is jelent, hogy a halmozottan hátrányos helyzetű

lakosok aránya nem befolyásolja az orvosokra nehezedő, strukturális tényezőktől függő terheket (a szubjektív terhelésérzetet persze befolyásolhatja).

Mivel az orvosi munka lényege többek között a megelőzés, a meglévő betegségek feltárása és hatásos gyógyítása, a feltárt strukturális egyenlőtlenségek önmagukban erről a munkáról nem árulnak el semmit. Nyugodtan feltételezhetjük, hogy a jelentős mértékben eltérő terhek mellett az orvosok ugyanolyan intenzív és lelkiismeretes munkát végeznek. Azonban ezzel együtt nyilvánvalóan más az egy betegre lehetséges időráfordítás mértéke az egyes terhelések esetén, nem gondolhatjuk, hogy az az orvos, aki több településen magas óraszámokban látja el feladatát, egyúttal ügyel, azonos mértékű figyelmet tud minden egyes paciensére fordítani, mint az, akik egyetlen településen, kis terhek mellett dolgoznak.

Ebből a megfontolásból adódóan kiszámoltuk az egy betegre eső időráfordítás elméleti maximumát. Mivel ismerjük a heti betegforgalom adatait, illetve az egy hétre eső ellátási és ügyeleti időket, kiszámoltuk, az egy ellátott betegre jutó fajlagos időket. Ez a fajlagos idő elméleti maximum, hiszen tartalmazza a két ellátott paciens közötti átmeneti időket, a csak adminisztrációval eltöltött időt, stb.

Egy ellátottra jutó elméleti maximális idők - terhelésvariációnként (percben)

	betegfor- galom / ellátási idő	betegfor- galom / ügyeleti idő	betegfor- galom / összes idő
kis betegforgalom, alacsony terhek	22	5	26
átlagos terhek	15	11	26
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	17	1	18
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	8	10	19
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	9	7	16
egy településen, de minden teher magas	7	7	14

Az adatokból jól követhető, hogy igen komoly eltéréseket tapasztalunk az egy paciensre fordítható maximális időben: azokban a praxisokban, ahol átlagos, vagy kicsiny a betegforgalom és alacsonyak a terhek, ez az idő közel duplája az egy településen magas terhelés mellettieknek.

Ugyanakkor figyelemreméltó, hogy ezek az adatok némiképp függetlenek a település jellegétől, egyedül a városok azok, ahol valamivel magasabb a fajlagos ráfordítási idő elméleti maximuma. Ezek az értékek ugyancsak függetlenek attól, hogy mekkora az ellátott romák aránya.

	betegforgalom / ellátási idő	betegforgalom / ügyeleti idő	betegforgalom / összes idő
idős mobil	18	4	22
idős immobil	24	9	33
középkorú átlagmobil	14	8	21
középkorú immobil	15	6	20
fiatal, mobil	9	6	16

Az időbeni mobilitás azonban lényeges tényező: a legidősebb, régóta egy helyben dolgozó házi orvosok fordíthatják a legtöbb időt betegeikre, közel kétszer annyit, mint a fiatal, mobilis orvosok csoportja. Mivel az idősebb orvosok eleve a kisebb terhelést jelentő praxisokban dolgoznak, egyúttal fiatalabb kollegáik a magas terhelésűekben, ezért az mondhatjuk, hogy az egy paciensre szánható idő alapvetően nem szubjektív kérdésektől függ, hanem strukturális adottság.

Véleményünk, egyúttal adataink szerint a strukturális egyenlőtlenségek része az a kérdés is, hogy egy paciensre mennyi időt fordíthat házi orvosa. Komoly eltéréseket tapasztalunk, ezek az eltérések a már eddig elemzett strukturális különbségekből fakadnak.

Az orvosi munka strukturális kérdéseinek része az is, hogy milyen felszereléssel dolgozhatnak az egyes praxisokban. A felszerelés szintje, korszerűsége egyrészt nyilvánvalóan hozzájárulhat az orvosi munka hatékonyságához, az egy paciensre fordítható időhöz, ugyanakkor azt is meghatározhatja, hogy egy házi orvos saját maga végez el bizonyos vizsgálatokat, mert rendelkezésére áll a megfelelő eszköz, avagy továbbküldi a beteget szakrendelésre, a szükséges vizsgálatok végett. A következőkben áttekintjük a felszereltség kérdéseit, egyúttal röviden visszatérünk a fajlagos ráfordítási időhöz is; mennyiben befolyásolja érdemben a házi orvosi rendelő felszereltsége azt.

A praxisok ellátottsága

Összesen tizennégy eszközre kérdeztünk rá, hogy rendelkezésre áll-e a praxisban⁵³. Az eszközök között felsoroltunk a mindennapi alapfelszereltséghez tartozókat, illetve olyanokat, amelyekről feltételezni lehetett, hogy drága, ritka eszközként csak nagyon jól felszerelt rendelőkben találhatók.

Számítógéppel voltaképp mindegyik praxis rendelkezik. Azon kevés számú praxis, ahol nem találunk gépkocsit, jellemzően a legidősebb házi orvosoknál van, valószínű, hogy ők vagy egészségügyi okokból nem vezetnek, vagy egyszerűen nincs jogosítványuk. Ellenőrizendő a felsorolt eszközök konzisztenciáját (azaz azt, hogy elvileg egyaránt előfordulhatnak-e a házi orvosi rendelőkben), faktorelemeztük az adatokat. Kiderült, hogy az otoscop és a szemfenéktükör kivételével egyetlen főkomponensbe rendeződnek. Noha az otoscop a praxisok zömében megtalálható, a szemfenéktükörrel együtt

kihagytuk a további elemzésből, mert a külön faktorba tartozás azt mutatja, hogy szakmai szempontból dönt egy háziorvos úgy, hogy tartja-e vagy sem (tehát a felszerelési rangot nem tükrözi híven megléte vagy hiánya). Az elterjedtség okán ugyancsak kihagytuk a számítógépet és a gépkocsit. Ezt követően, figyelembe véve az egyes eszközök eltérő súlyát, súlyozott itemekkel egy csoportosítási eljárás keretében három fő felszerelési típusra osztottuk a praxisokat.

Az egyes felszerelési típusokban az eszközök előfordulási %-a

	alacsony	közepes	magas
kislabor	9,0	29,9	70,3
fizioterápiás eszközök	4,6	22,0	51,1
vizelet stix	80,2	94,0	98,5
hordozható EKG	49,9	89,8	98,4
telefonos online EKG	1,2	0,6	21,3
automata vérnyomásmérő monitor	21,3	37,5	79,0
oscillometer	5,0	56,9	78,5
doppler	8,0	47,5	77,0
félautomata defibrillátor	0,0	2,6	23,9
inhalátor	24,6	17,8	39,3

- Alacsony felszerelési szintűnek neveztük azt a praxist, amelyben a legtöbb eszköz ritkán fordul elő, még a legnagyobb átlagos gyakoriságú (81,9%) hordozható EKG is az átlag gyakoriság felével szerepel. Ugyanebben a praxiskategóriában az online EKG és az inhalátor gyakorisága meghaladja az átlagosan ellátott praxisokat, de az egyebek viszont alapvetően hiányoznak.
- Magas felszerelésűnek azokat a praxisokat neveztük, amelyekben még az egyébként ritkán előforduló eszközök is magas gyakorisággal találhatók, míg közepesnek azokat a praxisokat, melyek felszereltsége e két szélső kategória között található.

A praxisok felszerelési nivója ugyanakkor nem jár együtt az alkalmazott asszisztensek számával, ezek emelkedését elsősorban az ellátottak száma és a település nagysága határozza meg.

A praxisok ellátottsági szintje – %-os eloszlás

	%
alacsony	28,0
közepes	34,3
jó v. nagyon jó	37,8

A három ellátottsági kategóriába eső praxisok közül legkisebb arányban alacsonyan felszereltek találunk – noha ezek aránya azért önmagában meglehetősen magas. Meglepő ugyanakkor, hogy a legjobban felszerelt rendelők aránya meglehetősen magas.

Rögtön adódik a kérdés, hogy mitől függ az ellátottsági színvonal? Elsőként, megyei bontásban az egyes megyék gazdasági fejlettségét jellemző indexekkel⁵⁴ végeztük el az összehasonlítást; kiderült, hogy a megye gazdasági fejlettsége nem jár együtt az ott elhelyezkedő praxisok ellátottsági szintjével, nincs közöttük érdemben kimutatható kapcsolat.

A praxisok felszereltségi nivóját nem magyarázza az orvosok képzettségi szintje (szakvizsgák száma, továbbképzések pontszáma) sem.

Noha a települések rangja és mérete szerint jelentős különbségeket találunk – Budapest, valamint érdekes módon a kisebb települések javára – a méret és rang nem oki tényező, ezt az oksági elemzések mutatták ki.

Alapvető magyarázó tényező viszont a házi orvosok életkora! (A kor szerinti mobilitás ugyancsak nem magyarázó tényező.)

A praxisok felszereltségi szintje – életkori csoportok eloszlása (%)

	27–45	46–52	53–58	59–78	átlag
alacsony	19,1	15,0	38,7	42,9	28,0
közepes	29,1	47,4	27,7	29,2	34,3
jó v. nagyon jó	51,7	37,6	33,6	27,9	37,8

A legfiatalabb korcsoport praxisai lényegesen jobban felszereltek, a középgenerációt képviselő házi orvosok rendelői átlag felett rendelkeznek a közepes kategóriára jellemző felszereltséggel, illetve az idősebb korosztályok rendelőinek felszereltsége átlagon felül alacsony. Az elemzés kimutatja⁵⁵, hogy a kor oki tényező. Összehasonlítva a képzettségi szint, a kor és a felszereltség tényezőit, kiderül, hogy a fiatalabb orvosok – alacsonyabb képzettségük ellenére – szerelik fel jobban a rendelőt.

Említettük már, hogy noha a rendelők felszereltsége Budapesten és a kisebb településeken némileg magasabb, a regionális fejlettség nem befolyásolja azt. Kézenfekvő a kérdés, hogy a magasabb roma arányú települések rendelői milyen szinten rendelkeznek eszközökkel.

Roppant érdekes az alábbi táblázatban megfigyelhető összefüggés: minél magasabb egy településen az ellátott romák aránya, a rendelők felszereltségi szintje annál magasabb.

A praxisok felszereltségi szintje – roma arány szerint (%)

	1%-ig	1–4,7%	4,7 – 9%	9–19,5%	19% felett	átlag
alacsony	36,4	41,6	22,2	17,3	23,4	28,0
közepes	32,7	26,5	45,8	39,5	25,5	34,3
jó v. nagyon jó	30,9	31,9	32,0	43,1	51,0	37,8

Az előzőekből tudjuk, hogy a romákat inkább a fiatalabb korosztályt képviselő házi- orvosok látják el, éppen azért, mert a községekben több fiatal dolgozik. Mivel a fiatalabb korosztály jobban felszereli a rendelőt, ebből adódik, hogy a roma paciensek relatíve jobban felszerelt házi-orvosokhoz tartoznak. Ez az összefüggés rendkívül érdekes példája annak, hogy az önmagában jelentős települési hátrány – amely egyébként a fiatalabb orvosokat is sújtja – paradox módon a visszájára fordulhat.

Ennél a pontnál érdemes visszatérni ahhoz a kérdéshez, hogy az egy betegre fordítható fajlagos ráfordítási időt hogyan befolyásolja a praxis felszereltsége. Elméletben legálábbis minél jobban felszerelt a rendelő, annál kisebb fajlagos idő elegendő lehet a vizsgálatokhoz, a helyben végzett terápiás beavatkozásokhoz; tehát a felszereltség nivója némiképp „ledolgozhatja” a az alacsonyabb fajlagos időből adódó hátrányt. A következő táblázat adatai azt mutatják, hogy a fajlagos ráfordítási idő a felszereltség mértékével együtt csökken. Látszólag tehát az egyébként a körülményekből adódóan maximálisan leterhelt praxisokban a magasabb szintű műszerezettség segíthet ledolgozni az időkorlátot.

A fajlagos ráfordítási idő elméleti maximuma – felszereltségi szintenként

	betegforgalom / ellátási idő
alacsony	21
közepes	11
jó v. nagyon jó	12

Azonban ha két szempontból tekintjük át a fajlagos idő alakulását: a terhelésvariációk és a felszereltség oldaláról, kiderül, hogy a terhelés lényegesebb tényező, mint a felszereltség, tehát a strukturális okok – a korszerű eszközök ellenére – döntőbbnek bizonyulhatnak.

Fajlagos ráfordítási idő (perc) – felszereltségi szintenként és terhelés variációnként

	alacsony	közepes	jó v. nagyon jó
kis betegforg, alacsony terhek	32	12	23
átlagos terhek	43	25	17
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	13	22	16
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	22	17	17
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	9	17	16
egy településen, de minden teher magas	13	13	17

Azok a házi orvosok, akik több települést látnak el, illetve magas az ellátási és ügyeleti óraszámuk, illetve azok, akik egy településen dolgoznak magas terhek mellett – nem fordíthatnak a rendelő felszereltségétől függően lényegesen eltérő időt betegeikre. Ez utóbbi kategóriában pl. a fajlagos idő eltérése mindössze 4 perc a legjobban és a legkevésbé felszerelt praxis között. Jelentős eltérést csupán a legkisebb és az átlagos terhelés mellett dolgozó házi orvosok praxisaiban látunk.

Míndez annyit jelent, hogy a betegek számából, a település méretéből, stb. adódó terhelési különbségek – tehát a struktúrából adódó hátrányok vagy előnyök – lényegesebbnek és erősebbnek bizonyulnak – legalábbis az egy betegre fordítható idő esetében, mint a rendelő korszerűsége.

Esélyegyenlőség és társadalmi státusz

Kutatásunk egyik célja, egyúttal alapkérdése annak tisztázása, hogy az egészségügyi alapellátásban az egyes társadalmi csoportok, köztük a szociális és gazdasági szempontból halmozottan hátrányos helyzetűek, illetve romák hozzáférése a szolgáltatásokhoz teljes mértékben egyenlő-e. Kérdésseltevésünkből kitűnik, hogy a diszkriminációnál, hátrányos megkülönböztetésnél sokkal szélesebb és mélyebb problémának tekintjük az egyenlő vagy egyenlőtlen hozzáférést. A diszkrimináció minden esetben a szolgáltatók értékvilágából, attitűdjeiből következő, hátrányos helyzetet, egyenlőtlenséget előidéző gyakorlat. Kutatásunk során a diszkriminációt (vagy az erre utaló attitűdöket) az egyenlőtlenségeket előidéző mechanizmusok között pusztán alrendszernek tekintettük. Nyilvánvaló ugyanis – és az eddigi elemzésekből világosan látszik, hogy az egyenlőtlenségek egyik legjelentősebb alapja strukturális természetű.

A strukturális okokra visszavezethető egyenlőtlen hozzáférésnek van olyan oldala, amelyet kizárólag a kliensek oldaláról lehet vizsgálni; ez pedig a szegénység. Számptalan eddigi hazai és nemzetközi kutatásból tudjuk⁵⁶, hogy a szegénység önmagában olyan tényező, amely előidézí a kirekesztődést bizonyos szolgáltatásokból, illetve lehetetlenné teszi olyan javak megvételeét, amelyek egyébként a szolgáltatások részei^{ccc} (pl. a szükséges gyógyszerek megvétele nélkül az orvosi beavatkozás sok esetben egyszerűen hatástalan).

A strukturális okokon túli, bár a strukturális hátrányokat megerősítí, hozzáférési egyenlőtleniséget előidézí tényező lehet az egészségügy szereplíínek magatartása. Kutatásunk során ezt a kérdést is tágabban kezeltük, mint pusztán a lehetséges diszkriminatív „hajlandóságok” feltárását, ugyanis koncepciónk szerint az egyenlőtleniséget előidézí magatartásoknak csak egyik szélsí értéke a nyílt megkülönböztetés. A nyílt megkülönböztetésnél gyakoribb lehet az egyes társadalmi csoportok rejtett megkülönböztetése, amely mögött nincs feltétlenül szubjektív rosszindulat vagy előítéletesség. A kutatás előkészítése során, orvosokkal végzett interjúk tapasztalatai azt mutatták, hogy a szakmai látásmód sok esetben – és akár tudattalanul – összemosódhat a „társadalmi látásmóddal”. Ehelyütt érdemes egy példát felidézni. Egyik interjúalanyunk beszámolója szerint az elrendelhető vizsgálatok során figyelembe veszi a paciens rizikófaktor-csökkentí potenciálját; amennyiben azt igen alacsonynak véli, kisebb eszközígényű vizsgálatot rendel el, ugyanis némiképp felesleges, egyúttal alacsony szinten megtérülí befektetésnek tekint pl. egy szívultrahang vizsgálatot egy hajléktalan esetében. Az idézett interjúban mindezt racionális érvek támasztották alá, amelyek szerint a vizsgálat magas költségszintje nincs arányban a várható haszonnal, figyelembe véve a paciens várható élettartamát, a társadalmi reprodukcióban betöltött szerepét, stb. Az idézett esettel, amennyiben egyetlen esetről van szó és nem bevett gyakorlatról – talán nincs is semmi baj; az orvosi szakértelem, odafigyelés, az alkalmazott egyéb eszközök által kapott eredmények minden bizonnyal elegendők a helyes diagnózishoz és a későbbi megfelelő terápiához. A kérdés csak az, hogy az idézett, vagy azzal analóg attitűdök milyen mértékben elszigeteltek – vagy éppen milyen mértékben tartoznak a napi gyakorlathoz. Ugyancsak kérdés., hogy mely csoportokra vonatkozóan jelenhet meg ilyen típusú attitűd a háziorvosok napi gyakorlatában – illetve mely csoportok esetében találkozhatunk az ellenkezőjével, vagyis a „pozitív megkülönböztetéssel”.

A kutatás során tehát arra kerestük a választ, hogy tevékenységük során az orvosok hogyan viszonyulnak egyes csoportokhoz. Mivel az egyes betegek szükségképpen nem csak társadalmi státuszukban különböznek egymástól, de karakterükben, betegségük típusában, annak súlyosságában, stb. – ezért az orvosi tevékeniséget úgy kellett tipologizálni, hogy az a lehető leginkább független legyen a konkrét beteggel kapcsolatos konkrét tennivalóktól.

Ennek megfelelően az orvosi gyakorlatot alapvetí részfolyamatokra bontottuk. A részfolyamatokat illetően pedig arra kerestük a választ, hogy egyes jól elkülöníthető betegcsoportokkal kapcsolatban vajon eltérí-e az orvosok magatartása, illetve milyen mértékben eltérí az adott részfolyamattal és betegcsoporttal kapcsolatos attitűdjük.

^{ccc} Arra a kérdéskörre, hogy a romák esetében a szegénység milyen kirekesztíí mechanizmusokat jelent, a 2004. júniusában elkészülí reprezentatív roma kutatásunk ígyekszik majd választ adni.

A háziiorvosi munka vizsgált részfolyamatai:

- a vizsgálatok során alkalmazott eszközök értékszintje (helyben rendelkezésre álló alapvető eszközök, helyben rendelkezésre álló magas költségű eszközök, illetve helyben rendelkezésre nem álló és magas költségű eszközök),
- a vizsgálatot követő terápia (a terápiát helyben, saját hatáskörben végzik, avagy egy helyi ellátás után magasabb szintre küldik a beteget, illetve diagnózis után egyből magasabb szintre küldik a beteget),
- a közel azonos terápiás hatású gyógyszerek választása esetén milyen mértékben veszik figyelembe a beteg várható költségeit,
- a terápiát követő szakaszban a betegek utánkövetésének gyakorisága.

A betegek esélyegyenlősége abban az esetben érvényesül teljes körűen, ha a felsorolt részfolyamatok minemősége bizonyos esetekben független a betegek szociális státuszától (pl. az alkalmazott vizsgálati eljárások költsége, vagy a terápia intézményi szintje független a betegcsoport érdekérvényesítő potenciáljától); más esetekben pedig ettől függhet, pl. az elrendelt gyógyszerek ára figyelembe veszi a beteg gazdasági helyzetét.

A betegcsoportokat nem kizárólag társadalmi státuszuk szerint határoztuk meg, ugyanis a szociális-gazdasági helyzeten túl az is lényeges – mint azt az előzetes interjúk megerősítették –, hogy paciens minőségében hogyan viselkedik valaki. Vannak könnyű, illetve nehéz viselkedésű betegek, tehát a betegek compliance tekintetében komoly eltéréseket mutathatnak. Ezekre az orvosi gyakorlatban előforduló típusokra vonatkozóan éppúgy vizsgáltuk azt, hogy a felsorolt folyamatok esetében található-e csoportközi különbség.

A vizsgálatok eszközszerintje

A bevezetőben említett szempontokat figyelembe véve elsőként arra akartunk választ kapni, hogy az egyes betegcsoportoknak milyen szintű, milyen értékű vizsgálati paletta jut osztályrészül. Ahhoz, hogy ezt a kérdést megvizsgálhassuk, megkérdeztük a háziorvosokat, hogy milyen vizsgálati palettát vesznek igénybe egyes betegcsoportok – függetlenül a betegségek jellemzőitől.

Az „igénybevétel” olyan megközelítése, mely szerint a beteg egyoldalúan döntené el, hogy milyen költségű eszközzel végezzen el vizsgálatot helyben, a saját rendelőjében az orvos – természetesen fikció. Az alkalmazott eszközök, eljárások (azon túl, hogy a megfelelő eszközök rendelkezésre állnak-e az adott rendelőben) elsősorban az orvos szakmai kompetenciáján, megközelítésmódján múlnak, és nem a beteg kívánságain. Hasonlóképp, az a kérdés, hogy az orvos továbbküldi-e betegét olyan vizsgálatra, amelynek eszköze helyben nem áll rendelkezésre (pl. szívultrahang, CT, stb.), alapvetően a beteg állapotán, a panaszt okozó valós okok feltárhatóságának mértékén kell, hogy múljon, azon pl., hogy milyen mélységű vizsgálatot tesz szükségessé a tünet, a panasz, a betegség – és nem magán a betegen mint szociális lényen, mint bizonyos társadalmi meghatározottságú emberen. Egyszerűbben fogalmazva mindez annyit jelent, hogy pl. egy belső elváltozás felderítésére elrendelhető CT vizsgálat nem azon kell, hogy

múljon: milyen a beteg társadalmi státusza, hanem azon, hogy milyen a betegsége. Mindez – legalábbis elméletben, avagy alapvető orvosetikai szempontból – így van. Az orvosok attitűdjeiből következtethető gyakorlat azonban nem ezt tükrözi. De lássuk az alkalmazott eljárást és az eredményeket.

Elsőként azt vizsgáltuk, hogy milyen rejtett változók mentén rendeződnek el a felsorolt csoportok. A faktorelemzés eredményeként négy markáns csoport különül el:⁵⁷ „jó érdekérvényesítő”, „szociálisan deprivált”, „korspecifikus”, „magas rizikófaktorú (rosszul kooperáló).”

Az első csoportba tartoznak: „élősködő”, illetve teátrális viselkedésű betegek, magas iskolázottságúak, nagyon jómódúak, illetve kvalifikált közepes jövedelműek. A második csoportba a szegények, periférián élők, cigányok, alacsony iskolázottságúak és a munkanélküliek kerültek. A harmadik csoportot a nagyon idősek, a fiatalok, illetve a nagyon elfoglalt betegek jelentik. A negyedik csoportot azok alkotják, akik rosszul kooperálnak az orvossal, illetve „fegyelmetlen” betegek, tehát alacsony a compliance fokuk.

Már a faktorstruktúrán látszik, hogy a betegcsoportok az alkalmazott diagnosztikus eszközök költségszintje tekintetében két szempontból válnak el egymástól: egyrészt megjelenik a szakmai szempontból indokolható különbségtétel (a kor illetve a compliance hatása), másrészt a szociális kategóriák közti különbség.

A következő lépésben a faktoregyütthatók segítségével clusterelemzést végzetünk, ugyanis végső soron arra akartunk választ kapni, hogy az orvosok látásmódjában felfedhető különbségek csoportonként milyen differenciákat okoznak a vizsgálatok eszközszerkezetében. A clusterezés eredményeként⁵⁸ a háziorvosoknak négy olyan markáns csoportja különül el, amelyek az egyes csoportokkal kapcsolatban eltérő vizsgálati eszközszerkezetről számol be.

1.: érdekérvényesítő képesség a döntő (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	8,4	37,7	53,9
szociálisan deprivált	86,3	11,8	2,6
korspecifikus	63,7	29,3	10,6
magas rizikófaktorú	63,5	26,5	10,1

Az első clusterbe tartozó orvosok esetében a betegek érdekérvényesítő képessége lényeges tényező, e betegek igen nagy arányban kapnak magas költségszintű, helyben rendelkezésre nem álló vizsgálatot. Az alapvető probléma azonban inkább az, hogy azok a betegek, akiknek társadalmi státusza alacsony, szociálisan depriváltak, elsősorban a legkisebb költségszintű, helyben rendelkezésre álló vizsgálatokban részesülnek. A korspecifikus, illetve a magas rizikófaktorú csoportok közel hasonló arányban, egyúttal ugyancsak inkább helyben részesülnek kis költségszintű vizsgálatokban.

Kézenfekvő lenne az a feltételezés, hogy a vizsgálatok eszközsintjét, illetve azt, hogy az orvos továbbküldi-e a beteget magasabb szintre, alapvetően befolyásolhatja az, hogy milyen a rendelő felszereltsége, rendelkezésre állnak-e magas költségszintet képviselő eszközök vagy sem. Noha ezt a kérdést a későbbiekben elemezzük, már most érdemes megjegyezni, hogy a várakozásokkal ellentétben a felszereltség nem azt befolyásolja, hogy egyáltalán továbbküldik-e a beteget magasabb eszközsintű vizsgálatra, hanem azt, hogy milyen státuszú beteggel történik ez.

Mielőtt a további clustercsoportok ismertetését folytatnánk, lényeges felhívni a figyelmet a következőkre. Az adatok alapján nem feltételezhetjük, hogy az egyes faktorokba rendezett betegcsoportok közül legalább három a tájékozottság szempontjából különbözhetne. A jó érdekérvényesítő potenciállal rendelkező csoportban a magas iskolázottságúak mellett jómódúakat is találunk, illetve olyanokat, akiket az orvosi zsargon „élősködő” paciensnek nevez; a korszpecifikus csoportba a fiatalok, idősek kerültek, illetve azok, akik nagyon elfoglalt életmódot élnek; a magas rizikófaktorú csoportba pedig az alacsony együttműködési potenciállal rendelkezők találhatók, valamint azok, akik magas rizikófaktorú jelentő környezetbe térnek vissza egy terápia után. Látjuk, hogy ez a három csoport szociális és gazdasági szempontból roppant heterogén, nem a képzettség, stb. mentén különböznek egymástól. A lehető legkevésbé valószínű tehát, hogy a fiatalok, vagy a nagyon elfoglaltak kevésbé tudhatnának egy magas értékű vizsgálati eszköz létezéséről, mint pl. a nagyon jómódú betegek; nem a tudás az elválasztó tényező, hanem az érdekérvényesítő potenciál (és vice versa: a szociálisan depriváltak esetén annak hiánya). Az tehát, hogy az orvos milyen vizsgálati eszközzaletét alkalmaz végső soron, egyaránt múlhat azon, hogy a betegek érdekérvényesítő és szociális potenciálját milyennek látja, illetve azon, hogy az adott csoportok mit „verekszenek ki maguknak”.

2.: a beteg kora, rizikófaktorok fontos (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	22,4	32,9	53,7
szociálisan depriváltak	43,6	46,8	9,6
korszpecifikus	7,1	58,0	34,9
magas rizikófaktorú	25,9	54,0	20,3

A második clusterbe tartozó házi orvosok esetében a magas érdekérvényesítő képességűek ugyancsak a legmagasabb arányban részesülnek a legköltségesebb vizsgálatokban, illetve a szociálisan depriváltak azok, akik a legnagyobb arányban részesülnek alapvető, helyben rendelkezésre álló eszközökkel végzett vizsgálatokban.

Azonban ebben az orvoscsoportban a szociálisan depriváltak kivételével voltaképp mindegyik betegcsoport viszonylag nagy arányban részesül magas költségszintű vizsgálatokban. A nagyon idősek, fiatalok, illetve elfoglalt betegek esetében pedig dominálnak a magas költségszintű eszközökkel, helyben vagy máshol végzett vizsgálatok.

A házi orvosok harmadik csoportját azok alkotják, akik lényegében szinte mindenkit helyi, alapvető eszközökkel vizsgálnak.

3.: *alapvetően helyben (eloszlás %)*

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	81,1	13,2	9,7
szociálisan deprivált	98,6	1,4	
korspecifikus	91,2	8,8	
magas rizikófaktorú	86,2	10,2	3,6

Látnivaló ugyanakkor, hogy e csoport esetében is a jó érdekérvényesítő potenciált képviselők azok, akiket viszonylag a legmagasabb arányban részesítenek magas költségű vizsgálatokban, illetve a szociálisan depriváltak részesülnek a legkisebb arányban ilyenben.

4.: *a depriváció fontos (eloszlás %)*

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	8,6	25,7	65,7
szociálisan deprivált	18,5	54,3	27,2
korspecifikus	64,0	28,8	7,2
magas rizikófaktorú	34,8	48,0	17,3

A negyedik orvoscsoport preferencia variációi igen érdekesen alakulnak. Egyrészt az ő esetükben a jó érdekérvényesítéssel jellemzett betegcsoport jut el a legnagyobb arányban a legmagasabb költségű vizsgálatokhoz, a szociálisan deprivált betegcsoport azonban ugyancsak kiemelkedő arányban jut ilyen vizsgálat eszközökhöz.

Az alábbi táblázat mutatja az egyes orvoscsoportok százalékos eloszlását; a legnagyobb tömeget azok az orvosok képviselik, akik gyakorlatában az érdekérvényesítő betegcsoport jut inkább magas költségű, míg a szociálisan deprivált csoport inkább alacsony költségű vizsgálatokhoz.

	eloszlás %
1.: érdekérvényesítő képesség a döntő	42,8
2.: kor, rizikófaktor döntő	17,6
3.: alapvetően helyben	21,5
4.: elsősorban depriváció a döntő	18,1

Legmagasabb arányban tehát a jó érdekérvényesítő képességű betegeket részesíti előnyben mindegyik orvoscsoport. Természetesen azonnal adódik a kérdés, hogy a jelentős eltérések milyen okokra vezethetők vissza. Elsőként a rendelő ellátottsága jöhet szóba, ugyanis nyilvánvalóan az az orvos, akinek rendelőjében nem áll rendelkezésre egy szükséges, egyúttal magas költségű vizsgálati eszköz, ha ilyen vizsgálatra van szükség, az ellátás magasabb szintjére továbbítja a beteget (avagy olyan laborba, ahol a megfelelő eszköz rendelkezésre áll).

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költség szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a rendelő felszereltségi szintje szerint (%)

	alacsony	közepes	jó v. nagyon jó	átlag
1.: érdekérvényesítő képesség a döntő	60,9	51,0	24,8	42,8
2.: kora, rizikófaktor fontos	5,8	17,3	25,0	17,6
3.: alapvetően helyben	27,8	8,1	29,3	21,5
4.: a depriváció fontos	5,6	23,6	20,9	18,1

A betegek státusza és a rendelők felszereltsége közti viszonyok alapján kijelenthetjük: a felszereltség önmagában nem határozza meg azt, hogy a betegek összesen mekkora aránya kerül helyben magas költségű, vagy máshol, magas szinten végzett vizsgálatra. Ugyanis az alacsony szinten felszerelt rendelőkben kizárólag a magas érdekérvényesítő potenciálú betegek kerülnek átlag felett magasabb vizsgálati költség szintre. Azon háziorvosok között viszont, akik az alapvetően helyben végzett vizsgálatokat preferálják, egyaránt megtaláljuk az alacsony, illetve a magas szinten felszerelt rendelőt birtoklókat.

A rendelő alacsony felszereltségi szintje, illetve aközött, hogy a háziorvos az érdekérvényesítő betegcsoport felé magasabb költségű vizsgálatot biztosít, nem oksági kapcsolatot találunk, hanem korrelatívát^{ddd}; arra következtethetünk, hogy ebben az esetben a jó érdekérvényesítő betegek legfőljebb „kiverekszik” maguknak az értékebb vizsgálatokat (már amennyiben tudják, hogy mit kell „kiverekedni”).

A rendelő magas szintű felszereltsége önmagában nem oka annak, hogy a szociálisan deprivált betegek – helyben – magasabb költségű vizsgálatokban részesüljenek.

Mivel a praxis települési elhelyezkedése meghatározhatja azt, hogy milyen könnyen jut el egy beteg olyan vizsgálatra, amelyet nem helyben végeznek, megvizsgáltuk a települések rangjával és méretével való összefüggéseket. Az adatok szerint a budapesti háziorvosok valamivel nagyobb arányban preferálják a helyben végzett vizsgálatokat, illetve a községiek az átlag felett két betegcsoport esetében preferálják a magasabb szintű vizsgálati palettát: az érdekérvényesítő, illetve a szociálisan deprivált csoport esetén. Ezek az összefüggések ugyan szignifikánsak, de kis százalékos eltéréseket jelentenek.

Kézenfekvő, hogy az orvosok leterheltségi szintjét is összehasonlítsuk azzal, hogy például továbbküldik-e a beteget egy értékebb vizsgálatra, ahelyett, hogy helyben végeznék el az analóg funkciójú vizsgálatot.

^{ddd} A lineáris regresszióval végzett elemzés a két változó között mindkét irányban azonos mértékű összefüggést mutat ki (beta 0,2)

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költségszintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása leterheltség szerint (%)

Az orvosok leterheltsége	érdekérve- nyesítő képesség a döntő	kora, deprivá- ciója fontos	alapve- tően helyben	a depri- váció fontos
kis betegforgalom, alacsony terhek	35,0	6,5	42,5	16,0
átlagos terhek	43,6	16,0	22,2	18,3
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	33,2	39,8	18,7	8,2
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	47,6	24,8	8,0	19,6
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	32,1	15,0	16,2	36,7
egy településen, de minden teher magas	61,5	13,1	6,3	19,1
átlag	42,8	17,6	21,5	18,1

A magas leterheltség indikálná azt, hogy a házi orvos az ellátás más szintjére küldjön beteget vizsgálatra – méghozzá a beteg státuszától függetlenül –, de az adatok nem ezt tükrözik. Ugyanis például azok az orvosok, akik leginkább leterheltek, több települést látnak el magas ellátási és ügyeleti idő mellett, az átlaghoz képest kétszer nagyobb valószínűséggel a szociálisan deprivált – és nem az erős érdekérvényesítő potenciállal rendelkező – betegeket részesítik magas eszközszintű vizsgálatban. A táblázat adataiból ugyancsak az előzőekben felismert összefüggés olvasható ki: a vizsgálati paletta betegstátusz szerinti preferenciáját nem strukturális tényezők indokolják, hanem valami más, olyasmi amit az orvosoknak a betegek státuszával kapcsolatos szemlélete indokol.

Az adatokat tovább elemezve azt találjuk, hogy nincs kapcsolat az orvosok által az egyes betegcsoportoknak ajánlott vizsgálati paletta és aközött, hogy milyen a házi orvosok kora vagy kor szerinti mobilitása. Ugyancsak nincs kapcsolat a képzettséggel, és nem függ össze a fajlagos ráfordítási idővel sem.

Érdeemes tehát figyelmünket olyan összefüggések felé fordítani, amelyek a vizsgálati paletta csoport szerinti preferenciája és a betegek iránti szemlélet között teremt kapcsolatot. Az elemzett kérdéssel függ össze a fejezet bevezetőjében idézett interjú példája, amely arra hívta fel a figyelmet, hogy a beteg szociális státusza, érdekérvényesítő potenciálja, az orvos által észlelt compliance erősen összefügg. Mindezzel összefügg az is, hogy az adott szociális státuszú betegnek az orvos milyen költségszintű vizsgálatot (és mint látjuk majd: terápiát) ajánl fel, avagy másképp fogalmazva: milyen mértékű

befektetést eszközöl, milyen költségszintű eszközállományt lát még célszerűnek a betegbe investálni. Noha ez a megállapítás sokakban akár mély megdöbbenést is okozhat, az adatok azt mutatják, hogy igen erős összefüggés van a betegek szociális, illetve szociálpszichológiai státusza, az ebből következő érdekérvényesítő potenciál, valamint a felhasznált eszközök költségszintje között.

Megvizsgáltuk, hogy az orvosok által észlelt rizikófaktor csökkentési potenciál, illetve együttműködési szint milyen rokonságban van az alkalmazott eljárások költségével. Ehhez a próbához a felsorolt betegcsoportok mindegyikével kapcsolatban arra kértük az orvosokat, hogy ötfokú skálán értékeljék azok rizikófaktor csökkentési szintjét (pl. az orvos tanácsára mennyire hajlandók módosítani káros szenvedélyeiken, stb.). Az adatokat faktorizáltuk, melynek eredményeként három markáns betegcsoport különült el: a magas szociális státust képviselők, az ún. veszélyeztetettek (ebbe a csoportba az alacsony szociális státuszúak mellett helyet kapnak a szenvedélybetegek is), valamint az alacsony együttműködési szintet képviselők (a teátrális, illetve fegyelmezetlen betegek, a nagyon elfoglaltak).⁵⁹

A rizikófaktor csökkentési szempontból elkülönülő három fő betegcsoport faktorsúlyainak átlaga az egyes vizsgálati költségszintet preferáló orvosok esetében jelentősen eltér egymástól⁶⁰. Azok az orvosok, akik számára az érdekérvényesítő képesség jelentős szerepet játszik a vizsgálati paletta eldöntése során, a szociálisan deprivált, veszélyeztetett betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját lényegesen alacsonyabbnak látják. Velük szemben azon orvosok, akik esetében a szociálisan deprivált betegek is nagy arányban jutnak magas értékű vizsgálatokhoz, a deprivált csoport rizikófaktor csökkentő potenciálját magasnak látják.

A négy orvosi preferencia cluster között lényegében abban van nagy különbség, hogy a szociálisan deprivált betegek milyen arányban jutnak magas költségszintű vizsgálatokhoz (ugyanis a magas érdekérvényesítő potenciálú betegek mindegyik csoportban nagy súlyt képviselnek). Éppen ezért a szociálisan deprivált csoport esetében vizsgáltuk meg mélyebben azt, hogy az orvosok által érzékelt rizikófaktor csökkentési hajlandóság hogyan viszonyul a vizsgálati palettához. Ennek érdekében a faktoregyütthatókon végzett rétegtéteggépzési eljárással a szociálisan deprivált, veszélyeztetett csoportnak az orvosok által feltételezett rizikófaktor csökkentő potenciálját három egyenletes rétegbe soroltuk. A következő táblázat azt mutatja, hogy a három réteg hogyan oszlik el az egyes vizsgálati paletta költséget képviselő orvoscsoportok között.

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költségszintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a szociálisan deprivált paciensek vélt rizikófaktor csökkentő potenciáljának rétegei szerint (%)

orvoscsoport	vélt rizikófaktor csökkentő potenciál		
	alacsony	közepes	magas
1.: érdekérvényesítő képesség a döntő	42,1	36,0	21,9
2.: kora, rizikófaktora fontos	29,0	47,2	23,8
3.: alapvetően helyben	24,0	26,6	49,4
4.: a depriváció fontos	30,2	23,7	46,1
átlag	34,0	33,8	32,2

Azok az orvosok, akik alapvetően az alapeszközökkel végzett helybeli vizsgálatokat preferálják, illetve azok, akik a szociálisan deprivált betegek számára magas költségszintű vizsgálatokat biztosítanak, kétszer akkor arányban látják úgy, hogy szociálisan deprivált betegek rizikófaktor csökkentő potenciálja magas, mint azon orvosok, akik az érdekérvényesítőket preferálják. Ezzel párhuzamosan ez utóbbi orvoscsoport a szociálisan deprivált paciensek rizikófaktor csökkentő potenciálját átlag felett látja alacsonynak.

Az elmondottakat a lineáris regresszióval végzett oksági elemzés alátámasztja: az ahogyan az orvosok észlelik betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját, oksági viszonyban áll azzal, hogy milyen költségszintű palettát kapnak a szociálisan deprivált státuszcsoporthoz tartozó betegek.

Igazolt tehát az a feltételezés, hogy létezik olyan orvosi szemlélet, mely szerint a magasabb érdekérvényesítésre képes, illetve magas státuszú paciensek felé „jobb befektetés” a magasabb költségű, értékes vizsgálat, mint az alacsonyabb státuszú betegek felé – és mindez összefügg azzal, ahogyan a rossz szociális helyzetben élő betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját, végső soron jövőjét látják. Azt, hogy az orvosok által észlelt rizikófaktor csökkentési potenciál nem objektív mutató, azaz nem arról szól, hogy milyen valójában a betegek ilyen potenciálja, hanem arról szól, ahogyan az orvosok szemlélik betegeiket – mi sem mutatja jobban, mint az a tény, hogy a betegek társadalmi státusz szerint kategorizálódnak szemléletükben. Ehhez szorosan hozzátartozik az a tény, hogy az orvosok az egyes szociális kategóriába tartozó betegcsoportok rizikófaktor csökkentő potenciálját önmagában más értékűnek látják, ezen belül pedig a jó érdekérvényesítő képességű, szociálisan jól pozicionált betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját átlagosan rosszabbnak ítélik, mint a deprivált betegekéét!

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költségszintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a magas szociális státuszú paciensek vélt rizikófaktor csökkentő potenciáljának rétegei szerint (%)

	alacsony	közepes
1.: érdekérvényesítő képesség a döntő	32,6	67,4
2.: kora, rizikófaktora fontos	19,3	80,7
3.: alapvetően helyben	36,2	63,8
4.: a depriváció fontos	44,8	55,2
átlag	33,2	66,8

Mindebből az következik, hogy az alacsonynak észlelt rizikófaktor csökkentő potenciál akkor vezet kisebb értékű eszközökkel végzett vizsgálatokhoz, ha a beteg szociálisan deprivált, alacsony a szociális státusza.

A következő kérdés az, hogy a rizikófaktor csökkentő potenciál észlelése min múlik. Egyrészt nyilván tagadhatatlan, hogy léteznek objektív különbségek a rizikófaktor csökkentést illetően, másrészt láttuk, hogy az orvosok szubjektív szemüvegen át, a társadalmi státusz mentén differenciálva látják azt.

Mivel az orvos-beteg viszony kommunikatív térben megnyilvánuló interakciók során át valósul meg, kézenfekvő, hogy az orvos és betege közötti bizalom szintje, az, hogy milyen mértékben képesek megéretni egymást, befolyásolhatja e látásmódot. Az orvos-beteg viszony bizalmi nívóját közvetlenül roppant nehéz megbízhatóan mérni, arra viszont mód van, hogy becslést végezzünk a kommunikációs térről magáról. Megkértük az orvosokat, hogy skálázott módon válaszoljanak arra a kérdésre, hogy az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban mennyire érzik nehéznek vagy éppen könnyűnek a kommunikációt, hogy megértik a beteg problémáit, az pedig az orvos tanácsait. A válaszok adatait faktorelemelve, kommunikációs szempontból három betegcsoport alakul ki: talán nem meglepő módon, azon betegek csoportja, akik együttműködési szintje alacsony, illetve a magas és az alacsony társadalmi státuszú betegcsoport válik el egymástól.

A következő táblázat adatai alapján azt tekintjük át, hogy azok az orvosok, akik eltérően látják a szociálisan deprivált, veszélyeztetett betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját, milyen mértékben élnek át könnyű vagy nehéz kommunikációt velük kapcsolatban.

A kommunikációs mérték faktoregyütthatóinak átlaga a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor csökkentési potenciáljának három rétege szerint

vélt rizikófaktor csökkentő potenciál	
alacsony	-0,3045
közepes	0,0748
magas	0,1463

Azok az orvosok, akik a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját alacsonynak értékelik, egyúttal e betegekkel kapcsolatban, alacsony színvonalú, kölcsönösen gátolt kommunikációról számolnak be. Velük ellentétben azok, akik e betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját magasnak látják, egyúttal a kommunikációt is könnyűnek értékelik.

A kommunikáció könnyűsége avagy nehézsége éppúgy generálhat konfliktusokat, mint a tényleges érdekelletét. Éppen ezért vizsgáltuk, hogy az orvosok mely betegcsoportokkal kapcsolatban számoltak be konfliktusról (hangos veszekedésről, vitáról, esetleg tettlegességről). A kutatás során már ismertté vált módszerrel az adatokat faktorizáltuk, melynek során rejtett változóként három markáns betegcsoport alakult ki: az alacsony compliancet képviselők, a nehéz betegek (nagyon idősek, nehezen megközelíthető helyen élők, munkanélküliek, elfoglalt betegek), illetve a szociálisan deprivált betegek csoportja (cigányok, szociális szempontból periférián élők, alacsony iskolázottságúak).

A következő táblázat azt mutatja, hogy azok az orvosok, akik a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját kicsinek, közepesnek, illetve nagyok érzékelik, milyen valószínűséggel számoltak be konfliktusokról az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban.

Konfliktuscsoportok faktoregyütthatóinak átlaga a szociálisan deprivált betegek vélt rizikófaktor csökkentési potenciáljának három rétege szerint

vélt rizikófaktor csökkentő potenciál	kivel van konfliktusa? - csoportok		
	alacsony compliance	nehéz betegek	szoc. depriváltak
alacsony	0,0830	0,0201	0,2088
közepes	0,1009	0,0545	0,0084
magas	-0,0866	-0,0608	-0,1954

Azok az orvosok, akik konfliktus szempontjából az alacsony együttműködési nívót képviselő, illetve a nehéz betegeket különítették el, a szociálisan deprivált betegekkel kapcsolatban nem számoltak be különösebb konfliktusról.

Azon orvosok viszont, akik a szociálisan deprivált betegekkel kapcsolatban számolnak be konfliktusról, egyúttal e betegek rizikófaktor csökkentési potenciálját alacsonynak látják. Velük ellentétben pedig azok, akik magasnak látják a hátrányos tú betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját, átlag alatt számoltak be velük való konfliktusról.

Kérdés persze, hogy mi mit generál; azért számolnak-e be több konfliktusról, mert a szociálisan deprivált betegekkel való kommunikációjuk is rosszabb, egyúttal e betegeknek alacsonyabb költségű szolgáltatást nyújtanak, tehát konfliktust idéznek elő, avagy azért eleve több e betegekkel a konfliktusuk, tehát romlik a kommunikáció, ennek következtében törődnek kevesebbet a betegekkel. A kérdés azért tűnik tyúk-tojás problémának, mert a konfliktusok, a kommunikáció, illetve az, hogy valaki egy adott társadalmi csoport tagjaival milyen viszonyban van, nemcsak összefügg, de a mindennapi interakció során ezek a tényezők meglehetősen jól képesek egymást hatását felerősíteni. Mindenesetre az vizsgálható, hogy az orvosok személetében a szociálisan depriváltak rizikófaktor csökkentő potenciálja milyen, illetve mekkora a konfliktusok gyakorisága és milyen a kommunikáció, tehát milyen szoros kapcsolat van e tényezők között. Varianciaelemzést alkalmazva látjuk, hogy a konfliktusok és a kommunikáció közötti kapcsolat roppant szoros: abban az esetben, ha az orvos a szociálisan deprivált beteg rizikófaktor csökkentő potenciálját jónak tekinti, a konfliktusok hiánya és a kommunikáció minősége közötti kapcsolat szorossága kb. 8%, ekkora erővel magyarázza egyik a másikat. Ezzel ellentétben, ha az orvos a deprivált beteg rizikófaktor csökkentő potenciálját alacsonynak látja, a konfliktusok gyakorisága és a kommunikáció alacsony nivója közötti kapcsolat szorossága már 23%, ekkora erővel magyarázza egyik a másikat.

Összefoglalásul^{ccc} tehát, az eddigiekben elemzettekből röviden az a tanulság, hogy a háziorvosok egy része a szociálisan perifériális helyzetű betegeknek kisebb költségű vizsgálati palettát nyújt, mint másoknak, egyúttal e betegekkel való kommunikációjuk átlag alatti nivójú, illetve átlag felett tapasztalható konfliktusok. Mindebben e betegek szociális deprivációja oki tényező, mégpedig azon keresztül, hogy az orvosok többek között e beteg rizikófaktor csökkentő potenciálját alacsonynak értékelik.

A terápia intézményi szintjei

A vizsgálatok során megjelenő eszközök értékbeli különbségei már elővételezték azt a kérdést, hogy vajon a felajánlott terápia szintjei hogyan viszonyulhatnak a betegek státuszához. A már ismert betegcsoportokkal kapcsolatban azt tudakoltuk, hogy a felajánlott terápia során az orvosok mit preferálnak inkább:

- a helyben, saját hatáskörben végzett gyógyító munkát,
- avagy a helyben, saját hatáskörben végzett ellátás után magasabb szintre küldik-e a beteget, illetve
- a diagnózis felállítása után egyből magasabb ellátási szintre utalják-e őket.

^{ccc} Érdemes megemlíteni a paraszolvencia egyébként igen érzékeny kérdését. Felmerülhet ugyanis a gyanú, hogy a magasabb értékű vizsgálatok választásában a betegek által nyújtott paraszolvenciának talán lehet hatása. Az adatfelvétel során azonban a „hálapénz” mértékét firtató kérdésekre olyan kevesen válaszoltak érdemben, hogy ennek hatása kimutathatatlan.

^{fff} Ilyen eset pl. az, ha valakin egy égési sérülést helyben ellát az orvos, ezek után pedig egy magasabb szintre küldi plasztikára (ahelyett, hogy helyben próbálná a teljes rehabilitációt elérni).

^{ggg} Ebben az esetben úgy látja az orvos, hogy a beteg gyógyulási esélyei a magasabb ellátási szinten eleve jobbak, és ezért, eleve ezzel a megfontolással küldi oda a beteget.

Ez a kérdés tehát teljes közvetlenséggel arra irányult, hogy az orvosok mit preferálnak. Úgy véljük, hogy nem meglepő módon, az elrendelt terápia intézményi szintjei esetén az egyes betegcsoportoknak a szociális helyzet mentén való kialakulása, illetve az orvosok attitűdjeiben felfedezhető mintázatok roppant nagy hasonlóságot mutatnak a vizsgálatok során elemzettekkel. Ezek az erős analógiák azt bizonyítják, hogy amit a vizsgálatokról szóló fejezetben írtunk, helytálló. Azaz az orvosok a betegeket a szociális-gazdasági, illetve a szociálpszichológiai státusz mentén érzékelik, egyúttal az orvosi gyakorlat egyes lényeges dimenzióit e státuszkülönbségek határozzák meg, és nem az embertől, mint társadalmi lénytől független betegség. De ismét csak kezdjük az elemzett adatokkal.

Elsőként szükséges volt tisztázni, hogy a házi orvosok milyen rejtett dimenziók mentén látják pacienseiket a felajánlott terápia tekintetében. A felsorolt betegcsoportok vonatkozásában az orvosok terápia-szint preferenciáira adott válaszokat faktorizáltuk⁶², ennek eredményeként három betegcsoport alakult ki: a szociálisan alacsony státuszú, a szociálisan jól pozicionált, illetve az alacsony együttműködési nivót képviselő betegeké. Mondanunk sem kell, hogy a megajánlható terápia intézményi szintje esetén is azt kellene feltételeznünk: azt nem a betegek szociális státusza befolyásolja, hanem olyan tényezők, mint a betegség súlyossága, a szükséges terápia intézményi elérhetősége és egyebek...

A következő lépésben clusterelemzéssel megállapítottuk, hogy a házi orvosok milyen csoportokba rendeződnek aszerint, hogy az egyes fő betegcsoportoknak milyen intézményi szinten ajánlanak terápiát. Az elemzés eredményeként négy stabil cluster alakult ki⁶³.

1. magas szintű ellátás mindenkinek (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

	helyben	ellátja és magasabb szintre	egyből magasabb szintre
depriváltak	10,9	81,5	7,7
magas státuszú	3,7	91,3	5,0
alacsony compliance	8,8	82,1	9,1

Az első csoportba tartozó házi orvosok a lehető legnagyobb arányban helyben látják el, majd magasabb ellátási szintre utalják a betegeket. Ez a csoport alkotja a házi orvosok legnagyobb tömegét, összesen 32,9%-ot. E magatartást nevezhetjük akár (és az egyéb csoportokhoz képest is) kiemelkedően lelkiismeretesnek; lényeges ebben a magatartásban az, hogy helyben, tehát a lehető leghamarabb ellátják a beteget, ezek után viszont magasabb kompetencia szintre küldik.

Meg kell azonban jegyezni, hogy még e leginkább hivatáshűen eljáró orvoscsoport esetében is a szociálisan deprivált betegek mintegy tíz százalékponttal kisebb arányban kerülnek át a magasabb ellátási szintre, mint a magas társadalmi státuszú betegek.

2. nehéz betegek helyben ellátást (eloszlás% az ellátás szintje szerint)

	helyben	ellátja és magasabb szintre	egyből magasabb szintre
depriváltak	59,4	32,0	8,6
magas státuszú	16,8	51,4	31,9
alacsony compliance	53,5	40,2	6,3

A háziorvosok 21,6%-át kitevő csoport erősen differenciál a betegek között: a szociálisan depriváltak, illetve az alacsony együttműködési színvonalú betegek többségét helyben látja el és nem küldi magasabb szintre. A helyi ellátás után magasabb ellátási (és/vagy kompetencia) szintre való utalás legkevesbé a szociálisan depriváltak betegek esetében érvényesül. Velük ellentétben a magas státuszú betegeket helyi ellátás után magasabb szintre utalja ez ebbe a csoportba tartozó háziorvosok több mint fele, egyúttal ennek az orvoscsoportnak a harmada a magas státuszú betegeket el sem látja helyben, hanem egyből a magasabb ellátási szintet ajánlja fel. Mivel az első clusterbe tartozó orvosokkal szemben ez a csoport a magas társadalmi státuszú betegeket nagy arányban utalja egyből magasabb ellátási szintre, felmerül a gyanú, hogy esetükben egyszerre érvényesül a magas státusz iránti kedvezni akarás, illetve a felelősségáthárítás. Ezt a hipotézist erősíti meg az, hogy ebben az orvoscsoportban a magas társadalmi státuszú betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját szignifikánsan többen látják jobbnak, mint az egyéb orvoscsoportok esetében. Ugyancsak erre rímel az a tény, hogy ebben a csoportban az orvosok az átlag felett rendelkeznek magas szinten felszerelt rendelővel. Ez a háziorvosi csoport az (a többi clusterbe tartozókhoz képest), amely a legjobban differenciál társadalmi státusz szerint, komoly különbséget teremtve a szociálisan hátrányos, illetve előnyös helyzetben lévő betegek ellátási szintje között.

3. alapvetően mindenkit helyben ellátást (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

	helyben	ellátja és magasabb szintre	egyből magasabb szintre
depriváltak	70,1	19,5	10,5
magas státuszú	76,6	18,8	4,7
alacsony compliance	85,5	11,6	2,9

A háziorvosok következő csoportja (arányuk a teljes populációban 23,6%) alapvetően a helyben való ellátást részesíti előnyben. Ezen belül azonban némi különbséget látunk az egyes betegcsoportok szerinti preferenciákban – még hozzá inkább az alacsony együttműködési nivójú betegek és nem feltétlenül a szociálisan depriváltak hátrányára. Alacsony compliance esetén a betegek magasabb arányban kapnak csak helyi ellátást, mint a másik két betegcsoport. Ugyanakkor a szociálisan depriváltak betegek közel azonos arányban kapnak helyi, majd magasabb szintű ellátást, mint a magas státuszúak. Ezzel együtt, ebben a csoportban a háziorvosok tíz százaléka a szociálisan hátrányos helyzetű

betegeket egyből a magasabb szintre küldi. Esetükben vélhetően azért nem beszélhetünk pl. felelősségáthárításról, mert ezek az orvosok szociálisan hátrányos helyzetű betegek rizikófaktor csökkentő magatartását szignifikánsan rosszabbnak látják, mint a többiek, illetve jelentős mértékben jobb a kommunikációs szintjük ezekkel a betegekkel, mint a többi clustercsoport tagjainak.

4. alacsony compliancet hárít (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

	helyben	ellátja és magasabb szintre	egyből magasabb szintre
depriváltak	78,6	16,6	5,6
magas státuszú	61,2	33,5	5,3
alacsony compliance	19,2	63,0	17,8

A negyedik clusterbe tartozó orvosok (22%) szociális státusz és compliance szerint egyaránt differenciálják betegeiket. Esetükben a legnagyobb arányban a szociálisan deprivált betegek kapnak csak helybeni ellátást – velük szemben viszont az alacsony compliance fokkal jellemezhető betegek karrierje érdekes: nagy arányban kapnak helyi, majd magasabb szintű ellátást, azonban az ebbe a clusterbe tartozó orvosok közel ötöde őket egyből a magasabb szintre küldi. Mivel azt látjuk, hogy ebben az orvoscsoportban a betegek rossz együttműködési potenciálja az, amely lényegében kis arányban tartja őket a csak helyi ellátásban, így indokoltnak tűnik a cluster elnevezése.

Tegyük hozzá azonban, hogy ez az orvoscsoport az, amely a szociálisan deprivált betegek esetében a kizárólagos helyi kezelést választja legnagyobb arányban. Kérdés, hogy a terápia intézményi szintjében megjelenő ilyen hátrány, megkülönböztetés mivel függ össze. Az elemzések azt mutatják, hogy ez az orvoscsoport az átlaghoz képest semmivel sincs több konfliktusban betegeivel – függetlenül azok státuszától, illetve a kommunikáció minősége is átlagos mindegyik csoporttal kapcsolatban. Ezek az orvosok azonban jóval nagyobb arányban fordulnak elő kisközségekben, mint az előbb tárgyalt többi orvoscsoport.

Az eddigiek azt mutatják, hogy egyrészt a terápia szintjének elrendelése vonatkozásában is differenciálnak a háziorvosok a betegek szociális, illetve szociálpszichológia státusza szerint, másrészt és ebből következően azt látjuk, hogy a terápia intézményi szintjének kiválasztását éppen ezek a differenciált státuszok szabják meg – és nem például valamilyen szakmai protokoll.

Az orvosok kora, képzettségi szintje, az egy betegre számítható fajlagos idő maximuma éppúgy nem befolyásolja a terápia szintjének preferenciáját, ahogy a vizsgálat költség-szintjét sem. Természetesen adódik a kérdés, hogy az orvosok leterheltségi szintje, azok variációi hogyan befolyásolják azt, hogy milyen intézményi szinten kerül sor a terápiára. Az adatok azt mutatják⁶⁴, hogy nincs teljesen egyértelmű kölcsönösség a leterheltség és aközött, hogy az orvos helyben gyógyít, vagy éppen elküldi páciensét magasabb szintre. Az átlagos terhek mellett dolgozók éppúgy magasabb arányban nyújtanak magas szintű ellátást mindenkinek, mint azok, akik egy településen magas terhek mellett

dolgoznak. Azok az orvosok pedig, akik több településen, átlag feletti ellátási időben látják el feladataikat, az átlaghoz képest éppen hogy magasabb arányban preferálják az alapvetően helyben végzett gyógyító munkát.

Mivel azt látjuk, hogy a „kemény” adatok mentén nehezen magyarázhatók az orvosok preferenciáiban mutatkozó különbségek, viszont a vizsgálatok költségszintjének elemzésekor láttuk, hogy pl. a paciensek rizikófaktor csökkentő potenciáljának értékelése erős magyarázó tényező; most tehát érdemes figyelmünket erre irányítani.

A terápia intézményi szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a szociálisan deprivált paciensek vélt rizikófaktor csökkentő potenciáljának rétegei szerint (%)

	alacsony	közepe	magas
magas szintű ellátás mindenkinek	21,7	37,8	40,5
nehéz betegek helyben ellátást	32,0	44,1	23,9
alapvetően mindenkit helyben	48,1	21,4	30,5
alacsony compliancet hárít	47,7	27,9	24,4
átlag	35,2	33,6	31,2

Azok az orvosok, akik magas szintű intézményi ellátásban részesítenek minden beteget, egyúttal az átlagnál magasabb arányban látják úgy, hogy szociálisan deprivált betegek rizikófaktor csökkentő képessége magas. Ez a látásmód azt, hogy ezek az orvosok éppen ebbe a clusterbe tartoznak, magas értéken, 23%-ban magyarázza^{hhh}.

Azok a háziorvosok viszont, akik alapvetően minden beteget helyi szinten kezelnek, illetve azok, akik az alacsony együttműködési szintű betegeket „elhárítják” (és, tegyük hozzá, a szociálisan depriváltakat részesítik a legmagasabb arányban helyi ellátásban), egyúttal a deprivált betegek rizikófaktor csökkentő képességét átlag alattinak értékelik. Ez a látásmód 13%-os magyarázó erővel képvisel.

Kézenfekvő, hogy ezek után összehasonlítsuk a vizsgálati költségszint, illetve a terápia intézményi szintje szerint preferencia csoportokat.

^{hhh} A lineáris regresszió beta értéke 0,23.

A terápia intézményi szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a vizsgálati költségszint preferenciái szerint (%)

	vizsgálati költségszint-preferencia csoportok			
	érdekvényesítő képesség a döntő	kora, rizikó-faktora fontos	alapvetően helyben	a depri-váció fontos
magas szintű ellátás mindenkinek	29,2	15,7	29,3	25,8
nehéz betegnek helyben ellátást	45,1	38,3	2,3	14,3
alapvetően mindenkit helyben	32,3	10,7	42,9	14,1
alacsony compliancet hárít	70,8	7,0	10,9	11,3
átlag	42,8	17,6	21,5	18,1

Az adatok azt mutatják, hogy a két attitűd összefügg, és megerősítik egymást. Azok az orvosok, akik magas szintű ellátást biztosítanak mindenkinek, egyúttal átlag felett látják úgy, hogy a vizsgálatok költségszintjének meghatározása során a szociális depri-váció fontos szempont.

Azok a házi orvosok, akik alapvetően mindenkit helyben kezelnek, egyúttal a vizsgálatokat is inkább helyben végzik.

Igen kiugró, amit azoknál az orvosoknál látunk, akik az alacsony együttműködési szintű betegeket „elhárítják”, illetve a szociálisan depriváltakat részesítik a legmagasabb arányban helyi ellátásban: ez az orvoscsoport egyúttal kiemelkedő arányban a jó érdekvényesítő képességű pacienseit részesíti magas költségszintű vizsgálatokban is.

Megvizsgálva a két attitűd egymásra gyakorolt kauzális hatását, azt látjuk, hogy első-sorban együttjárásról és nem oksági viszonyokról van szó, azaz e két attitűd együttesen és egymást erősítve befolyásolja a betegekkel való viszonyt.

Összefoglalva, a házi orvosok egy része a szociálisan perifériális helyzetű betegek esetében alacsonyabb intézményi szinten nyújt terápiát. Mindebben e betegek szociális deprivációja – a vizsgálati költségszint esteében látottakkal analóg módon – oki tényező. Ebben az esetben is jelentős szerepet játszik az, hogy e betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját alacsonynak értékeli.

Az elrendelt gyógyszerek költsége

A vizsgálat során igyekeztünk megállapítani, hogy a házi orvosok az egyes beteg-csoportokkal kapcsolatban figyelembe veszik-e a felírt gyógyszerek költségeit. Ez a kérdés egyrészt nyilvánvalóan kihat magának az elrendelt terápiának a sikerére, pél-

dául abban az esetben, ha a beteg anyagi okokból nem tudja megvenni a gyógyszert (vagy nem minden gyógyszert tud minden esetben megvenni), másrészt pedig elemi társadalmi szolidaritási kérdés. Ezt azért érdemes külön is hangsúlyozni (amellett, hogy némi naivitással azt is gondoljuk: az orvosok akár elemi érdeküknek is tekinthetnék a betegek mihamarabbi eredményes – és anyagi képességeiktől független – gyógyulását) – mert az orvosszakma segítő foglalkozás, és ilyen minőségében etikai vetülete is van. Amellett, hogy az orvos vegye figyelembe a beteg anyagi helyzetét a gyógyszer felírásakor, egyszerűen szólhatnak racionális, illetve morális érvek.

Immár az eddigiekben ismert módon, megkértük az orvosokat, hogy válaszoljanak arra a kérdésre, hogy a felsorolt betegcsoportok esetében milyen gyakran veszik, vagy nem veszik figyelembe a gyógyszerekⁱⁱⁱ költségeit. A kapott adatokat faktorizáltuk, amely eljárás során a már ismert három betegcsoport alakult ki: a magas társadalmi státuszt képviselő, a szociálisan deprivált, illetve az alacsony compliance-t képviselő betegeké⁶⁵. Következő lépésként a faktorsúlyokon végzett clusterelemzés az orvosok négy markáns csoportját különítette el⁶⁶, e négy csoport az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban más és más attitűdöt képvisel.

A gyógyszerköltségek figyelembevétele szerint elkülönülő négy orvoscsoport, betegcsoportonként – a „gyakran vagy mindig figyelembe veszi a költségeket” válaszok %-ban

	magas státuszú	depriváltak	alacsony compliance
szoc.érzékeny	24,0	86,0	15,1
szoc., pszich. érzékeny	12,3	91,2	68,7
nem szolidáris	22,3	31,6	34,6
mindenkinél figyelembe veszi	92,4	94,9	94,5

Az első, szociálisan érzékenynek nevezett clusterbe tartozó házi orvosok a szociálisan hátrányos helyzetben élő betegek esetében igen nagy gyakorisággal figyelembe veszik a költségeket. Ők a vizsgált házi orvosok 26,1%-át alkotják.

A szociálisan és szociálpszichológiailag érzékenynek nevezett clusterbe tartozó orvosok azok, akik a szociálisan deprivált, illetve az alacsony együttműködési szintet képviselő betegek esetében igen magas arányban veszik figyelembe a gyógyszerköltségeket. Egyúttal ők azok, akik a magas státuszú betegek esetében viszont a legkisebb gyakorisággal veszik figyelembe e költségeket – ez jelentheti azt is, hogy e betegeikről feltételezik: képesek a gyógyszereket megfizetni. Ez a legnagyobb arányú csoport a házi orvosok között (29,9%), egyúttal ők tekinthetők a minden szempontból leginkább szolidáris, egyúttal a betegek gazdasági teljesítőképessége iránt etikus magatartást tanúsító csoportnak.

ⁱⁱⁱ A kérdést úgy tettük fel, hogy ha saját hatáskörben rendelnek el terápiát, abban az esetben az azonos vagy közel azonos terápiás hatású gyógyszerek felírásakor milyen gyakran veszik figyelembe azok költségeit. Tehát a kérdésben az volt megfogalmazva, hogy az orvosok választhatnak a gyógyszerek költségszintjei között (mint az a legtöbb esetben így is van).

A harmadik, nem szolidárisnak nevezett csoport (16,6%) az, amely a szociálisan deprivált betegek esetén a legkisebb arányban veszi figyelembe a gyógyszerek költségeit. A másik két betegcsoport esetén tapasztalható ugyancsak alacsony arányok azt mutatják, hogy az e clusterbe tartozó orvosok „abstart” nem érzékenyek betegek gazdasági helyzete iránt.

A negyedik, összesen 27,4%-ot kitevő csoport a betegek státuszától függetlenül, alapvetően figyelembe veszi a gyógyszerek felírásakor azok költségeit.

Az eddigiekben kialakult várokozások szerint a gyógyszerköltség és a betegek státusza közötti kapcsolatot legalább néhány változónak magyarázni kellene. Az elemzések azonban azt mutatták, hogy a gyógyszerköltség-attitűd független tényező, éppúgy nem magyarázza az orvosok kora, képzettsége vagy praxisban töltött ideje, mint ahogy a betegek rizikófaktor csökkentő magatartásával kapcsolatos látásmódjuk sem.

Ezek után azt kell megállapítanunk, hogy a házi orvosoknak a gyógyszerköltségek figyelembe vételében megnyilvánuló szolidaritása, vagy e szolidaritás hiánya független dimenzió, és önállóan befolyásolja azt, hogy pl. a szociálisan hátrányos helyzetű betegek milyen kifizethető vagy megfizethetetlen gyógyszerköltségek elé néznek.

Terápia utáni nyomonkövetés

Mielőtt rátérnénk a roma betegekkel való specifikus attitűdeltérések tárgyalására, érdemes még egy vizsgált folyamat eredményéről beszámolni, ez pedig a betegek utánkövetésének gyakorisága és csoportfüggősége. A vizsgálat során abból indultunk ki, hogy noha a házi orvosi gyakorlatnak nem feltétlenül része a betegek terápia utáni szakaszának követése, az, hogy milyen esetben végeznek mégis ilyen munkát, sokat elárulhat az orvosok szemléletmódjáról – és ezzel közvetve az egyes társadalmi csoportokkal kapcsolatos viszonyokról.

Az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban azt a kérdést tettük fel a házi orvosoknak, hogy milyen mértékben látják szükségét az utánkövetésnek, milyen gyakran követik nyomon a beteg terápia utáni sorsát. A válaszok adatait faktorizálva ebben a kérdésben már nem társadalmi státusz szerint rendeződnek el a betegcsoportok, hanem orvosszakmainak nevezhető szempontok szerint.

A faktoranalízis eredményeként⁶⁷ először is három rejtett dimenzió szerint rendeződnek el a betegek: az elsőt, erős heterogenitása okán széles spektrumúnak neveztük. A második csoport a már ismert alacsony együttműködési potenciállal rendelkezőké, a harmadik pedig a kisebb életesélyű betegeké (nagyon idősek, illetve azok, akik a terápia után magas rizikófaktort jelentő környezetbe térnek vissza).

A faktorsúlyok szerint végzett clusterezés eredményeként⁶⁸ a házi orvosok négy jól elkülönülő csoportja alakult ki.

Az utánkövetés szempontjából kialakult clusterek – az utánkövetés kérdésére adott válaszokban a „nem, vagy kevésbé”, illetve a „gyakran vagy mindig” válaszok %-a

	minden esetben		esetfüggő		nehéz betegeket		csoportszelektív	
	nem, kevésbé	gyakran, mindig	nem, kevésbé	gyakran, mindig	nem, kevésbé	gyakran, mindig	nem, kevésbé	gyakran, mindig
széles spektrum		98,8	8,6	5,4	21,0	18,4	4,9	57,3
alacsony compliance		98,7	12,8	15,7	13,4	49,6	33,3	21,6
kisebb életesélyű		94,1	9,4	17,3	0,3	89,6		88,8

Az első csoportot (ők a teljes vizsgált kör 23,5%-a) mindhárom betegcsoportot gyakran vagy mindig utánkövetik.

A második orvoscsoport (25,5%) ún. esetfüggő elnevezést kapott: mindhárom betegcsoport esetén leggyakoribb válaszuk az „esettől függ” volt, azaz nem betegcsoportok szerint döntenek el, hogy végeznek-e utánkövetést, hanem az adott konkrét beteg a választás fókuszja.

A harmadik, egyben a legnagyobb arányt képviselő orvoscsoport (40,9%) alapvetően a nehéz betegeket, ezen belül is a nagyon időseket, illetve a magas rizikófaktort képviselő környezetbe visszatérőket követi nyomon; a széles spektrumot képviselő betegek nyomonkövetése elsősorban esetfüggő.

Végül a negyedik, egyben legkisebb arányú csoport (10%) elnevezése csoportszelektív lett, mivel ők egyrészt a csökkent életesélyű betegeiket igen nagy arányban követik nyomon, az alacsony compliancet képviselő betegek esetében harmaduk nem végez nyomonkövetést, ötödük viszont gyakran, ugyanakkor a széles spektrumban helyet foglaló betegek több mint felét gyakran, a maradékot esettől függően követik nyomon. Ez a csoport tehát erősen szelektál a betegek életesélyei, valamint szociálpszichológiai státusza szerint.

Megvizsgálva az orvosok leterheltségi szintjeit, azt találtuk, hogy noha az egyes terhelésvariációt képviselő csoportokban az orvosok utánkövetés iránti attitűdje eltérő, alapvetően ezt az attitűdöt nem a terhelés befolyásolja.

Elmondható tehát, hogy az utánkövetés, mint opcionális háziorvosi tevékenység során az orvosok alapvetően nem szociális státusz szerint döntenek el, hogy mely csoport betegeit kövessék nyomon, elsősorban szakmai, illetve személyes szubjektív preferenciáik érvényesülnek.

Fentieket, azon túl, hogy ebben az esetben az adatok arról szólnak, hogy az orvosok nem minden esetben döntenek betegeik társadalmi státusza szerint, azért volt érdemes leírni, mert a roma paciensekkel való specifikus viszony elemzésekor látni fogjuk, hogy van a háziorvos társadalomnak olyan szelete, amely az utánkövetést attól teszi függővé, hogy valaki roma-e vagy sem.

Mit befolyásolnak és mit nem a romákkal kapcsolatos attitűdök?

Az esélyegyenlőség szempontjából kiemelkedően hátrányos helyzetű csoport a romáké: nemcsak a szegénység és ennek legkülönfélébb oldalai sújtja őket, hanem a társadalom előítéletessége, illetve az élet legkülönbözőbb oldalain megnyilvánuló, rasszizmusból fakadó diszkrimináció is. Ma Magyarországon a mérvadó becslések szerint mintegy kétmillió ember él a szegénységi küszöbön, illetve az alatt. Noha ebből a kétmillió emberből mindössze hatszázezer roma, van egy roppant lényeges – és az etnikai előítéletességen és diszkrimináción is messze túlnyúló – különbség a roma és a nem roma szegény populáció között. Nevezetesen, a romák átlagosan tíz évvel rövidebb életkora, illetve a többségi társadalomhoz képest kiemelkedően magas betegségarányai egyes betegségcsoportokban.

A romák magas betegségarányait elsősorban szegénységi faktorok okozzák – hasonlóan más társadalmak szegény és marginális csoportjaihoz. Kutatásunkban többek között azt akartuk kideríteni, hogy az orvosi alapellátás szereplői körében élő, cigányokkal kapcsolatos attitűdök gyakorolnak-e befolyást az orvosi munka egyes oldalaira, vagy sem.

Az eddig fejezetekből világos, hogy a kérdés sokkal tágabban értelmezendő: a háziorvosi társadalom tagjai magukhoz a szociálisan deprivált, hátrányos helyzetű emberekhez viszonyulnak differenciáltan, a háziorvosok egy része mérhető módon alacsonyabb színvonalú szolgáltatást nyújt a hátrányos helyzetű vagy szegény embereknek.

A kutatás adatai arra is módot adnak, hogy megvizsgáljuk, a szegény, hátrányos helyzetű emberek mellett specifikusan a romákat milyen hátrányok érik a vizsgált tárgykörben. Ezen a ponton érdemes visszaidézni a romák magas betegségarányairól fentebb írtakat: első kérdésünk ugyanis az volt, hogy maguk az orvosok milyen mértékben vannak tisztában azzal, hogy a romák betegebbek, mint a környező társadalom, illetve mi befolyásolja az orvosok ezirányú tisztánlátását.

A romák betegségarányainak ismerete

Az adatfelvétel során a háziorvosoknak olyan belgyógyászati betegségcsoportokat soroltunk fel, amelyben ismerjük a romák betegségarányaitⁱⁱⁱ. Megkértük a válaszolókat, hogy betegségcsoportonként döntsék el: az adott betegség a romáknál ritkábban fordul-e elő, az előfordulási gyakoriság azonos-e a nem romákéval, avagy gyakoribb a romáknál.

Az adatok elemzése során a következő eljárást alkalmaztuk. Mivel nem csupán arra voltunk kíváncsiak, hogy az orvosok en general hogyan látják a romák betegségarányait, hanem arra is, hogy mi befolyásolja az ezzel kapcsolatos nézetüket, milyen összefüggések fedezhetők fel a vélemények hátterében; tehát nem elégedhettünk meg azzal, hogy betegségcsoportonként hasonlítsuk össze a véleményeket a mérvadó országos roma felvételünk adataival. Ennek megfelelően az eddigi attitűdelemzéshez hasonló eljárást alkalmaztuk; elsőként megnéztük, hogy a betegségcsoportok gyakoriságára adott válaszok milyen rejtett változókba rendezik magukat a betegségcsoportokat, azaz milyen belső csoportosítás alakul ki az egyes betegségcsoportok között.

ⁱⁱⁱ Lásd erről a kötet másik tanulmányát.

Az adatokat tehát faktorelemeztük⁶⁹. Ennek eredményeként a roma és nem roma betegek betegséggyakoriságainak differenciáit illetően öt nagy csoportba rendeződtek a betegek.

Az első faktorba kerülnek az átmeneti agyi keringészavarok, a magasvérnyomás betegségek, az ischaemiás szívbetegségek, illetve a cerebrovascularis betegségek. E betegségek között a nemzetközi standardok jelentős összefüggést találnak, különösen a hypertonia, a cerebrovascularis megbetegedések, a stroke-ok, illetve az ischaemiás szívbetegségek között. Összefoglalóan szív –és érrendszeri megbetegedések elnevezést kapta a faktor.

A következő faktorba meglehetősen nagyszámú betegség sorolódott: TBC és gümőkór, daganatos megbetegedések, az idült alsó légúti megbetegedések, asthma, gyomor és bélrendszeri megbetegedések, valamint a máj megbetegedései. A faktorban elfoglalt közös helyet szociológiai értelemben az magyarázza, hogy változó erősséggel, de mindegyik erősen összefügg a magas rizikót jelentő életmód, a dohányzás és alkoholfogyasztás, az alacsony minőségű táplálkozás, a rossz lakó- és életkörülmények valamelyikével, vagy egyszerre többel is. Ennek okán ezt a faktort az életmóddal és életkörülményekkel összefüggő betegségek faktorának nevezzük.

A harmadik faktorba kizárólag a vázrendszerrel érintő betegségek kerültek (deformáló hátgerinc elváltozások, spondylopathiak, csonttritkulás).

A negyedik faktort a vér- és vérképző rendszer megbetegedései, valamint a vashiányos vérszegénység alkotják. E megbetegedéseket, különösen a romáknál is kiemelkedő szerepet játszó vashiányos vérszegénységet a nemzetközi szakirodalom a fejlődő országokra jellemző tipikus megbetegedésnek tartja.

Végül az ötödik faktorba a nem organikus eredetű mentális- és viselkedészavarok, valamint a pszichoaktív szerek okozta megbetegedések kerültek; mindkettő erősen összefügg a stressztűrési alacsony fokával, a depresszióval, stb., tehát azokkal a tényezőkkel, amelyek szorosan együttjárnak a kilátástalan élethelyzetekkel.

A következő lépésben clusterelemzést végeztünk a betegségfaktorok együtthatóival. Mivel a roma népesség egészségére vonatkozó felvételből a nem organikus eredetű mentális és viselkedészavarokra vonatkozó arányokat nem ismerjük^{kkk}, tehát a háziorvosok gyakorisággal kapcsolatos nézeteit nem tudjuk összehasonlítani mérvadó adatokkal, ezért az ötödik faktor score-jait kihagytuk a clusterelési eljárásból⁷⁰. Az elemzés nyomán az orvosok négy stabil clusterbe rendeződtek el.

Ahhoz, hogy az egyes clusterekben elhelyezkedőknek a romák betegséggyakoriságairól mondott ítéleteit értelmezhesük, érdemes a romák egészségi állapotára vonatkozó elemzés adatait ehelyütt felidézni. Az adatokat a háziorvosok gyakorisági ítéleteiből kialakult betegségszámok faktorok átlagai szerint mutatjuk be (a szorzó azt mutatja, hogy a romák betegségarányai mennyivel nagyobbak faktoronként).

^{kkk} Noha más, kisebb mintán végzett felvételek valószínűsítik, hogy a romák körében pl. a depresszió igen magas arányokat ölt, erről jelen elemzésünkben, konkrét és megbízható számadatok híján nem adhatunk számot.

	szorzó
szív és érrendszeri megbetegedések	1,3
életmód és körülményekből adódó betegségek	4,8
vázrendszeri betegségek	2,3
vér, vérképzőrendszeri megbetegedések	14,7

1. relatív tisztánlátó – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok %-a

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív és érrendszeri	25,3	74,7	74,7
Életmódból- és körülményekből adódó	46,2	52,2	52,2
vázrendszeri betegségek	67,8	32,2	32,2
vér, vérképzőrendszeri	66,7	30,4	30,4

Az első clusterbe tartozó háziorvosokat relatív tisztánlátóknak nevezzük, mert – legalábbis a többi clusterbe tartozókhoz képest – a legtöbb esetben úgy ítélik, hogy a romák betegségarányai az egyes faktorokba tartozó betegségek esetén magasabbak. Ez a csoport a teljes populáció 13,9%-át alkotja. Noha a romák mindegyik betegségfaktor esetén nagyobb arányban betegek, mint a teljes társadalom, ezen belül pedig a harmadik világ betegségeként is aposztrofálható vashiányos vérszegénység mutatója kiugró, még e relatív tisztánlátó orvoscsoportban is az orvosok kevesebb mint harmada gondolja úgy, hogy a romák gyakrabban betegek ebben a betegségcsoportban. Ugyanakkor ez az egyetlen orvoscsoport, amely tisztán látja, hogy a romák között a szív és érrendszert érintő megbetegedések aránya magasabb, mint a nem romák között. Elnevezésükben a „relatív” jelző továbbá azért is indokolt, mert a rossz életkörülményekből, illetve a szegényekre jellemző életmódból fakadó betegségek romák közti magas gyakoriságát alig több mint ötven százalékuk tudatosította vagy vette észre. Másrészt ez az egyetlen orvoscsoport, amely egyetlen betegségfaktor esetén sem gondolja úgy, hogy a romák ritkábban betegek, mint a nem romák.

2. nem érzékeny – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok %-a

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív és érrendszeri	6,1	89,0	4,9
Életmódból- és körülményekből adódó	6,5	79,9	13,6
vázrendszeri betegségek	14,1	83,5	2,3
vér, vérképzőrendszeri	3,8	89,8	6,5

A második clusterbe tartozó orvosok (arányuk a legmagasabb, 46,4% !) alapvetően úgy látja, hogy romák és nem romák az egyes betegségfaktorokban közel azonos arányban

beteg. Ebből fakadóan elnevezésük azt tartalmazza, hogy egyszerűen nem érzékenyek a romák fokozott problémáira.

3. életmód és környezet problémák – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok %-a

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív és érrendszeri	39,5	59,0	1,6
életmódból -és körülményekből adódó	5,2	32,7	63,8
vázrendszeri betegségek	50,4	46,3	3,3
vér, vérképzőrendszeri	2,9	37,4	61,2

A harmadik orvoscsoport két betegségfaktor esetén gondolja azt, hogy a romák betegségearánya magasabb, ezek mind a rossz életkörülményekkel és táplálkozással, a szegény életmóddal kapcsolatosak. Ugyanakkor ez a csoport (amely a teljes populáció 12,3%-a) azt is gondolja, hogy a szív és érrendszeri megbetegedések a romák között azonosak, vagy éppen ritkábbak, hasonlóan a csontrendszert érintő megbetegedésekhez.

4. életmód problémák – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok %-a

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív és érrendszeri	14,8	81,7	3,6
életmódból és körülményekből adódó	5,0	33,0	62,0
vázrendszeri betegségek	23,3	61,8	15,0
vér, vérképzőrendszeri	31,0	67,0	4,1

A negyedik clusterbe tartozó házi orvosok annyiban hasonlítanak az előző clusterbe tartozókra, hogy jelentősebb hányaduk látja úgy: a szegény életkörülményekkel és életmóddal kapcsolatos betegségek aránya a romák körében magasabb. Azonban, és az előző cluster-csoporttal ellentétben, a vér és vérképzőrendszeri megbetegedések magasabb arányait már nem realizálják. Ők alkotják egyébként a vizsgált házi orvosi populáció 27,4%-át.

Összefoglalva, a két utóbbi orvoscsoport azon betegségfaktorok romák közti magasabb arányát veszi észre, amely faktorok specifikusan a romák szegénységéhez látványosan kapcsolódnak, miközben a hasonlóan gyakori, ámde a szegénységhez látványosan nem kapcsolható betegségfaktorok gyakoriságát nem realizálják.

Az adatok összesítéséből látható, hogy a házi orvosok összesen 86,1%-a, tehát zömük kettő vagy több betegségfaktor esetén nem látja, vagy nem látja eléggé a romák jelentősen magasabb arányú veszélyeztetettségét. Ez annyit is jelent, hogy ebből következően nem gondolhatják azt, hogy a roma közösség tagjai fokozottabb prevenció, szűrő és egy olyan beavatkozást igényelnek, amely csökkentheti ezen betegségek előfordulási arányát körükben.

A következő lépés az okok felderítése, nevezetesen a háziorvosoknak a romák betegségarányaival kapcsolatos látásmódja milyen tényezőkkel függ össze, illetve milyen oksági viszonyok fedhetők fel.

Elsőként érdemes összefoglalni mindazt, ami nem függ össze ezzel a látásmóddal; tehát, az, hogy a háziorvosok látják-e a romák magasabb betegségarányait, független:

- a képzettségtől (szakvizsgák száma, továbbképzéseken szerzett összpontszám),
- az életkortól, valamint a kor szerinti mobilitástól (a tapasztalatoktól),
- az ellátott romák arányától (ugyancsak tapasztalati tényező),
- az ellátott települések rangjától és méretétől.

A romák betegségarányai iránti tudás, vagy annak hiánya alapvetően független a „kemény” változóktól, ellenben a vizsgált attitűdök közül néhány komoly mértékű magyarázó tényezőnek bizonyult.

A romák betegségarányairól való tudás szerint elkülönülő egyes háziorvosi csoportok kommunikációs minősége, egyúttal konfliktusainak gyakoriság a szociálisan deprivált, hátrányos helyzetű emberekkel meglehetősen eltérő.

A romák betegséggyakorisága iránti látásmód – a kommunikációs minőség, illetve a konfliktusgyakoriság faktoregyütthatóinak átlagai

	depriváltakkal való kommunikáció	depriváltakkal való konfliktusok
relatív tisztánlátó	0,4280	-0,1215
nem érzékeny	0,0399	-0,0795
életmód és környezet problémák	-0,1765	0,0147
életmód problémák	-0,1942	0,2979

Azok az orvosok, akik relatíve tisztán látják a romák magas betegségarányait, egyúttal az átlag feletti szinten képesek a hátrányos helyzetű emberekkel kommunikálni, illetve átlag alatt fordulnak elő velük való konfliktusok.

Azok az orvosok, akik nem érzékenyek a romák magasabb betegségarányaira, mindenben az átlagot képviselik. Azok viszont, akik kizárólag a szegény életmódból adódó betegségek gyakoriságát látják, egyúttal átlag alatti szinten kommunikálnak hátrányos helyzetű betegekkel, egyúttal átlag felett számolnak be velük való konfliktusokról.

Azon orvosok, akik a szegény életmód és a hátrányokat jelentő környezet együttes hatásával is magyarázható betegségek gyakoriságát tekintik magasnak, nem számolnak be átlag felett konfliktusokról, viszont a szociálisan depriváltakkal való kommunikációjuk szintje átlag alatti.

Látjuk tehát, hogy a látásmód tisztasága, illetve a kommunikáció és az ezzel szorosan együtt járó konfliktusszint összefügg. Mivel az orvos-beteg viszony a mindennapokban egy kommunikatív térben megnyilvánuló interakció, ezért feltételezzük (és e feltételezést

az elemzés meg is erősíti), hogy a tisztánlátás és a kommunikáció között nem oksági viszony van, hanem együttjárás. Végére is e két tényező egymásra hat, egymást rontja vagy javítja: ha megfelelő bizalmi viszony van az orvos és hátrányos helyzetű betegek között, valószínű, hogy az orvosnak egyszerűen „jobb a szeme” e csoport sajátos helyzetére és problémáira. Vice versa: ha pl. az orvos nem veszi eléggé tudomásul roma betegek problémáit, egyúttal ezzel rontja is a bizalmi viszonyt, tehát rontja a kommunikáció minőségét, és valószínűbbek a konfliktusok.

Érdekes ehelyütt megállni egy pillanatra. A kutatás előkészítésekor végzett interjúk során visszatérő tapasztalat volt egy olyan orvosi érvrendszer, amely azt sugallja, hogy a romák „etnikai sajátosságai” a konfliktusok, illetve a rossz kommunikáció, a rossz viszony forrása. Az interjúkban nyilatkozó orvosok azonban rendszerint az utalásos beszéd fordulataival éltek, nem nevezték meg ezeket a fránya „etnikai sajátosságokat” ellenben utaltak arra, hogy „mindenki tudja” milyenek is azok.

Az eddigi elemzésekben láttuk, hogy a házi-orvosi társadalom egyes szeletei alapvetően, és függetlenül az etnikai hovatartozástól, a szociálisan deprivált, hátrányos helyzetű emberekkel nem tudnak eléggé kommunikálni, vannak velük konfliktusaik, illetve ezeket a betegeket részesítik alacsonyabb szintű (bár orvosszakmai szempontból meglehetősen helytálló) szolgáltatásokban. Az orvosi közbeszéd azonban nem a szegénységet teszi felelőssé pl. a rosszabb viszonyért, hanem az etnicitást, egyúttal homályban hagyva annak természetét. Mondhatjuk azt, hogy a kognitív disszonancia redukció remek példáját látjuk: a konfliktus akkor racionalizálható egy olyan hivatás képviselőjének, akinek hivatása elveiből következően nem lehetnének konfliktusai betegeivel, ha képes racionalizálni e konfliktus okát – mégpedig a paciens valamilyen sajátossága mentén. Az ilyen racionalizációnak pedig az etnicizálás, az etnocentrikus előítéletesség meglehetősen gyakori módja.

Mindebből adódik tehát, hogy következő lépésben a cigánysággal kapcsolatos attitűdöket vessük össze a betegségek gyakoriságáról vallott nézetekkel.

A romák betegséggyakoriságáról vallott nézeteket képviselők eloszlása a cigánysággal kapcsolatos attitűdök szerint

	relatív tisztánlátó	nem érzékeny	életmód és környezet problémák	életmód problémák	átlag
cigányellenességet elutasít	21,1	10,3	20,0	6,8	10,8
nem cigányellenes	27,3	35,0	23,7	21,2	28,5
nem diszkrimináló	32,8	24,4	17,0	26,4	27,7
cigányellenességre hajlamos	7,0	19,1	21,8	38,0	22,2
erősen cigányellenes	11,7	11,2	17,4	7,6	10,8

A romák betegséggyakoriságával kapcsolatban relatíve tisztánlátó házi orvosok a cigányellenességet elutasítók között az átlaghoz képest kétszeres létszámban találhatók meg, illetve a diszkriminációra nem hajlamosak között ugyancsak az átlag felett reprezentáltak. A cigányellenesség elutasításának kauzális hatása jelentős: az 11%-ban magyarázza azt, hogy a romák betegségarányaival kapcsolatban egy orvos az átlagnál tisztábban lát.

Sajátos módon, azok az orvosok, akik érzéketlenek a romák betegségarányaira, a nem cigányellenesek között valamivel többen vannak az átlagnál, azonban a cigányellenesség hiánya, lineáris regresszióval vizsgálva, nem bizonyul magyarázó tényezőnek. A kauzalitás eme hiánya rímel arra a felismerésre, mely szerint a „nem érzékeny” orvosok kommunikációja, illetve konfliktusai átlagosak. Azaz inkább a romák iránti közömbösségnek köszönhető, ha az orvos nem látja egyetlen betegségfaktorban sem a romák magasabb arányait. Mindezzel az a probléma, hogy a romák iránt közömbösséggel jellemezhető a házi orvosok a teljes populáció közel felét alkotják (46,4%)

Igen érdekes, és ellentmondást hordozó csoportot képviselnek azok a házi orvosok, akik csak a szegény életmód illetve környezet által indikált betegségfaktorokat látják gyakoribbnak: ők a cigányellenességet elutasítók, illetve az erősen cigányellenesek között egyaránt felülreprezentáltak. A kauzális összefüggéseket megvizsgálva azonban azt találjuk, hogy a cigányellenesség elutasítása mintegy 9%-ban oka az ilyen látásmódnak, azonban a cigányellenesség nem áll oksági kapcsolatban e látásmóddal. Ez annyit jelent, hogy a cigányellenesség elutasítása – legalább e két betegségfaktor esetén – oka a jobb látásmódnak, míg a másik csoport erős cigányellenessége ellenére veszi észre a gyakoriságokat.

Azok az orvosok, akik csak a szegény életmódból fakadó betegségfaktorok magasabb romák közti gyakoriságát látják, a cigányellenességre hajlamosak táborában reprezentáltak felül. A cigányellenességre való hajlam viszont igen erős magyarázó tényező: a kauzális kapcsolat ezen attitűd és a látásmód között 21%-os. Ez szó szerint annyit jelent, hogy a cigányellenességre hajlamos házi orvosok esetében e hajlam magyarázza azt, hogy a romák betegségei közül alapvetően csak egy faktort lássanak meg. Kimutatható, hogy a cigányellenességre hajlamos házi orvosoknak a szociálisan deprivált betegekkel való kommunikációs szintje lényegesen rosszabb, mint a többi csoporté.

Mindebből az következik, hogy elsősorban nem a szélsőséges cigányellenesség tesz „vakká” a romák magasabb betegségarányaival szemben, hanem az átlagosnak mondható, „mindennapi” cigányellenesség. Ezzel szemben a cigányellenesség elutasítása kimutathatóan oka annak, ha az orvosok jól látják a romák betegségarányainak alakulását.

Ellátási folyamatok

A betegek társadalmi státusza és az egyes ellátási folyamatok közötti összefüggéseket taglaló fejezetben láttuk, hogy az orvosok egy részének folyamatokkal kapcsolatos döntéseit befolyásolja a betegek társadalmi státusza, ezen belül az alacsonyabb státuszú, szociálisan deprivált betegek bizonyos folyamatok esetében alacsonyabb szintű ellátásban részesülnek.

Amennyiben a romákkal kapcsolatos specifikus helyzetekre vagyunk kíváncsiak, megkerülhetetlen dimenzió a cigányellenes attitűdök rendszerének, valamint a csak cigányokkal kapcsolatos döntéseknek az együttes elemzése. Kezdjük azzal amit elemzésünk szerint nem befolyásolnak a romákkal kapcsolatos attitűdök: ezektől független az, hogy az orvosok a romáknak milyen költségszintű vizsgálatot biztosítanak. A többi lényeges folyamat viszont erősen függ a romákkal kapcsolatos attitűdöktől.

Mivel az eddigiekben láttuk, hogy a konfliktusok szintje erős befolyásoló tényező az egyes folyamatok esetében, érdemes ezzel kezdeni.

Volt-e konfliktusa cigányokkal? A válaszok %-a

	nem	igen
cigányellenességet elutasít	88,3	11,7
nem cigányellenes	70,9	29,1
nem diszkrimináló	63,4	36,6
cigányellenességre hajlamos	55,0	45,0
erősen cigányellenes	43,7	56,3

A romákkal való konfliktusról beszámoló aránya együtt növekszik a cigányellenesség mértékével. Míg azoknak, akik elutasítják a cigányellenességet, csak mintegy tizede számol be ilyen konfliktusról, addig az erősen cigányellenes orvosok több mint fele. Egyesekben felmerülhet a kérdés, hogy vajon nem a konfliktusok keltik-e magát a cigányellenességet? Elemzésünk egyik irányban sem mutat ki oksági kapcsolatot: ez annyit jelent, hogy pusztán együttjárás van a romákkal kapcsolatos negatív viszony, illetve a konfliktusok között, azaz ciklikusan egymást erősítik és nem közvetlenül egymásnak okai.

Az egyes terápiás intézményi szintek preferenciája roma paciensek esetén – a romákkal kapcsolatos attitűd szerint (%)

	helyben	ellátja és magasabb szintre	egyből magasabb szintre
cigányellenességet elutasít	14,1	64,7	21,3
nem cigányellenes	41,6	48,0	10,4
nem diszkrimináló	50,3	45,5	4,2
cigányellenességre hajlamos	40,9	51,3	7,8
erősen cigányellenes	55,4	34,0	10,6
átlag	41,9	48,6	9,5

A cigányellenességet elutasító háziorvosok az átlaghoz képest kétszer gyakrabban küldik roma pacienseiket egyből magasabb ellátási szintre, egyúttal az átlaghoz képest másfélszer gyakrabban látják el helyben őket és ezután küldik magasabb szintre. Mivel láttuk, hogy a cigányellenességet elutasító orvosok között gyakoribb, hogy tisztában

vannak a romák súlyos betegségeinek arányával is, vélhetjük, hogy a cigányellenesség elutasítása, mint olyan, e tudással együtt vezet ehhez a magas ellátási szintet nyújtó viselkedéshez. A romákkal kapcsolatos attitűdök közül kizárólag ennek a hatása mutatható ki: ugyanis azok a házi orvosok, akik elutasítják a diszkriminációt, illetve az erősen cigányellenesek egyaránt valamivel magasabb arányban látják el roma betegeiket csak helyben, anélkül, hogy magasabb szintre is küldenék őket.

A gyógyszerköltségeket a roma betegek esetén gyakran vagy mindig figyelembe vevő házi orvosok %-a

	%
cigányellenességet elutasít	74,3
nem cigányellenes	90,7
nem diszkrimináló	83,7
cigányellenességre hajlamos	79,1
erősen cigányellenes	57,0

Ahogy a terápia intézményi szintjének preferenciájában csak a cigányellenesség hatása volt kimutatható, úgy abban a romákkal kapcsolatos szolidaritást tükröző kérdésben, hogy mennyire veszik figyelembe a gyógyszerköltségeket azok felírásakor, csak az erős cigányellenesség hatása mutatható ki. Az ilyen attitűddel rendelkező házi orvosok az átlaghoz képest lényegesen ritkábban, az esetek mindössze 57%-ban veszik a költséget figyelembe, miközben a többi attitűddel rendelkező orvos 80–90%-a.

Szükségesnek tekintettük megvizsgálni, hogy az orvosok mekkora aránya számol be arról, hogy roma pacienseik indokolatlanul riasztották volna őket. Ennek érdekében megkérdeztük, hogy milyen gyakran tapasztaltak indokolatlan riasztást (ügyeletben, vagy indokolatlanul kellett kimenni a roma paciens lakására, esetleg indokolatlanul kellett a roma panaszost fogadnia).

Indokolatlan riasztások gyakorisága a roma paciensek esetén (%)

	nem, ritkán	gyakran, mindig
cigányellenességet elutasít	47,6	40,0
nem cigányellenes	10,9	45,1
nem diszkrimináló	28,7	60,0
cigányellenességre hajlamos	11,3	75,5
erősen cigányellenes	25,9	60,2

A roma paciensek esetében indokolatlan riasztásról való beszámolók meglehetősen tagolt képet nyújtanak. A cigányellenességet elutasító orvosok összesen 47,6%-a számol be arról, hogy ez soha, vagy ritkán fordult elő, ugyanakkor 40% arról, hogy rendszeresen,

vagy mindig előfordult ilyen. Ugyanakkor ők, a cigányellenességet elutasítók számolnak be összességében a legkisebb arányban a gyakori felesleges riasztásokról.

A pólus másik végén a mindennapi cigányellenességet képviselők állnak, akiknek háromnegyede úgy nyilatkozott, hogy a romák esetében a felesleges riasztások gyakoriak, vagy mindig előfordulnak.

A diszkriminációt elutasítók, illetve az erősen cigányellenesek illetően nyilatkozatainak aránya közel azonos.

Az utánkövetésről szóló fejezet részben láttuk, hogy ezen opcionális házi orvosi tevékenység során az orvosok alapvetően nem szociális státusz szerint döntenek el, hogy mely csoport betegeit kövessék nyomon, hanem elsősorban szakmai, illetve személyes szubjektív preferenciáik érvényesülnek. Ugyanakkor láthatjuk azt is, hogy maga a cigányellenesség, vagy annak hiánya, a roma betegek utánkövetését már befolyásolja.

Az utánkövetések gyakorisága a roma paciensek esetén (%)

	soha, ritkán	gyakran, mindig
cigányellenességet elutasít	1,0	70,8
nem cigányellenes	0,0	63,5
nem diszkrimináló	7,4	59,2
cigányellenességre hajlamos	1,5	44,3
erősen cigányellenes	3,8	46,6

A roma betegek utánkövetésének gyakorisága mutatja a legkonzekvensebb képet a romákkal kapcsolatos attitűdök szerint: az utánkövetés gyakorisága éppen fordítottan arányos a cigányellenesség mértékével.

A cigányellenesség, mint láttuk, befolyásolja a cigány betegekkel kapcsolatos orvosi gyakorlatot, egyúttal a cigányokkal kapcsolatos bánásmód némiképp független attól, hogy az orvosok a társadalmilag leszakadt, szegény, szociálisan hátrányos helyzetű betegekhez hogyan viszonyulnak. Ez talán azért nem meglepő, mert a cigányokkal kapcsolatos attitűdök kialakulását elemző fejezetben láttuk, hogy a cigányellenességre való hajlam meglehetősen „önálló életet él”, egyúttal a társadalomban egyre inkább elterjedő viszonyulás.

Mindezzel együtt azt is látni kell, hogy a cigányellenesség egyes változatai nem feltétlenül teremtenek hátrányos helyzetet a romák számára az egészségügyi alapellátásban; még a masszív cigányellenességgel jellemezhető házi orvosok közül is – a nem cigányellenesekhez viszonyítva – viszonylag kevesen vannak azok, akik roma pacienseiknek csökkentett szintű ellátást biztosítanak. Összefoglalásul mindezzel kapcsolatban annyit érdemes mondani, hogy a cigányellenesség, ha kis mértékben is, de kimutathatóan negatív irányban befolyásolja az orvos–roma beteg viszonyt, a cigányellenes orvosok egy része roma pacienseinek nem nyújt annyit, mint másoknak, ugyanakkor a cigányellenesség – legalábbis vizsgálatunk keretei között – nem olyan

mértékű negatív befolyásoló tényezője az orvosi alapellátásnak, amelyet ne lehetne megfelelő eszközökkel pozitív irányban befolyásolni.

A romákkal kapcsolatos negatív attitűdök károsnak mondható hatásánál sokkal lényegesebb az etnicitástól függetlenül szegény, leszakadt rétegek bizonyos arányú háttérbe szorulása.

Védőnők

A vizsgált sokaság

Az Országos Alapellátási Intézet nyilvántartásában összesen 4120 védőnő szerepel. E számosság 1555 településen dolgozik. Az 1555 település közül 1514-ben ismerjük a roma népesség arányát. A mintát az előzőekhez hasonlóan úgy állítottuk be, hogy az 1% feletti ismert roma arányú települések kerületek be (1007 település). A települések mintavételi pontjain a védőnők elemszámát ugyancsak aránytalan mintavétellel állapítottuk meg; Budapest és néhány megyei jogú város tényleges súlyánál kisebb elemszámmal került a végső mintába, így összesen 2736 védőnő kapott kérdőívet. Határidőig 693 védőnőtől kaptunk értékelhető választ. A torzítások helyreállítása végett az adatokat megye, települési rang, illetve települési méretkategória, valamint a becsült roma arány-réteg szerint súlyoztuk. Ezek után az adatok 95%-os megbízhatósági szint mellett átlagosan $\pm 3,1\%$ -os hibahatárral érvényesek⁷¹.

Hozzáférési egyenlőtlenségek – strukturális kérdések

Elsőként célszerű áttekinteni a védőnők települési elhelyezkedésére, az általuk ellátott települések, illetve ellátottak számára vonatkozó kérdéseket. A minta kialakítása során feldolgozott alapadatokból tudjuk, hogy a védőnők országos eloszlása roppant egyenetlen; a kiválasztott 1007 településen dolgozó közel háromezer védőnő munkaterhei igen nagy szórást mutathatnak, ugyanis nyilvánvalóan más a helyzet egy nagyobb településen, ahol több védőnői körzet található, illetve más annak a védőnőnek a helyzete, aki egymaga több települést lát el.

Mindennek következtében alapkérdésnek tekintettük a munkaterhek egyenlenségeinek feltárását; ez önmagában is igen lényeges, ugyanakkor az ellátási színvonalat is érdemben befolyásolhatja. A felvétel során igyekeztünk olyan objektív adatokhoz jutni, amelyek a munkaterheket befolyásoló fő strukturális tényezőknek felelhetnek meg: az ellátott települések, és az ellátottak száma, valamint az ellátott feladatok száma. Tapasztalatok alapján tudjuk, hogy a védőnők, főként apróbb településeken, nem csak védőnői feladatot láthatnak el, de gyakran hozzájuk tartozik a családsegítés, a gyermekjóléti szolgáltatás, illetve a szociális gondozás feladata is.

A védőnők által ellátottak száma, munkaterhek

Az egyik legelső alapkérdés annak tisztázása, hogy a védőnők milyen arányban dolgoznak egy vagy egynél több településen. Többségüknek egy település tartozik a körzetébe (vagy egy településen található több körzet), de a védőnők töredéke ötnél is több települést lát el. Ennek érdekében, hogy az adatokat áttekinthetővé tegyük, az ellátott települések száma szerint rétegekbe soroltuk a védőnőket.

A védőnők által ellátott települések száma (%)

egy település	78,1
két település	14,9
kettőnél több	7,0

A Budapesten, vagy a megyei jogú városokban dolgozó védőnők zöme csak helyben látja el feladatát, azonban e nagy lélekszámú településekről is kijár 5,7–8,8% más településekre. A községekben dolgozóknak közel fele legalább két települést lát el.

A védőnők által ellátott települések száma települési rang szerint (%)

bázistelepülés	egy település	két település	kettőnél több
Budapest	93,6	5,7	0,7
megyei jogú város	90,7	8,8	0,5
város	82,7	13,6	3,8
község	55,5	25,8	18,7

Minél kisebb az a település, ahol a védőnők központi feladatellátási körzete megtalálható, annál gyakrabban dolgoznak kettő, vagy annál is több településen. A legkisebb falvakban a védőnők mindössze 40,5%-a látja el feladatát helyben, ugyanakkor közel ekkora arányban járnak ki legalább három községbe.

A védőnők által ellátott települések száma települési méretkategória szerint (%)

Bázistelepülés mérete	egy település	két település	kettőnél több
1090 fő alatti	40,5	22,6	36,8
1090–1750 fő közötti	45,3	29,7	25,0
1750–2700 fő közötti	61,1	35,7	3,1
2700–5800 fő közötti	74,3	17,9	7,8
5800 fő feletti	90,8	8,2	1,0

Mivel az ellátási körzetek lakosság száma roppant eltérő, egyúttal ismerjük a védőnők által az egyes településeken ellátottak lélekszámát, célszerűnek tűnt egy olyan

összesített indexet használni, amely megmutatja, hogy az összes ellátott településen a védőnői körzetbe tartozók lélekszáma mekkora. Ez az index az ellátottak lélekszámát rétegzetten mutatja be.

Az összes ellátott száma rétegenként

összes ellátott	%
340 főig	17,3
340 – 400	16,0
400 – 489	16,7
489 – 600	17,9
600 – 1200	16,1
1200 fő felett	16,0

Az ellátottak lélekszámát tekintve még jelentősebb különbséget találunk a védőnők között, mint az ellátott települések számában; ugyanis, míg zömük alapvetően egy településen dolgozik, addig közel ugyanannyi védőnő lát el három–négy száz körüli gondozottat, mint 1200 fő felettit. Mielőtt az eddigi adatok alapján megkísérelnénk a védőnői munkaterhek modellezését, érdemes áttekinteni azt, hogy milyen arányban dolgoznak főállásban vagy helyettesítőként.

A főállásban, illetve helyettesítéssel ellátott településeken dolgozók arányai, az összes védőnő százalékában

főállásban ellátott települések száma	helyettesítéssel ellátott települések száma						főállásban ellátott települések %
	0	1	2	3	4	5	
0	0,0	1,8	0,4				2,2
1	76,5	7,5	0,3	0,2		0,2	84,7
2	7,0	0,8	0,3	0,1		0,5	8,7
3	1,6		0,2	0,1	0,2		2,1
4	1,2						1,2
5	0,8					0,2	1,0
6	0,2		0,1				0,3
helyettesítéssel ellátott települések %	87,3	10,1	1,3	0,4	0,2	0,9	100,0

A főállásban ellátott települések maximális száma hat, míg a helyettesítéssel ellátottak maximális száma öt település. Azok aránya, akik csak helyettesítenek, elenyésző (2,2%),

míg 87,3% dolgozik kizárólag főállásban. A védőnők 76,5%-a dolgozik főállásban és csak egy településen, egyúttal 8,2% az egy településen lévő főállása mellett egy vagy több településen helyettesít. Az adatokból azt szűrhetjük le, hogy a védőnők munkaterheit lényegesen jobban befolyásolja az ellátottak lélekszáma és a települések száma, mint az a kérdés, hogy milyen a státuszuk.

Mivel szükség esetén a védőnők családsegítést, gyermekjóléti szolgálatot és szociális gondozást is végezhetnek, ezért a következő kérdés az, hogy az ilyen feladatokat milyen arányban, egyúttal hány településen látják el.

Az egyes ellátott feladatok aránya az ellátott települések száma szerint (%)

ellátott települések száma	védőnői	családsegítés	gyermekjóléti	szoc. gond.
0	1,0	82,0	91,2	92,5
1	77,7	14,6	6,3	6,3
2	14,1	2,4	1,6	0,5
3	2,5	0,5	0,5	0,3
4	1,9	0,2	0,3	0,3
5	1,2	0,4	0,2	
6	0,4			
7	0,7			
8	0,1			
9	0,1			
10	0,2			

A védőnők mindössze egy százaléka válaszolt úgy, hogy feladata kizárólag családsegítés, gyermekjóléti szolgálat vagy szociális gondozás. Az adatokból az is kitűnik, hogy zömük kizárólag alapfeladatot lát el (a táblázatban: nulla településen látja el az adott feladatot), azonban összesen így is a védőnők 18%-a legalább egy településen családsegítést végez, 8,8% gyermekjóléti szolgálatot és 7,5% szociális gondozói feladatot lát el.

Az adatok áttekinthetősége végett érdemes volt az ellátott feladatok száma szerint olyan rétegekbe sorolni a védőnőket, amelyekben az összes ellátott feladat száma reprezentálódik.

	%
egy feladat	63,8
két feladat	17,7
három feladat	6,7
háromnál több	11,9

A védőnőkre jutó munkaterhelés kiszámításának alapja tehát az, hogy hány települést, illetve hány főt látnak el, egyúttal az ellátott feladatok száma is lényeges szempont. A védőnői munkaterhelés kiszámításának módszeréről a következőt választottuk. Mivel láttuk, hogy alapvető kérdés az ellátott települések és gondozottak száma, e két mutatót alapul véve clusterelemzést végeztünk. Az ellátott települések és gondozottak lélekszámrétegeinek adatait standardizáltuk. K-means clusterezéssel öt stabil clusterig jutottunk el⁷².

- Gyenge munkaterhelésűnek nevezzük azt a csoportot, amelynek tagjai átlag alatti számban látnak el településeket és gondozottakat.
- Közepesnek azt a csoportot neveztük, amelyben ugyan az ellátott települések száma átlag alatti, de igen magas a gondozottak száma.
- A települések száma szerint magas abban a csoportban a terhelés, amelyben az ellátottak lélekszáma alacsonyabb az átlagnál, viszont a településeké magas.
- A gondozottak száma szerint abban a csoportban magas a munkaterhelés, amelyben az ellátott települések számának átlaga meghaladja az ellátottak számát.
- Végül extra magas terhelésűnek azt a csoportot nevezzük, amelyben mindkét index az átlagnál lényegesen magasabb.

Munkaterhelés csoportok ellátott településrétegenként: az ellátott összlétszáma (fő)

leterheltség	egy település	két település	kettőnél több
gyenge	368 .	.	
közepes	1209 .	.	
magas (telep. száma)	.	321	320
magas (ellátottak száma.)	.	1165 .	
extra magas	.	.	1729

A munkaterhelés szempontjából közepesnek nevezett csoport esetében első pillantásra ugyan felmerülhet a kérdés, hogy összességében miért magasabb az ő esetükben az összes ellátott lélekszáma, mint a két magas kategóriában, azonban érdemes a következő táblázat adatait figyelembe venni: a közepes kategóriában az ellátott feladatok száma zömmel egy, míg a magasabb kategóriákban egyúttal egynél több (az extra magas munkateher kategóriába esők több mint háromnegyede egyúttal háromnál több feladatot is végez).

Az összes településen ellátott összes feladat száma (%)

leterheltség	egy feladat	két feladat	három feladat	háromnál több
gyenge	77,8	14,1	3,9	4,3
közepes	85,9	6,0	4,4	3,6
magas (telep. szám)	2,8	40,1	21,7	35,4
magas (ellátottak sz.)	5,4	60,4	10,0	24,2
extra magas			22,5	77,5

Feltételezzük, hogy a „közepes” elnevezésű munkateher kategóriába tartozók azért látnak el zömmel egy feladatot, mert egyrészt ilyen magas gondozotti létszám mellett egyszerűen nem jut többre idejük (átlagosan 1200 gondozott jut egy védőnőre) – másrészt az e kategóriába tartozók nagyobb településeken dolgoznak (azaz a gyermekjóléti szolgálat, stb. ellátását alapvetően nem a védőnők végzik).

Mint alább látni fogjuk, az ellátott feladatok számát alapvetően az befolyásolja, hogy egy védőnő kis településen dolgozik-e, amely vélhetően egyúttal rosszabb élet-körülményeket is jelent az ott lakóknak, tehát növeli az ellátandó feladatok számát, ráadásul feltehetően a település kis mérete miatt a feladatot más védőnő, vagy más szolgálat nem is láthatná el. Ezek után tekintsük át az egyes eltérő munkaterhelés kategóriákba tartozók eloszlását.

A munkateher- clusterekbe esők eloszlása (%)

	%
gyenge	43,4
közepes	35,0
magas (települések száma)	5,2
magas (ellátottak száma)	12,3
extra magas	4,1

A védőnők valamivel több, mint negyven százaléka esetén a gyenge munkaterhelés érvényesül; tehát egy településen dolgoznak, egyúttal az egy védőnőre jutó ellátottak átlagos száma viszonylag alacsony. A második legnagyobb csoportot azok képezik, akiknek terhelése közepes, tehát ugyancsak egy településen dolgoznak, viszont az ellátottak átlagos száma már jóval magasabb. E két kategóriába tartozók, mint a következő táblázat adataiból követhetjük, zömmel nagyobb községekben, illetve városokban teljesítenek szolgálatot. A magas vagy extra magas terhelés mellett dolgozók teszik ki a védőnők ötödét (21,6%).

Az egyes munkaterhet clusterekbe esők eloszlása településméret szerint (%)

	gyenge	közepes	magas (telep. szám)	magas (ellátottak száma.)	extra magas
1090 fő alatti	7,4	2,5	42,7	14,5	40,9
1090–1750 fő közötti	5,0	2,2	18,3	12,8	18,1
1750–2700 fő közötti	6,9	7,4	18,9	20,8	3,2
2700–5800 fő közötti	8,8	14,8	10,0	14,3	21,1
5800 fő feletti	71,9	73,1	10,1	37,7	16,6

A magas munkaterhet jelentő kategóriákban dolgozók közül azok, akik esetében a településszám magas – szinte természetes módon – a legkisebb települések védőnői (arányuk 5,2%), míg azok, akiknél az ellátottak száma magas (12,3%), relatíve egyenletesen oszlanak meg az egyes településméret-kategóriák között.

Az extra magas terhelés mellett dolgozó védőnők zöme kis településeken dolgozik, ellátási körzetébe egyszerre kettőnél több falu tartozik, miközben az általuk ellátottak száma igen magas, átlagosan 1729 fő jut egy védőnőre. Megnyugtatónak lehet ugyanakkor tekinteni, hogy az ilyen magas terhelés mellett dolgozók aránya a legkisebb; mindössze 4,1%.

Az összes településen ellátott összes feladat számának alakulása (%)

	egy feladat	két feladat	három feladat	háromnál több
1090 fő alatti	35,6	13,9	15,7	34,9
1090–1750 fő közötti	27,4	27,4	14,3	30,9
1750–2700 fő közötti	50,6	25,7	6,4	17,2
2700–5800 fő közötti	50,9	26,7	4,8	17,6
5800 fő feletti	76,5	14,9	5,0	3,5

Amennyiben az ellátott feladatok számát tekintjük át – tehát azt a kérdést, hogy milyen arányban végeznek halmozott feladatokat a védőnők – úgy az iménti összefüggés „köszön vissza”: egy feladatot alapvetően a nagyobb települések védőnői látnak el, nyilvánvalóan a feladatok elvégzésnek intézményközi megosztása okán, illetve azért, mert ekkora településeken már közel elegendő létszámban dolgozhatnak védőnők.

A kisebb települések esetében, bár enyhén, de érvényesül a feladatok halmozódása. Megfigyelhetjük ugyanakkor, hogy még a legkisebb falvakra sem feltétlenül igaz az, hogy a védőnők több feladatot végeznek: az 1090 fő alatti községekben azok aránya, akik egy feladatot látnak el, közel azonos azokéval, akik háromnál is többet. Ha áttekintjük a munkaterhek megyék szerinti alakulását, azt láthatjuk; hogy az aprófalvas megyékben az átlaghoz képest jóval magasabb a leterheltség.

Munkaterhek alakulása megyénként (%)

	gyenge	közepes	magas (telep. szám)	magas (ellátottak sz.)	extra magas
Budapest	74,2	25,8			
Baranya	17,9	6,3	34,3	22,8	18,7
Bács-Kiskun	45,5	39,0		15,5	
Békés	33,5	43,7		22,7	
Borsod-Abaúj-Zemplén	46,7	28,7	2,3	11,3	11,0
Csongrád	38,1	52,4		9,5	
Fejér	21,4	44,9		29,7	4,1
Győr-Sopron	65,4	11,1	2,9	12,3	8,2
Hajdú-Bihar	24,2	56,1	2,5	17,2	
Heves	57,0	15,0	8,1	19,9	
Komárom	29,6	57,2	4,7	8,4	
Nógrád	49,3	27,4	14,0	4,4	4,9
Pest	40,5	46,7		12,8	
Somogy	17,7	34,3	11,7	13,1	23,2
Szabolcs-Szatmár	35,5	51,6		12,8	
Szolnok	46,6	34,2	4,6	14,6	
Tolna	62,2	18,3	9,6	10,0	
Vas	50,9	20,7	22,0	6,3	
Veszprém	44,6	16,7	30,5		8,2
Zala	43,2	14,6	11,3	14,5	16,4
átlag	43,2	35,1	5,3	12,4	4,1

Látjuk tehát, hogy a munkaterhek nagyságát és a halmozott feladatellátás mértékét alapvetően településszerkezeti sajátosságok határozzák meg; azon megyékben, amelyek településszerkezete aprófalvas, a védőnők terhei inkább az ellátott települések magas számából adódnak. Találunk azonban olyan aprófalvas megyéket is, amelyekben a védőnők egyúttal magas számban látnak el gondozottakat is: terhelésük tehát mindenképp viszonylag magas vagy extra magas (Baranya, Békés, Borsod, Somogy, Vas, Veszprém, Zala).

E megyékkel szemben legalább ekkora számban találunk olyanokat is, amelyekre az alacsonyabb terhelés, egyúttal a halmozott feladatellátás hiánya jellemző (Budapest, Bács-Kiskun, Hajdú-Bihar, Komárom, Pest, Tolna).

Halmozott feladatellátás megyénként (%)

	egy feladat	két feladat	három feladat	háromnál több
Budapest	90,9	6,1		3,0
Baranya	20,7	21,4	7,6	50,3
Bács-Kiskun	63,5	25,4	9,0	2,1
Békés	65,1	21,2	6,9	6,8
Borsod-Abaúj-Zemplén	63,7	17,1	8,7	10,5
Csongrád	77,8	19,3	3,0	
Fejér	64,5	20,3	9,9	5,2
Győr-Sopron	61,9	12,3	11,4	14,4
Hajdú-Bihar	81,4	15,6	1,8	1,2
Heves	61,1	25,1	4,7	9,1
Komárom	82,9	12,6		4,5
Nógrád	33,0	7,9	35,3	23,8
Pest	74,1	12,0	2,0	11,9
Somogy	33,4	20,1	14,0	32,5
Szabolcs-Szatmár	71,3	21,1	0,9	6,7
Szolnok	53,0	27,5	12,6	6,9
Tolna	60,0	31,0		9,0
Vas	39,4	27,3		33,3
Veszprém	61,3		6,8	31,9
Zala	34,0	21,5	20,0	24,5

Adatainkból azt látjuk tehát, hogy a védőnőkre jutó munkaterhelés, az ellátott feladatok aránya és száma roppant nagy egyenlenségeket takar, egyúttal alapvetően az ellátási körzet települése(i) méretéből és megyei elhelyezkedéséből következik.

Mindebből arra a derivált következtetésre juthatunk, hogy a védőnői körzetek kialakítása, a védőnők megyei és települési létszáma, nem követi az igényeket, sőt akár azokkal éppen ellentétes is lehet. Nyilvánvaló ugyanis, hogy egy olyan kistérségben, ahol számtalan falut egy védőnő lát el (számos feladatot elvégezve) az igények lényegesen kielégítetlenebbek, mint egy olyan településen, amelynek körzeteiben sok védőnő dolgozik (alacsony terhelés és egyetlen feladat ellátása mellett).

Ugyancsak következik az adatokból a feladatellátás tömeges aránytalansága. Míg a védőnők többsége alacsony vagy közepes leterhelés mellett, egyetlen alapfeladatot ellátva átlagosan egy településen dolgozik (ők teszik ki a védőnők összesen 78,4%-át), addig a védőnők ötöde (21,6%) magas terhelés mellett sok feladatot lát el, egyszerre több településen.

A következő táblázat pregnánsan ábrázolja a feladatellátás eme jelentős aránytalansági tényezőit.

*Az ellátott települések és gondozottak átlagos száma
– halmazott feladat és munkateher szerint*

	gyenge		közepes		magas (telep. szám)		magas (ellá- tottak száma)		extra magas	
	átla- gos fő	átlagos tel. szám	átla- gos fő	átlagos tel. szám	átla- gos fő	átlagos tel. szám	átla- gos fő	átlagos tel. szám	átla- gos fő	átlagos tel. szám
egy feladat	372	1	1165	1	253	3	1807	2	.	.
két feladat	359	1	1483	1	326	2	1194	2	.	.
három feladat	368	1	854	1	325	3	1094	2	1460	3
háromnál több	337	1	2229	1	316	4	982	2	1807	5

Mindezek után joggal merülhet fel az a kérdés, hogy a feladatellátásban jelentkező komoly különbségek, amelyek nyilván jelentős fizikai és pszichés terhelésbeli különbségeket is jelentenek, milyen akadályokat jelenthetnek a védőnők számára.

Az akadályok, gátak egyik mérhető, objektív indexének tekinthető az, hogy a védőnők milyen mértékben vettek részt továbbképzésen; e kérdéstől nem független az a másik kérdés, mely szerint találunk-e összefüggést a védőnői képzettség szintje és az általuk ellátott feladatok mértéke és komplexitása között.

A védőnők 97,7%-a főiskolát végzett, a maradék 2,3% pedig valamilyen felsőfokú képesítéssel rendelkezik. A továbbképzésben való részvételt mérő indexül az elmúlt öt évben továbbképzésen töltött óraszámot választottuk. A védőnők igen jelentős mértékben szóródnak, legalább annyian vettek részt legfeljebb hatvan órányi továbbképzésen, mint 250 óra felettin⁷³. Adataink igen érdekes összefüggésre világítanak rá: a továbbképzésben való részvétel és a települési elhelyezkedés (milyen méretű telepen dolgoznak, illetve mekkora a romák átlagos aránya) nincs összefüggésben, a kistelepülési elhelyezkedés nem jelent semmilyen komoly akadályt.

A védőnőkre háruló munkaterhek, illetve a halmazott feladatellátás, a várakozásokkal ellentétben ugyancsak nem befolyásolja jelentősen a továbbképzésben való részvételt: a legalacsonyabb sávba eső, 60 óránál kevesebb továbbképzésen résztvevők esetében részvételüknek nem oka^{III} a leterheltség. Egyedül azon védőnők esetén mutatható ki a munkateher hatása, akik 60 – 100 óra között vettek továbbképzésen részt; ők valamivel magasabb arányban dolgoznak magas és extra magas leterheltség mellett⁷⁴. Azok pedig, akik 250 óra felett vettek részt az elmúlt öt évben továbbképzésen, ugyanolyan arányban dolgoznak az egyes leterheltségi sávokban.

Mindebből számunkra az a következtetés vonható le, hogy a munkaterhek komoly eltérései valóban strukturális tényezők, nem jelentik egyúttal azt, hogy a védőnők magasabb terhelés mellett kevesebb energiát fektetnek munkájukba.

^{III} Lineáris regresszióval végzett elemzés szerint.

Kutatásunk alapvető célja volt annak feltárása, hogy az egészségügyi alapellátás szolgáltatásait illetően milyen hozzáférsi egyenlőtlenségek mutathatók ki, illetve ezen egyenlőtlenségek milyen okokra vezethetők vissza.

A hozzáférsi egyenlőtlenséget illető első megállapításunk: a védőnői körzetek megyei és települési elhelyezkedése igen komoly, strukturális okot jelentő hozzáférsi egyenlőtlenséget takar. Az eleve hátrányosabb helyzetű, szegényebb és aprófalvakra tagolt területeken kevesebb védőnő nagyobb terhelés mellett látja el feladatát, illetve lát el extra feladatokat; ezzel szemben az előnyösebb adottságú megyék, illetve települések több, egyúttal kevesebb munkaterhelés mellett dolgozó védőnővel rendelkeznek.

A védőnők munkaterhei és az ellátott romák aránya

Az adatfelvétel során megkértük a védőnőket arra, hogy az egyes, általuk ellátott településeken becsüljék meg a romák arányát. Mivel az ellátott települések száma változó, a becsült adatokból a romák arányára kétféle indexet számítottunk ki; az egyik az egy védőnő által ellátott összes településre vonatkozó átlagos roma arány⁷⁵, a másik az ún. maximális roma arány (azaz a települések közül annak a roma aránya, amely az ellátott települések közül a legmagasabb roma ellátotti százalékkal rendelkezik). E kétféle indexre azért van szükség, mert mindkettő meghatározó lehet: lényeges, hogy egy védőnő munkája során átlagosan mekkora arányban lát el romákat, másrészt lényeges az is, hogy az általa ellátott települések közül milyen a legmagasabb roma aránnyal rendelkező.

A védőnői minta kialakítása során, mint jeleztük, csak azon települések védőnőit vettük számításba, amelyekben a romák becsült aránya meghaladta az egy százalékot. Ennek megfelelően az egyes megyékben a vizsgált védőnői körzetek roma lakosságáránya magasabb, mint a teljes népességen belül⁷⁶. Az eljárás következtében olyan védőnőket tudtunk megkérdezni, akik az ország teljes védőnői létszámához képest bizonyosan magasabb arányban látnak el romákat.

Az ellátott romák maximális arányának rétegei (a legmagasabb roma arányú település eloszlása), valamint az összes település és a fő körzet e rétegek szerinti átlagos aránya.

	Eloszlás %	összes telep átlag roma %	fő körzet telep átlag roma %
1%-ig	27,5	0,5	1,0
2 – 8 %	19,9	3,5	4,0
8 – 15 %	21,7	9,8	10,0
15 – 30 %	15,4	20,9	22,0
30% felett	15,5	44,7	48,0

A táblázat adataiból követhető, hogy a védőnők által ellátott összes településen élő, ellátott romák átlagos aránya alig különbözik annak a településnek a roma arányától, amely település a védőnők körzet szerinti telephelye. A védőnőknek összesen 52,6%-a dolgozik olyan településen, ahol az ellátott romák maximális aránya meghaladja a 8%-ot.

Ellátott romák átlagos aránya és lélekszáma – munkateher és ellátott településszám szerint

munkateher	egy település		két település		kettőnél több	
	fő	%	fő	%	fő	%
gyenge	45	12,1	.	.	.	.
közepes	199	15,6	.	.	.	.
magas (telep. szám)	.	.	46	13,1	73	22,7
magas (ellátottak száma)	.	.	178	14,7	.	.
extra magas	.	.	.	.	325	17,6

Az adatokból nyomon követhető, hogy a munkaterhek, illetve az ellátott települések számával együtt növekszik az ellátott romák lélekszáma és aránya is. Mint ismert, azon védőnők száma, akik gyenge vagy közepes munkateher mellett egy településen dolgoznak, viszonylag magas, ezért érthető, hogy az ő összesített ellátási területükön a romák aránya meghaladja az átlagot (12,1–15,6%).

Ellátott romák maximális aránya és átlagos lélekszáma – munkateher és ellátott településszám szerint

	egy település		két település		kettőnél több	
	fő	max %	fő	max %	fő	max %
gyenge	45	12,1	.	.	.	.
közepes	199	15,6	.	.	.	.
magas (telep. szám)	.	.	46	16,9	73	41,0
magas (ellátottak száma)	.	.	178	18,8	.	.
extra magas	.	.	.	.	325	33,0

Amennyiben az ellátott romák maximális arányát vizsgáljuk, látjuk, hogy azon védőnők dolgoznak igen magas arányban romákkal, akik munkaterhe az ellátott települések nagy száma miatt magas, vagy extra magas. Ők a védőnők közel tizedét (9,3%) teszik ki. Azon védőnők, akik terhelése az ellátottak nagy száma miatt magas (az ő arányuk, mint emlékeztetés, 12,3%) ugyancsak átlag feletti arányban dolgoznak romákkal (a romák átlagos maximális aránya esetükben 18,8%). Összesen tehát a vizsgált védőnők több mint ötöde, 21,6%-a egyrészt nagy munkateher mellett dolgozik, másrészt az általuk ellátott romák aránya is magas.

Annak a kérdésnek a tisztázása érdekében, hogy a munkaterhek mértékét milyen arányban okozza a romák aránya, regressziós elemzést végeztünk. Kiderült, hogy kizárólag az extra magas leterheltséget magyarázza a roma ellátottak magas aránya (30% feletti max. roma arány az extra magas leterheltséget 17,9%-ban magyarázza). A többi esetben a romák aránya nem magyarázó érték; azaz a településdemográfiai magyarázat a helytálló (az előzőekben elemzett strukturális ok). A romák magas aránya a legtöbb esetben egyszerűen velejárója a települések sajátosságainak; a védőnők nem azért dolgoznak sok ellátottal, vagy több településen, mert ott romák élnek, hanem fordítva: ott élnek magas arányban romák, ahol a védőnők leterheltsége amúgy is magas. Ezt a felismerést erősíti meg a védőnők által ellátott halmozott feladatszám és a roma ellátottak arányának összefüggése is.

Halmazott feladatok %-os megoszlása maximális roma ellátotti arányrétegek szerint

max roma % rtg	egy feladat	két feladat	három feladat	háromnál több
1%-ig	69,1	15,6	4,9	10,3
2 - 8%	73,8	15,7	2,2	8,3
8 - 15%	57,8	22,5	9,0	10,7
15 - 30%	63,3	17,1	9,8	9,8
30% felett	50,4	17,6	8,9	23,2
átlag	63,8	17,7	6,7	11,9

Mindössze egy feladatot az átlagnál magasabb arányban azon körzetekben látnak el védőnők, amelyekben a maximális roma arány alacsony, ezzel szemben a legmagasabb roma arányú sávban a háromnál több feladatot elvégzők aránya az átlag duplája. Tudjuk, hogy a magas terhek és a halmozott feladatellátás alapvetően településszerkezeti-demográfiai (tehát strukturális) kérdés. Mindebből az következik, hogy a romákra ugyancsak érvényes a strukturális okokra visszavezethető ellátásbeli depriváció: főleg olyan településeken élnek magas számban, amelyek védőnői ellátottsága alacsony (tehát egy védőnő több települést lát el), egyúttal a védőnők munkaterhe magas. Mindehhez ne feledjük ismételten hozzátenni: olyan védőnőket kerestünk meg, akik az országos átlag felett dolgoznak romákkal, tehát eleve olyan településeken dolgoznak, amelyekben a romák aránya magasabb az átlagnál. E védőnők ötöde a saját átlagukhoz képest is magasabb arányban lát el romákat, egyúttal a munkaterhük is magas.

Az egy védőnőre jutó magas roma ellátotti arány (és lélekszám), illetve a védőnők magas terhei, egyaránt ugyanakkor, az előzőekben elemzett strukturális oknak köszönhetőek.

Megvizsgáltuk, hogy a védőnők képzettségének mértéke (az általuk abszolválta továbbképzések óraszám) összefügg-e az ellátott romák arányával. Az elemzés kimutatta, hogy semmilyen, sem oksági, sem korrelatív kapcsolat nincs e két szempont között. Ez viszont arra utal, hogy a magas roma arányú ellátotti körzetben dolgozó védőnők nem

képezték magukat magasabb óraszámban, mint más helyen, a romák magas száma nem indikálja – egyelőre – a képzésben való fokozott részvételt.

Kutatásunkon kívüli forrásokból tudjuk, hogy a teljes népességben belül a romák többsége – családszerkezetükből és szegénységükből következően – objektíve magasabb mértékben igényelheti a védőnői szolgáltatásokat; a magasabb gyermekszám, a magasabb betegségarányok eleve szükségessé teszik a védőnők irántuk tanúsított fokozott figyelmét.

Mindebből számunkra az következik, hogy a romákkal foglalkozó védőnők legalább ötöde igen kemény terhelésnek van kitéve: nemcsak az ellátottak lélekszáma és a települések száma nagy, egyúttal ők is nagyobb arányban dolgoznak fokozott ellátást igénylő kliensekkel.

A védőnők feladatait meghatározó miniszteri rendelet a védőnők által ellátandók számáról, illetve a körzet kialakításáról a következőképp szól^{mm}: „A védőnők által ellátandó várandós anyák és a 16. életév alatti gondozottak száma lehetőség szerint ne haladja meg a 400 főt. A védőnői körzet kialakításánál figyelembe kell venni a település szerkezetét, a lakosság összetételét, egészségügyi és szociális helyzetét.”

Kutatásunkban feltártuk, hogy a védőnői körzetek kialakítása igen komoly strukturális egyenlőtlenségeket takar, az ellátottaknak a rendeletben meghatározott optimális lélekszámát sok esetben háromszorosan is meghaladja az ellátottak valós száma (az egyéb munkaterhekről nem is szólva). A strukturális egyenlőtlenségek a romák arányától függetlenül jelentkeznek, éppen ezért a romák ellátási színvonalát, mint láttuk, mélyen érinthetik. Alapvető problémának tekinthetjük, hogy egyrészt a betöltött védőnői körzetek területi elhelyezkedése, illetve az ellátottak lélekszámának ingadozása egyaránt ellentétes a jogszabály szövegével, illetve szellemével, másrészt nem szolgálja az esélyegyenlőséget, az egyenlő hozzáférés elvét.

Vizsgálatunk következő, a strukturális összefüggéseken túlmutató kérdésfeltevése az, hogy a védőnők hogyan látják; milyen igényeik vannak klienseiknek, milyen mértékben veszik igénybe az egyes szolgáltatásokat. Mivel a szolgáltatásokⁿⁿ igénybevételének objektív, valós kérdéseit az egyes szolgáltatások mértékének követhetlensége^{oo} okán kutatásunkban nem vizsgálhattuk, azért a védőnőknél azt igyekeztünk mérhetővé tenni, hogy ők milyen szubjektív szűrőn át látják klienseik igényeit.

^{mm} 5/1995. (II.8.) NM rendelet 3. § (1)

ⁿⁿ A védőnők által nyújtott szolgáltatásokat az 5/1995. (II.8.) NM rendelet határozza meg. A miniszteri rendeletben keretszerűen megadott tevékenységek körök kifejtéséről lásd: A körzeti védőnők szolgáltatási listája. Szerk.: Bognárné Várfalvi Mariann. Védőnői Szakmai Kollégium, Bp.

^{oo} Noha a miniszteri rendelet, illetve a Védőnői Szakmai Kollégium összefoglalója kiterjedten taglalja a védőnők feladatait, módszertanilag szinte lehetetlen objektíven leírni és mérhetővé tenni a feladatok többségének teljesítését. Ugyanis a joganyagban, illetve a szakmai bulletinben foglalt védőnői feladatok zöme inkonkrét, „gumiparagrafus”- szerű: „ismeretátadás”, „tanácsadás”, stb.

A védőnők szolgáltatásainak jelentős része interaktivitást igényel, ugyanis a feladatok zömét képező „tanácsadás, felvilágosítás, segítség, ösztönzés” kizárólag kommunikációs térben értelmezhető fogalmak. A tanácsadó képzettségén, szemléletén, kommunikációs szintjén múlik az, hogy mit értünk pl. „tanácsadás” alatt: ez a tevékenység megvalósulhat egyirányú kommunikációként is, azaz direktívák közlését is jelentheti, azonban lehetséges, hogy a tanácsadó mint „counsellor” működik, azaz képes rávezetni kliensét a probléma releváns megoldásmódjaira, miközben valós interakció keretében ad át információkat. Az iménti példa jól érzékelteti a védőnők klienseikkel kapcsolatos tevékenységének jelentős részét kitevő, kommunikációs térben realizálódó tanácsadás mérhetőségének problémáit. Következésképp, egyrészt olyan tárgyat kellett választani, amely egységesen mérhető, másrészt rávilágít arra az interaktív térre, amelyben a védőnő munkája zajlik.

Az interaktív tér mérésének választott terepe a kliensek igényeinek percepciója. A kliensek valós igényeit objektív módon nyilvánvalóan kizárólag abban a közegben lehet mérni, amelyben az igények megjelennek. A védőnők elképzelése a kliensek igényeiről egyszerre szól arról, hogy milyen valós élethelyzetekkel találkoznak, illetve arról, hogy milyen a szemléletük klienseikkel kapcsolatban. A valós élethelyzetek, az ezekből táplálkozó valós igények, valamint a védőnői értékvilág, szemlélet egyaránt befolyásolja a védőnők percepcióját. Mérni közvetlenül e percepciót magát tudjuk. Többváltozós módszerekkel azonban vizsgálható, hogy a védőnők által percipiált igényeket mi befolyásolja, milyen szerepet tölt be pl. az, ha a kliensek zöme egyúttal roma, milyen szerepe van a percepcióban a védőnők halmozott munkaterheinek, vagy éppen a cigányokkal kapcsolatos attitűdjeinek. A percepciót befolyásoló vagy éppen meghatározó tényezőket feltárva érthetjük meg azután, hogy a valóságban (a „terepen”, az ellátás folyamatában) kliens és védőnő között milyen viszonyok alakulhatnak ki, e viszonyoknak milyen a mintázata; végső soron az ellátás elméleti jogegyenlősége megvalósul-e, illetve hol szenved csorbát.

A védőnők feladatait a vonatkozó szakmai protokoll az ellátottak életkora szerint differenciálja; megkülönböztetve a várandós anyával, a gyermekágyasokkal, a 0–6 hetes újszülöttekkel, a 0–1 éves, az 1–6 éves, illetve a 6–16 éves korú gyermekekkel, valamint családjukkal kapcsolatos teendőket.

A védőnőknek a kliensek igényeivel kapcsolatos látásmódját kézenfekvő módon a szakmai protokollban felsorolt tevékenységekkel kapcsolatban vizsgáltuk (ugyanis az egyéb, a protokollon kívüli szolgáltatásokkal kapcsolatos igények, pusztán csak a védőnők eltérő leterheltsége okán, vagy meghallgatásra találnak, vagy nem).

Mivel a mérés tárgya az igényekről való gondolkodásmód, azért szükségtelennek tartottuk az életkori differenciáltság szerint elkülönítve külön-külön mérni azt. Ennek megfelelően a szolgáltatások iránti igényeket két nagy tömbre osztottuk:

- a terhesgondozás, gyermekágyas- és újszülött gondozás, egyes szolgáltatásai iránti igényekre, valamint
- az egy évnél idősebb gyermekekkel és családjukkal kapcsolatos szolgáltatások iránti igényekre.

A két igényrendszer esetében külön-külön kérdéscsoportokat szerkesztettünk, amelyeken belül az egyes kérdések a védőnői szakmai protokollban felsorolt tevékenységek igénybevitelére vonatkoznak. Arra kértük a védőnőket, hogy skálázottan^{PPP} ítélik meg, milyen mértékben veszik igénybe az ellátottak az egyes szolgáltatásokat, a „szinte soha” válaszlehetőségtől egészen a „mindig” lehetőségig.

A terhesgondozás, gyermekágyas- és újszülött gondozás egyes szolgáltatásai igénybevitelének percepciója

Megkértük a védőnőket, hogy a terhesgondozás, gyermekágyas- és újszülött gondozás egyes szolgáltatásaival kapcsolatban jelezzék, véleményük szerint azokat milyen mértékben veszik igénybe a roma, illetve nem roma kliensek. Tizenhét szolgáltatást soroltunk fel. A skálázott válaszokat elsőként faktorelemeztük, amelynek során úgy a nem roma, mint a roma kliensekre vonatkozóan, magas magyarázó érték mellett három faktor alakult ki⁷⁷.

- Felvilágosítás mint szolgáltatás. Ebbe a faktorba az élettani változásokról, a magzat és az újszülött fejlődéséről, a tejelválasztásról, stb. szóló felvilágosító munka tartozik.
- Egészségügyi felvilágosítás és támogatás. Ebbe a csoportba tartozik az ajánlott vizsgálatokról való felvilágosítás, a szűrő- és kontrollvizsgálatokon való részvétel támogatása, a gondozási és ápolási műveletek segítése, stb.
- Szociális támogatás. Ebbe a faktorba tartoznak a szociális támogatás aktusai: támogatásokhoz való hozzájutás, -illetve válsághelyzet megoldásának segítése, szociális gondozás, valamint a jogszabályokról való tájékoztatás.

Az elemzés következő lépéseként clustercsoportokat alakítottunk ki a faktoregyütthatók standard értékeinek felhasználásával. Úgy a nem romák, mint a romák vonatkozásában négy stabil clusterhez jutottunk, amelyekben a vélelmezett igénybeviteli szintek faktorértékei variáns csoportokat alkotnak.

^{PPP} 1-től 5-ig terjedő skálán

Elsőként tekintsük át azt, hogy a védőnők a nem romák esetén hogyan látják az igényeket, pontosabban a szolgáltatásaik igénybevételi szintjét.

A kliensek igényeinek percepciója – clustercsoportok nem romák esetén

clusterek	faktoregyütthatók átlagai			megoszlás
	gyerm felv.	eü. felv.	szoc. tám.	%
minden igény magas	0,41163	0,53739	0,72569	38,1
felvilágosítás közepes, eü. alacsony	0,32329	-1,28384	-0,04936	23,4
igen alacsony. felvilágosítás	-1,82293	-0,03888	0,08403	15,9
közepes igények, szoc. tám alacsony	0,25722	0,44988	-1,23327	22,6

- A nem roma kliensekre vonatkozóan a védőnők 38,1%-a látja úgy, hogy mindhárom szolgáltatás igénybevétele viszonylag magas szintű.
- Az általános, elsősorban a terhességgel, újszülöttekkel és csecsemőkkel kapcsolatos felvilágosítás igénybevételi szintjét közepesnek, egyúttal az egészségügyi felvilágosítás igényszintjét alacsonynak látók csoportja 23,4%-ot tesz ki.
- A legkisebb méretű (15,9%-os) csoport az általános felvilágosítás iránti igényszintet igen alacsonynak látja, míg az egészségügyi felvilágosítás és szociális támogatások iránti igényeket átlagosnak.
- Végül a védőnők közel ötöde (22,6%) úgy vélekedik, hogy a nem roma kliensek a szociális támogatást kismértékben veszik igénybe, egyúttal a két tanácsadási tevékenységet közepes/alacsony nivón.

Ahogy a fejezet bevezetőjében jeleztük, a kérdés voltaképpen az, hogy a védőnők percepcióját a szolgáltatások igénybevételével kapcsolatban mi befolyásolja. Amennyiben a rendelkezésre álló objektív mutatók (az ellátottak száma, az egy védőnő által ellátott települések száma, a leterheltség mértéke, stb.) befolyásolják az észlelt igényszintet, úgy következethetünk, például arra, hogy valóban van eltérés a tényleges igényekben (a szegényebb, aprófalvas területeken lehetséges, hogy jobban igénybe veszik a szociális támogatásokat, mint a jobb módú nagyobb településeken, stb.)

Kérdéseink megválaszolására a legalkalmasabb eszköz a lineáris regresszióval végzett elemzés; ugyanis ezzel egyrészt oksági kapcsolatokra lehet következtetni, másrészt a keresztábrák vizsgálata azt mutatta, hogy az egyes objektív mutatók szerint azt igényszint percepcióját megjelenítő csoportok eloszlása közel egyenletes, nem találhatunk olyan objektív mutatót, amely mentén jól szétválnának e csoportok. A következőkben a regressziós elemzés nyomán felfedhető, a percepciót befolyásoló tényezőket tekintjük át. Kezdjük azokkal a tényezőkkel, amelyek nem befolyásolják a védőnők által észlelt igényszintet! Az egyes szolgáltatások igénybevételi szintjének észlelését nem befolyásolja

- az ellátási körzet településének vagy településeinek mérete, urbanizációs foka,
- az ellátottak között a romák aránya,

- a védőnők leterheltségi szintje,
- az ellátott feladatok száma.

Ezek az eredmények első szempillantásra roppant meglepőnek, sőt akár hihetetlennek tűnnek. Feltételezhetnénk ugyanis, hogy pl. azok a védőnők, akik minden szolgáltatásuk iránt magas szintű igényről számolnak be, egyúttal leterheltebbek, vagy több feladatot látnak el. Mivel azok, akik egyenletesen magas igényszintet látnak, egyúttal a szociális segítségnyújtás iránti igényeket is annak látják, vélhetnénk, hogy gyakrabban dolgoznak kis településeken (vagy magas roma arányú településeken), olyanokon tehát, amelyekben a lakosság szociális deprivációja magasabb szintű.

Az objektív tényezők eme hatáshiánya a következő problémát veti fel: mivel azt, hogy a valós, objektív igények pontosan milyenek, kizárólag a kliensek megkérdezésével lehet kideríteni, a védőnők válaszaiban a valóság és a szubjektív érzékelés igen nagy mértékben keveredhet. (Mivel azt kérdeztük, hogy milyen mértékben, milyen gyakran vesznek igénybe egyes szolgáltatásokat, amennyiben erre teljes mértékben objektív válaszokat kapunk, úgy roppant nagy valószínűséggel az objektív faktoroknak befolyásolniuk kellene a válaszokat.) Következésképp a kliensek és védőnők közötti interaktív tér lehet az, amely különbözik régióként, településenként és nem az objektív igényszint. Az interaktív teret persze a védőnők eltérő, variánsokat alkotó szemléletmódja éppúgy befolyásolhatja, mint klienseiké. Vizsgálatunkban azonban a védőnők kliensekkel való kapcsolata a kérdés.

Feltételezésünket megerősítik azok a tényezők, amelyek viszont befolyásolják, magyarázzák az igényszint percepciójában tapasztalható eltéréseket. Sajátos módon összesen két ilyen befolyásoló tényezőt találunk:

- a védőnők képzettsége,
- az ellátottak lélekszáma.

Azok a védőnők, akik az elmúlt öt évben 250 óra felett vettek részt továbbképzésen, közel tíz százalékkal magasabb arányban látják azt, hogy minden szolgáltatásuk iránt egyenletesen magas az igény, egyúttal e legmagasabb képzettségi fok magyarázó ereje is magas (a lineáris regresszió beta értéke 0,11). E magasán képzett védőnők egyúttal kisebb arányban vannak azok között, akik azt látják, hogy klienseik igénye a magzati étellel, újszülöttekkel kapcsolatos felvilágosítások iránt közepes vagy alacsony, az egészségügyi felvilágosítások iránt pedig egyértelműen alacsony. (A képzettség magyarázó értéke, a beta érték e két esetben – 0,07 és – 0,06.)

Az ellátottak lélekszáma hasonló irányban befolyásolja a percepciót: azon védőnők, akiknél az ellátottak lélekszáma a legmagasabb sávba esik (1200 fő felett), közel tíz százalékponttal magasabb arányban látják azt, hogy minden szolgáltatásuk iránt egyenletesen magas az igény, egyúttal e legmagasabb lélekszám-sáv magyarázó ereje is magas (a lineáris regresszió beta értéke 0,10). E nagyszámú klienssel dolgozó védőnők egyúttal alacsonyabb arányban vannak azok között, akik azt látják, hogy klienseik igénye a magzati étellel, újszülöttekkel kapcsolatos felvilágosítások iránt közepes vagy alacsony, az egészségügyi felvilágosítások iránt pedig egyértelműen alacsony. (A képzettség magyarázó értéke, a beta érték ez esetben – 0,13.)

Megfigyelhettük, hogy a magas ellátotti lélekszám hatása kimutatható, a munkaterheké pedig nem. Az a védőnő, aki magas munkaterhelés mellett dolgozik, nem érzi úgy, hogy a kliensek igény szintje magasabb az átlagnál, viszont az, aki sok klienst lát el, illetve a magasán képzettek, egyúttal tapasztalják a magas igény szintet. Mivel az egy főre eső ellátottak száma, a képzettséghez hasonlóan objektív tény, egyetlen következtetés marad: a magas óraszám szerzett képzettség, illetve az, hogy igen sok klienst kell ellátni, jobban érzékelhetővé teszi a védőnők számára a kliensek valós igényeit. Ezt a felismerést úgy is meg lehet fogalmazni, hogy a képzettség és az, hogy sok embert kell ellátni, elkötelezettebb látásmódot eredményez; „jobban van szemük” a kliensek igényeire.

Az eddigiekben azt vizsgáltuk, hogy a védőnők hogyan látják nem roma klienseik igényeit. Mivel valószínűsíthetjük, hogy a roma családok valós igényei a védőnői szolgáltatások iránt magasak, a többségi társadalomhoz képest magasabb gyermekszám, illetve a szociális kiszolgáltatottság okán. Ez a magasabb arányú, objektív tényeken alapuló valós igény ugyanakkor vélhetően nem teljesen azonos az egyes családok által kimutatott igényekkel, elképzelhető, hogy egyes roma családok a gyermekszám, szociális depriváció ellenére is kevésbé igyekeznek igénybe venni a védőnői szolgáltatásokat, mint mások.

A következőkben azt tekintjük át, hogy milyen objektív és szubjektív vonatkozások befolyásolják a védőnők percepcióját a romák igényeivel kapcsolatban.

A roma kliensek igényeinek percepciója – clustercsoportok romák esetén

	faktoregyütthatók átlagai			megoszlás
	gyerm. felv.	eü. felv.	szoc.tám.	%
felvilágosítás alacsony, szoc. tám. magas	-0,94861	-0,29869	0,70001	25,3
közepes igények, eü. felv. magas	0,58473	1,09451	0,22789	26,3
felvilágosítás. magas - eü. felv. alacsony	0,70448	-0,83334	0,06929	28,5
alacsony igények	-0,57728	0,12652	-1,29699	19,8

A romákkal kapcsolatos percepció egyes variánsait tükröző clusterek a következőképp alakultak.

- A védőnők 25,3%-a látja úgy, hogy a roma kliensek igénye a terhességgel, újszülöttekkel és csecsemőkkel kapcsolatos felvilágosítás, információátadás területén az átlagnál jóval alacsonyabb, egyúttal a szociális támogatás iránt magasabb. E védőnők úgy látják, hogy a romák igénye az egészségügyi területen megmutatkozó felvilágosítás iránt közel átlagos. Kiemelendő, hogy ez az egyetlen csoport, amely úgy látja, hogy a romák szociális segítségnyújtás iránti igénye magas.
- A védőnők hasonló nagyságrendű, 26,3%-ot kitevő csoportja úgy látja, hogy a romák igénye az általános felvilágosítások iránt közepes, míg az egészségügyi felvilágosítások iránt kifejezetten magas.

- A harmadik, hasonló nagyságrendű csoport (28,5%) éppen fordítva látja: szerintük a romák igénye az általános felvilágosítás iránt ugyan a közepesnél magasabb, de az egészségügyi felvilágosítások iránt jóval átlag alatti.
- A negyedik, legkisebb, de így is a védőnők közel ötödét kitevő csoport (19,8%) úgy látja, hogy a romák igénye a szolgáltatások iránt általában alacsony, ezen belül a szociális támogatási formák iránt nagyon alacsony.

A nem roma kliensek igényei percepciójának elemzésekor láttuk, hogy olyan objektív tényezők, amelyek a kliensek élethelyzetével kapcsolatosak, nem befolyásolták a percepciót, ellenben pl. a védőnők képzettsége igen. A roma kliensekkel kapcsolatos percepció esetében ezek az összefüggések fokozottan érvényesülnek! Az egyes szolgáltatások igénybevételi szintjének észlelését nem befolyásolja

- az ellátási körzet településének vagy településeinek mérete, urbanizációs foka,
- az ellátottak lélekszáma,
- az ellátottak között a romák aránya,
- a védőnők leterheltségi szintje, halmozott feladataik.

Mindezzel szemben a percepciót a következő tényezők magyarázzák:

- a védőnők továbbképzéseinek óraszama,
- a cigányokkal kapcsolatos attitűdök mineműsége.

A roma kliensekkel kapcsolatos percepció csoportjainak eloszlása továbbképzési óraszám szerint (%)

óraszám	felvilágosítás alacsony, szoc. tám. magas	közepes igények, eü. felv. magas	felvilágosítás. magas - eü. felv. alacsony	alacsony igények
0 – 60 óra	35,7	14,1	14,4	31,1
61 – 100 óra	18,6	19,2	39,9	18,8
101 – 150 óra	20,4	13,4	10,0	8,0
151 – 250 óra	17,3	16,3	26,8	22,4
250 óra felett	7,9	37,0	8,9	19,7
átlag	25,3	26,3	28,5	19,8

A továbbképzési óraszám függvényében máshogy érzékelik azt, hogy a romák általános felvilágosítási igénye alacsony, egyúttal magas a szociális támogatás iránt: azok körében, akik 151–250 óra közötti továbbképzésen vettek részt az elmúlt öt évben, az ilyen szemléletű védőnők aránya az átlagnál 8%-al kisebb, azok között pedig, akik 250 óra feletti továbbképzésen vettek részt, az átlagnak kevesebb mint harmada. A lineáris regresszióval végzett elemzés oksági kapcsolatot mutat ki a magas óraszámokban szerzett képzettség és aközött, hogy a védőnők nem látják úgy, hogy a romák igényei alacsonyak, egyúttal magasak a szociális támogatás iránt (beta érték -0,15, illetve -0,12). Velük szemben a legalacsonyabb óraszámokban továbbképződött védőnők nagyobb arányban éppen ebbe a percepció clusterbe esnek.

Azok a védőnők, akik 250 óra felett vettek részt továbbképzésen, az átlagnál jóval gyakrabban látják úgy, hogy a romák egészségügyi felvilágosítás iránti igénye magas, míg a kevésbé képzetteknél ez nincs így. Ezzel kongruens módon, a legmagasabban képzett védőnők az átlagnál jóval ritkábban látják azt, hogy a romák egészségügyi felvilágosítás iránti igénye alacsony.

Azok a védőnők, akik a legkevesebb továbbképzésen vettek részt, az átlagnál másképp látják azt, hogy a romák minden igénye alacsony.

A továbbképzés mértéke tehát alapvető szemléletbeni különbségeket takar, ráadásul nem specifikus, romákkal kapcsolatos továbbképzésekről van szó! A képzettség szintje, a tudás mint szubjektív faktor lényeges tényezője a védőnők szemléletének, míg objektív háttértényezők nem. A védőnők képzettségéhez képest azonban a romákkal kapcsolatos attitűdök erősebb magyarázó tényezőnek bizonyulnak.

A roma kliensekkel kapcsolatos percepció csoportjainak eloszlása a cigányokkal kapcsolatos attitűdök szerint (%)

	felvilágosítás alacsony, szoc. tám. magas	közepes igények, eü. felv. magas	felvilágosítás. magas - eü. felv. alacsony	alacsony igények
cigányellenességet elutasító	5,0	48,5	26,7	19,9
nem cigányellenes	19,3	37,5	26,3	17,0
nem diszkrimináló	24,2	27,0	26,9	21,9
cigányellenességre hajlamos	36,8	15,6	29,1	18,5
erősen cigányellenes	29,5	13,7	28,2	28,6
átlag	25,3	26,3	28,5	19,8

Azok, akik elutasítják a cigányellenes attitűdöket, az átlagnál lényegesen kevésbé látják úgy, hogy a romák felvilágosítás iránti igénye alacsony, a szociális támogatások iránti pedig magas. Az ilyen percepciót a cigányellenesség kontraindikálja, ellentétesen magyarázza (beta érték -0,15). Egyúttal a cigányellenességet elutasítók úgy látják, hogy a romák egészségügyi felvilágosítás iránti igénye magas; az átlagérték ez esetben ugyan-csak magasabb, egyúttal az ilyen percepciót a cigányellenesség pozitívan magyarázza: beta érték 0,16).

A nem cigányellenes csoport percepciója hasonló irányú, noha a százalékos eltérések és a megmagyarázott százalékot kifejező beta értékek alacsonyabbak.

E két csoporttal ellentétben, a cigányellenességre hajlamos védőnők éppen fordítva érzékelik a roma kliensek igényrendszerét: magasabb arányban látják úgy, hogy a romák felvilágosítás iránti igénye alacsony, a szociális támogatások iránti pedig magas; hasonlóan, alacsonyabb arányban látják úgy, hogy egészségügyi felvilágosítás iránti igényük magas. Az oksági viszony vizsgálata⁷⁸ mindezt megerősíti.

A védőnők, mint tudjuk, azt írják le, hogy roma klienseik egyes igényeinek gyakorisága milyen – a cigányellenességre hajlamosak esetében azt látják, hogy szerintük a romák az átlagnál jóval kisebb gyakorisággal igénylik az egészségügyi felvilágosító munkát. Igen valószínűnek tűnik tehát az, hogy a kommunikációs teret, az interaktív térben megnyilvánuló tanácsadást az ilyen védőnők önmaguk befolyásolják. Ugyanis nem zárhatjuk ki, hogy a romák esetükben valóban ritkábban vesznek igénybe ilyen segítséget – egyszerűen az általuk érzékelt cigányellenesség okán. Végül is az, hogy a.) a romák fordulnak hozzájuk ritkábban, vagy b.) ők érzékelik úgy, hogy a romák ritkábban fordulnak hozzájuk – egyrészt eldönthetetlen, másrészt eredményét tekintve szinte mindegy, harmadrészt nyilván dialektikus viszony van a tények és azok érzékelése között. Mivel a tanácsadás interaktív térben zajló folyamat, amennyiben egy védőnő azt tapasztalja, hogy roma kliensei ritkábban fordulnak hozzá segítségért, egyúttal cigányellenességre hajlamos, úgy nyilvánvaló, hogy valamilyen mértékben ő maga teremti meg azt a bizalmatlanságot, melynek eredménye a ritkább segítségkérés.

Némi rosszindulattal bárki feltehetné azt a kérdést, hogy az oksági viszony nem fordított-e? Azaz feltehetné úgy a kérdést, hogy vajon nem a romáknak a védőnő munkája iránti érdektelensége okozza magát a cigányellenességre való hajlamot?

Nos, felkészülve e lehetséges kérdésre megvizsgáltuk a fordított oksági összefüggés lehetőségét is. (Most egy pillanatra feledkezzünk meg arról, hogy kiterjedten vizsgáltuk a cigányellenesség okait, és az okok között a tényeknek nem volt szerepük.) Lineáris regresszióval vizsgálva kiderül, hogy nincs ilyen fordított oksági viszony, a fordított irányban feltett kérdésre a beta értékek a nullához közeliek.

Végezetül érdemes megnézni azt, hogy a nem roma kliensek igényeivel kapcsolatos percepció hogyan befolyásolja a romákkal kapcsolatosat.

A romák igényeinek percepciója a nem romáké fényében (%)

nem romák érezkelt igényei	romák érzékelt igényei			
	felvilágosítás alacsony, szoc. tám. magas	közepes igények, eü. felv. magas	felvilágosítás. magas - eü. felv. alacsony	alacsony igények
minden igény magas	18,9	46,4	30,3	4,4
felvilágosítás közepes, eü. alacsony	26,2	8,3	47,1	18,4
igen alacsony. felvilágosítás	38,1	10,2	15,7	36,0
közepes igények, szoc. tám alacsony	25,4	24,6	15,9	34,1
átlag	25,3	26,3	28,5	19,8

Kauzális összefüggések: a romák igényei percepciójának hatása a nem romákkal kapcsolatos percepcióra (lineáris regresszió, beta értékek)

nem romák érezelt igényei	romák érzékelt igényei			
	felvilágosítás alacsony, szoc. tám. magas	közepes igények, eü. felv. magas	felvilágosítás. magas - eü. felv. alacsony	alacsony igények
minden igény magas	-0,11	0,35		-0,29
felvilágosítás közepes, eü. alacsony		-0,23	0,23	
igen alacsony. felvilágosítás	0,13	-0,16	-0,13	0,18
közepes igények, szoc. tám alacsony			-0,15	0,20

A két adattábla együttes interpretációjából az következik, hogy a nem romák igényeire irányuló érzékelés alapvetően meghatározza azt, a védőnők hogyan látják a romák igényeit.

- Azok a védőnők, akik a nem romák igényeit magasnak érzékelik, egyúttal a romák egészségügyi felvilágosítás iránti igényeit kétszer olyan gyakran látják magasnak, mint az átlag. E védőnők között az átlaghoz képest negyed annyian vannak azok, akik úgy látják, hogy a romák igényei általában alacsonyak. Ezzel együtt igen komoly oksági kapcsolat is van a romák és nem romák igényei érzékelése között. Az, hogy egy védőnő a nem romák igényeit egyenletesen magasnak látja, alapvetően meghatározza azt, hogy a romák igényeit is annak lássa, a magyarázó erő 35% (beta = 0,35).
- Az iméntiekkel kongruens módon, a védőnők ellentétes személete is összekapcsolódik. Azok a védőnők, akik a nem romák esetén úgy látják, hogy az egészségügyi felvilágosítási iránti igények általában alacsonyak, egyúttal az átlaghoz képest több mint másfélszeres valószínűséggel látják úgy, hogy a romák ilyen igényei is alacsonyak. A nem romákkal kapcsolatos ilyen percepció a romákkal kapcsolatos 23%-ban magyarázza (beta = 0,23).
- Azok a védőnők, akik a nem romák esetén az átlaghoz képest másfélszer gyakrabban látják úgy, hogy az általános felvilágosítás iránti igények alacsonyak, azok egyúttal a romák felvilágosítások iránti igényeit nem tartják magasnak. Az oksági viszony ez esetben is erős; 13%. Hasonlóan, e védőnők a romák egészségügyi felvilágosítások iránti igényeit sem látják magasnak: a magyarázott variancia 16%. Egyúttal ők a romák szociális támogatások iránti igényeit az átlag felett látják magasnak, az oksági viszony ereje 13%.

Látjuk tehát, hogy az összes tényező közül a szubjektív momentum, a szemléletmód az, amely a legerősebben határozza meg az igényekkel kapcsolatos látásmódot. Noha már most érdemes lenne a tanácsadás interaktív folyamatát meghatározó látásmód befolyásoló tényezőiből egy oksági modellt felrajzolni, előbb tekintsük át a védőnői szolgáltatások másik nagy életkori klienscsoportjáról érzékelt igények rendszerét.

Az egy évnél idősebb gondozott gyermekek családjai egyes szolgáltatások iránti igényének percepciója

A terhesgondozás, gyermekágyas- és újszülött gondozás egyes szolgáltatásai esetéhez hasonlóan, megkértük a védőnőket, hogy az egy évnél idősebb gondozott gyermekekre és családjukra vonatkozóan ítélik meg az egyes szolgáltatásokkal kapcsolatos igényeket. Ugyancsak tizenhét szolgáltatást soroltunk fel. A skálázott válaszokat elsőként faktor-elemeztük, amelynek során a nem roma, illetve a roma kliensekre vonatkozóan, magas magyarázó érték mellett kettő, illetve három faktor alakult ki. A következőkben egységes formában elemezzük az eredményeket.

Az egy évnél idősebb gyermekekre és családjukra vonatkozóan, az észlelt igényekre adott válaszok alapján a védőnők a nem romákat kevésbé látják differenciáltan, mint a romákat. A nem romák esetén az igények két faktorba rendeződnek⁷⁹:

- az általános szociális támogatás, illetve
- az egészségügyi támogatás alkot egy-egy csoportot.

A romák esetében három faktorcsoporthoz alakult ki⁸⁰:

- az általános szociális támogatás,
- az egészségügyi támogatás,
- családsegítő támogatás.

Az elemzés következő lépéseként clustercsoportokat alakítottunk ki a faktoregyütthatók standard értékeinek felhasználásával. A nem romák vonatkozásában három, a romák vonatkozásában pedig öt stabil clusterhez jutottunk, amelyekben a vélelmezett igénybevételi szintek faktorértékei variáns csoportokat alkotnak.

A kliensek igényeinek percepciója – clustercsoportok nem romák esetén

faktoregyütthatók átlaga			
nem romák	általános szociális támogatás	egészségügyi támogatás	eloszlás %
magas szoc. közepes eü. igények	0,80270	0,36500	44,4
egészségügyi nagyon alacsony	-0,07250	-1,55320	19,7
alacsony szoc., közepes eü.igények	-0,95320	0,39910	35,9

A nem romák esetén a klienseknek az egy évvel idősebb gyermekre (és családjára) vonatkozó igényeit három fő variáns csoportban érzékelik a védőnők:

- A legnagyobb hányad (44,4%) úgy látja, hogy az általános szociális támogatások iránti igények magasak és az egészségügyi támogatások iránt közepesek.
- A védőnők közel ötöde (19,7%) látja úgy, hogy a nem roma kliensek az egészségügyi támogatásokat ritkán veszik igénybe, az igények nagyon alacsonyak.
- Végül a harmadik csoport (35,9%) úgy érzékeli, hogy az egészségügyi támogatás iránti igények közepesek, egyúttal a szociális támogatások iránt alacsonyak.

Rögtön felmerül a már ismerős kézenfekvő kérdés: mitől függ az igények észlelése a nem roma kliensek esetén? Az eredmények szembetűnők: a terhesgondozás, gyermekágyas- és újszülött gondozás esetében az igények észlelését szubjektív okok határozták meg, ezzel szemben az egy évnél idősebb gyermekek és családjuk igényeinek észlelése már függ attól, hogy a kliensek milyen körülmények között élnek. Az áttekinthetőség végett a következőkben az összefüggéseket alátámasztó táblázatok egy részét a jegyzetek között helyeztük el.

Azok a védőnők, akik magas szociális és közepes egészségügyi igényeket látnak, az átlaghoz képest Budapesten kevesebben, míg falvakban többen vannak⁸¹. Hasonlóan, azok akik a szociális segítségnyújtás iránti igényeket látják alacsonynak, Budapesten kevesebben, falvakban némiképp többen dolgoznak. Végül a budapesti védőnők az átlaghoz képest jóval magasabb arányban látják úgy, hogy az egészségügyi tanácsadás és segítség iránti igények alacsonyak. A megyei jogú városok, illetve a városok nem jelentenek befolyásoló tényezőt.

Azt látjuk tehát, hogy az urbanizációs fok két végletén, Budapesten és falvakban pl. a szociális segítségnyújtás iránti igényeket eltérően észlelik. Mivel kézenfekvő a feltevés, hogy valóban eltérő igényekről lehet szó, és ezek az eltérések a szociális helyzettel összefügghetnek, megvizsgáltuk, hogy az ellátottak között a romák aránya befolyásolja-e a nem roma kliensek igényei iránti percepciót; ugyanis erősen valószínű, hogy a magas roma ellátotti arányú települések általános szociális helyzete egyúttal rosszabb, mint a többieké.

Az eredmények azt mutatják, hogy csak a legmagasabb átlagos roma ellátotti arányú településeken jelentősen eltérő⁸² a védőnők igényészlelése. Mivel egyúttal a települések mérete nem befolyásoló tényező (noha az aprófalvak lakosságának szociális helyzete rosszabb, mint a legnagyobb településeken élőké), ezért valószínű, hogy a lakosság szociális helyzete kevéssé befolyásolja a szociális segítségnyújtás iránti igények mértékének észlelését.

Megvizsgáltuk, hogy a nem romák igényeinek percepcióját, az előző fejezet hasonló eredményeinek fényében, befolyásolja-e az egy főre eső ellátottak száma, a leterheltség, illetve a halmozott feladatok száma, valamint a védőnők továbbképzésének óraszám.

Kizárólag enyhe százalékos ingadozások tapasztalhatók, komoly eltérések viszont nem. Az oksági viszonyokat lineáris regresszióval elemezve ugyancsak nem mutatható az ki, hogy a felsoroltak befolyásolnák az egy évnél idősebb gyermekek és családjuk igényeinek észlelését. Adataink birtokában erre a kérdésre csak olyan válasz adható, mely szerint a Budapest-vidék dichotómiától eltekintve valószínűleg egyéb tényezők, pl. az ellátott családok jellemzői okozzák az eltéréseket.

Mindezzel szemben, tálán nem meglepő módon, a romák igényeinek észlelését már elég sok tényező befolyásolja. Elsőként vizsgáljuk meg, milyen észlelési csoportok alakultak ki.

A kliensek igényeinek percepciója – clustercsoportok romák esetén

faktoregyütthatók átlaga				
romák	egészségügyi támogatás	általános szociális támogatás	családsegítés	eloszlás %
magas igények	0,78480	0,23960	1,14580	21,3
alacsony szoc. támogatás	-0,34060	-1,40490	-0,14280	20,3
alacsony eü., magas családsegítés igények	-1,31530	0,36550	0,73100	15,3
alacsony igények, szoc. támogatás magas	-0,41530	0,76830	-0,81970	21,6
magas eü., alacsony családsegítés igény	0,89250	0,05930	-0,69600	21,5

Az öt variáns csoport a következő:

- A védőnők ötöde (21,3%) látja úgy, hogy a romák mindhárom támogató szolgáltatást magas gyakorisággal veszik igénybe.
- Hasonló arányban (20,3%) találjuk azokat, akik úgy látják, a romák a szociális támogatásokat igen ritkán, az egészségügyi tanácsadást pedig közepesen ritkán veszik igénybe.
- A harmadik; tömegében legkisebb csoport (15,3%) úgy látja, hogy a romák az egészségügyi támogatást igen ritkán, míg a családsegítő támogatást gyakran veszik igénybe.
- A negyedik csoport (21,6%) úgy látja, hogy az egészségügyi, illetve családsegítő támogatások igénybevétele ritka, míg az általános szociális támogatásé viszonylag magas.
- Az ötödik clustercsoport tagjai (21,5%) szerint az egészségügyi támogatások igénybevétele magas, ellenben a családsegítő támogatásoké viszonylag alacsony.

A roma kliensek esetében az egy évnél idősebb gyermekek és családjuk igényeinek észlelése ugyancsak kismértékben függ attól, hogy a kliensek milyen körülmények között élnek. Egyedüli befolyásoló tényező a Budapest – falu dichotómia, a nem roma kliensek esetéhez hasonlóan.

Az átlaghoz képest Budapesten a védőnők kisebb arányban látják azt, hogy a romák igényei egyenletesen magasak, ezzel szemben itt a családsegítő támogatás iránti magas és az egészségügyi támogatások iránti alacsonyabb igényt látják (a falvak esetében ez utóbbi igény észlelésének aránya épp fordított)⁸³. Az átlag körüli ingadozások a megyei jogú és egyéb városok esetében nem kiugróak. A települések mérete, valamint az ellátott romák aránya pedig nem befolyásolja azt, hogy milyen igényeket észlelnek a

védőnők. Mindebből arra következtethetünk, hogy alapvetően nem a lakosság szociális-gazdasági helyzete befolyásolja a védőnők látásmódját; egyetlen kivétel Budapest esete. A főváros markáns sajátosságai valóban befolyásolhatják a romák valós igényeit; az információhoz való hozzáférés, a fejlettebb infrastrukturális és intézményi környezet okozhatja azt, hogy alapvetően a családsegítő támogatások igénybevételét látják átlag felettinek a védőnők, miközben a többi támogatás iránti igényt alacsonyabbnak.

Látjuk tehát, hogy a romák igényeinek észlelése az egy évnél idősebb gyermekeknek és családjuknak nyújtott szolgáltatások esetében alapvetően nem a gazdasági-szociális körülményektől, sokkal inkább az urbanizációs foktól függ – ebből következően attól, hogy a védőnők mennyi feladattal szembesülnek, strukturális okokból mennyi feladatot látnak el. Ezt a felismerést erősíti meg a percepció csoportok és az ellátott feladatok összefüggése.

A roma kliensek igényeinek percepcióját kifejező clustercsoportok eloszlása feleletellátás szerint (%)

	egy feladat	két feladat	három feladat	háromnál több
magas igények	56,5	18,8	6,2	18,5
alacsony szoc. támogatás	72,2	12,9	5,8	9,1
alacsony eü., magas családsegítés igények	72,0	20,1	5,2	2,7
alacsony igények, szoc. támogatás magas	62,7	18,5	8,6	10,2
magas eü., alacsony családsegítés igény	55,1	20,6	8,8	15,5
átlag	63,1	18,1	7,0	11,7

Azon védőnők között, akik a romák esetén egyenletesen magas igényeket észlelnek, egyúttal az átlaghoz képest jelentősebb arányban vannak jelen a háromnál több feladatot ellátók. Az ilyen védőnők alapvetően kis falvakban dolgoznak. Éppen ezért a magas igényészlelési szint és a települési elhelyezkedés kölcsönösen függ egymástól; ezt erősíti meg a regressziós elemzés is: nem egyoldalú oksági viszonyról, hanem kölcsönös meghatározottságról van szó (a beta érték 0,11, akár a magas igény észlelés csoportja, akár a háromnál több feladatot ellátók csoportja a független változó).

Az adatok további elemzése azt mutatja, hogy a romák esetén az egy évvel idősebb gyermekekre (és családjára) vonatkozó igények észlelését alapvetően ismét a szubjektív tényezők határozzák meg, mégpedig a továbbképzésben töltött óraszám, a nem romákkal kapcsolatos látásmód (azaz, hogy látják egyáltalán az igényeket), illetve a cigányokkal kapcsolatos attitűdök.

A védőnők továbbképzésben töltött órászáma határozza meg azt, hogy egyenletesen magasnak látják-e a romák igényeit avagy sem.

Igényészlelési csoportok és továbbképzési óraszámok – lineáris regresszió beta értékek

	0–60 óra	61–100 óra	101–150 óra	151–250 óra	250 ó felett
magas igények	-0,129	-0,022	0,000	0,152	0,145

A 150 óra feletti továbbképzés hatása átlagosan 15%-os, ezzel szemben az alacsony óraszámú továbbképzés kontraindikálja azt, hogy a védőnők magas igényeket észleljenek (-13%).

A következőkben a romákkal kapcsolatos attitűdöknek az észlelésre gyakorolt hatását vizsgáljuk, valamint azt, hogy az egyes észlelési módok mint olyanok, hogyan határozzák meg a romák igényeinek észlelését.

A romákkal kapcsolatos attitűdök eloszlása az egy évnél idősebb roma gyermekek és családjuk igényei észlelésének csoportjai szerint (%)

	cigányellenességet elutasító	nem cigányellenes	nem diszkrimináló	cigányellenességre hajlamos	erősen cigányellenes	átlag
magas igények	41,2	32,2	20,1	12,2	6,8	21,3
alacsony szoc. támogatás	22,1	14,4	23,8	17,4	29,0	20,3
alacsony eü., magas családsegítés igények	7,8	14,7	10,2	21,4	19,3	15,3
alacsony igények, szoc. támogatás magas	7,2	16,1	23,3	27,3	26,4	21,6
magas eü., alacsony családsegítés igény	21,7	22,5	22,6	21,7	18,5	21,5

A romákkal kapcsolatos attitűdök hatása az egy évnél idősebb roma gyermekek és családjuk igényei észlelésére – lineáris regresszió, béta értékek

	cigányellenességet elutasító	nem cigányellenes	nem diszkrimináló	cigányellenességre hajlamos	erősen cigányellenes
magas igények	0,2117	0,1973	0,0892	-0,1740	-0,1452
alacsony szoc. támogatás					
alacsony eü., magas családsegítés igények	-0,1125	-0,0742	-0,1428	0,1289	0,0635
alacsony igények, szoc. támogatás magas	-0,1444	-0,1086	-0,0446	0,1005	0,0556

- Azon védőnők között, akik a cigányellenességet elutasítják, az átlaghoz képest dupla arányban (41,2%) vannak jelen olyanok, akik a romák igényeit egyenletesen magasnak látják. Ennek az attitűdnek a percepciót meghatározó oki hatása igen magas, 21,2%. E védőnők egyúttal jelentősen alulreprezentáltak azok között, akik úgy látják, hogy a romák egészségügyi támogatások iránti igénye alacsony, illetve a szociális támogatások iránti igénye magas (7,8 és 7,2%). A cigányellenesség elutasítása egyúttal negatív oksági viszonyban áll e két perceptuális csoporttal (- 11,3 és - 14,4%). Magyarán azok a védőnők, akik elutasítják a cigányellenességet, egyúttal azt észlelik, hogy a romáknak a támogatások iránti igénye magas.
- Az előbbiekhöz hasonlóan, azok, akik nem cigányellenesek, ugyancsak átlagon felül úgy látják, hogy a romák igény szintje magas, egyúttal a nem cigányellenes attitűd oki hatása ugyancsak magas, 19,7%.
- E két csoporttal szemben a cigányellenességre hajlamosak, illetve az erősen cigányellenesek éppen fordítva érzékelik az igényeket, egyúttal az észlelésnek a cigányellenesség bizonyíthatóan oka is. A cigányellenességre hajlamosak között azok, akik a romák igényeit egyenletesen magasnak látják, az átlaghoz képest közel fele annyian vannak, az erősen cigányellenesek között pedig közel harmad annyian. A cigányellenességre való hajlam oki hatása erős: $\beta = - 0,174$, illetve $- 0,145$.
- A cigányellenességre hajlamosak magasabb arányban észlelik azt, hogy a romák egészségügyi támogatások iránti igényei alacsonyak, egyúttal ez az attitűd ezt az észlelést közel 13%-os erővel magyarázza is.

A nem romákkal kapcsolatos észlelés hatása az egy évnél idősebb roma gyermekek és családjuk igényei észlelésére – lineáris regresszió, béta értékek

	magas szoc. közepes eü. igények	egészségügyi nagyon alacsony	alacsony szoc., közepes eü.igények
magas igények	0,42650	-0,36128	-0,39620
alacsony szoc. támogatás	-0,34366	0,29879	0,31443
alacsony eü., magas családsegítés igények		0,22268	

- Azok a védőnők, akik úgy látják, hogy a nem romák szociális támogatások iránti igényei magasak, az egészségügyi támogatások irántiak pedig legalább közepesek, azok a romák igényeit magasnak látják, az oki hatás igen erős: 42,65%.
- Azok, akik a nem romáknak az egészségügyi támogatás iránti igényeit alacsonynak látják, azok épphogy nem érzékelik a romák igényeit magasnak ($\beta = - 0,36$).
- Hasonlóan azok, akik a nem romák egészségügyi támogatások iránti igényeit alacsonynak látják, azok a romákkal kapcsolatban hasonlóan éreznek, az oksági viszony itt is erős, $\beta = 0,22$.

Noha az előző fejezetekben bőven volt szó az igény szint észlelésének meghatározó tényezőiről, nem árt összefoglalni pár dolgot. A védőnőknek feltett alapkérdés az volt, hogy a kliensek (romák és nem romák) milyen gyakran vesznek igénybe egyes szolgáltatásokat. Mivel a védőnői szolgáltatások igénybevétele olyan ténykérdés, amelyet igen nehéz objektíven ellenőrizni, ráadásul törvényi rendelkezések okán per def. nem tudhatjuk, hogy romák és nem romák között milyen tényleges különbségek lehetnek a szolgáltatások igénybe vételét illetően, a védőnők véleményéből lehet csak kiindulni.

Váztoltuk, hogy a védőnők szolgáltatásai, amelyek jelentős része információ átadás, tanácsadás, stb., interaktív térben zajló folyamatok eredményei, a kliensek igényeinek észlelése és a védőnők valós tevékenysége összefügg, dialektikus kapcsolatban áll egymással.

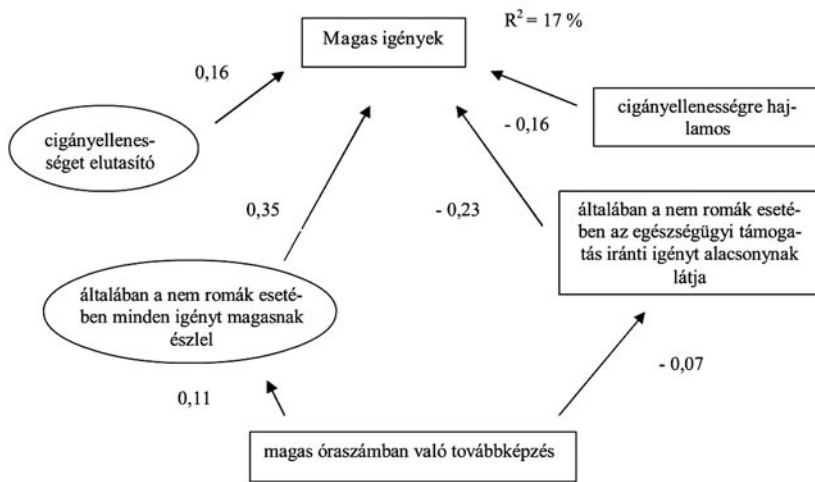
A kliensek észlelt igényeit nem befolyásolják jelentős mértékben az eltérő szociális-gazdasági jellemzők, egyedül Budapest és a falvak viszonylatában fedhetők fel olyan különbségek, amelyek arra utalnak, hogy az urbanizációs fok e két eltérő végletén bizonyos mértékig eltérő igények élhetnek a családokban.

A strukturális kérdéseket taglaló első fejezetben láttuk, hogy a védőnők terhei, az egy védőnőre jutó ellátottak száma, roppant egyenetlenségeket takar, ugyanakkor az észlelt igény szint fő eltéréseit nem e strukturális eltérések indokolják, hanem emberi tényezők. Azt, hogy a védőnők általában magas igény szintet észleljenek nem romákkal kapcsolatban, elsősorban a képzettség szintje határozza meg. A magas igény szint észlelése, mint láttuk, nem az erős leterheltség és az ellátottak magas számának következménye, hanem a védőnői szemléletből autonóm módon következik.

A romák igény szintjének észlelését pedig elsődlegesen a romákkal kapcsolatos attitűdök, a kliensek igényeinek általános érzékelése, valamint a képzettség szintje határozzák meg.

A következőkben a terhesgondozás, gyermekágyas- és újszülött gondozás, illetve az egy évnél idősebb gondozott gyermekek családjai egyes szolgáltatások iránti igényének percepcióját befolyásoló főbb tényezőket egységes szerkezetben úgy tekintjük át, hogy felvázoljuk az oksági összefüggéseket.

A terhesgondozás, gyermekágyas- és újszülött gondozás iránt a romák részéről megnyilvánuló magas igények észlelésének okai – lépésenként végzett lineáris regresszió beta értékek



Az eddigi elemzésekből látjuk, hogy az igények észlelését nem az igények mértékét feltehetően ténylegesen befolyásoló szociális, településdemográfiai tényezők határozzák meg, hanem az humán tényezőkön múlik.

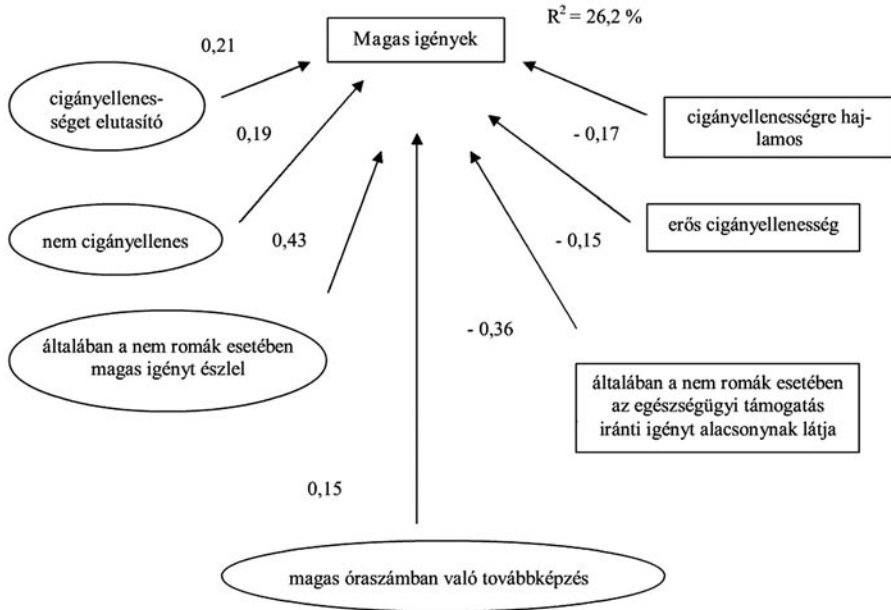
Azok a védőnők, akik elutasítják a cigányellenességet, a romák esetében magas igényeket észlelnek, hasonlóan azokhoz, akik általában mindenkinél észlelik a magas igényeket.

A cigányellenességre való hajlam ellentétes a romák magas igényeinek észlelésével. Azok, akik általában az egészségügyi támogatások iránti igényeket alacsonynak látják, azok ugyancsak kevésbé észlelik a romák magas igényeit.

A képzettség szintje áttételes tényező: pozitívan hat arra, hogy az általános igényeket magasnak észleljék, egyúttal negatív viszonyban áll az igények alacsony szintjének észlelésével.

A már felnövekvő roma gyermekek és családjuk igényeinek észlelése lényegesen összetettebb kérdés, ebben az esetben a képzettség már közvetlen hatótényező, illetve az erős cigányellenesség is megjelenik, mint kontraindikáló faktor.

Az egy évnél idősebb gondozott gyermekek családjában a romák részéről megnyilvánuló magas igények észlelésének okai – lépésenként végzett lineáris regresszió beta értéke



Az ábra arról ad áttekintést, hogy mely tényezők okozzák azt, ha a védőnőknek „van szemük” a romák magas igényeinek észlelésére, azaz milyen okoknak köszönhető, hogy magasnak látják az egyes védőnői tanácsadó szolgáltatások iránti igényeket.

A cigányellenesség elutasítása, illetve a cigányellenesség hiánya erős pozitív módon, míg a cigányellenességre való hajlam és az erős cigányellenesség negatív módon befolyásolja ezt az észlelést.

Az általános, nem romákra vonatkozó észlelési módok közül kettő befolyásolja a romák magas igényeinek észlelését: a védőnők azon percepciója, melyben észlelik a nem romák magas igényeit, ez pozitív oki tényező, míg amennyiben a védőnő úgy észleli a nem romákat, hogy azok egészségügyi tanácsadó szolgáltatások iránti igénye alacsony, úgy a romák igényeit is inkább alacsonynak látja.

A magas, legalább öt év alatt 150 óra feletti továbbképzés pozitív oki tényezője a romák magas igényeinek észlelésének.

JEGYZETEK

Roma felvétel

¹ Általános iskolai végzettség nélküliek és érettségizettek arányai (%) nemenként, gyermek szerint és egy főre eső jövedelmi tizedenként.

19–34 éves nők										
8 oszt. kevesebb	3500 Ft-ig	3500-9400	9400-12000	12000-16000	16000-20000	20000-23000	23000-30000	30000-39000	39000-50000	50000 felett
nincs gyermek	11,6	23,3						5,8		11,7
van gyermek	46,7	39,1	22,0	24,7	14,1	14,1	4,4	11,2	7,3	
érettségi										
nincs gyermek		21,1	71,6	98,7	78,7	9,8	42,8	39,8	78,4	37,4
van gyermek			14,0	7,3	7,5	10,3	19,4	38,8	9,3	28,8
8 oszt. kevesebb	19–34 éves férfiak									
nincs gyermek		12,5	49,8	21,0		6,0	19,2	12,6		5,3
van gyermek	28,4	13,1	10,9	5,7	14,9	7,1	3,3			
érettségi										
nincs gyermek					13,2	23,4	25,7	27,2	31,8	32,2
van gyermek					13,9	8,2	23,1		28,4	55,3

² *Tanuló gyermekekre jutó költségek / fő*

	Ft
mindkettő aktív	5643
csak férj aktív	5364
csak feleség aktív	5321
mindkettő inaktív	3145
nem szegregált	5262
szegregált	3490
gettó	3273
Közép-Magyarország	4383
Dél-Dunántúl	5643
Közép-Dunántúl	5589
Nyugat-Dunántúl	7429
Észak-Magyarország	4821
Észak-Alföld	3300
Dél-Alföld	3439
3500 Ft-ig	3486
3500–9400	3112
9400–12000	3716
12000–16000	4154
16000–20000	4383
20000–23000	5581
23000–30000	5062
30000–39000	4595
39000–50000	7292
50000 felett	10193

$$^3 \Sigma N = (s_1 x n_1 + s_2 x n_2 + s_3 x n_3) / (\bar{n}_1 + \bar{n}_2 + \bar{n}_3)$$

⁵ A bevallott betegségek korrelációja a szindrómákból számolttal – teljes populáció, nemek és korcsoportok szerint

	r
összes	0,765
férfi	0,690
nő	0,793
19–24	0,733
25–34	0,669
35–44	0,637
45–54	0,705
55–64	0,613
65–74	0,569
75–x	0,584

⁶ Az affektív distancia skála faktorstruktúrája.

	fact1	fact2	fact3
védőnő	0,1331	0,1152	0,6749
házi orvos	0,1521	0,1169	0,8012
házi gyermekorvos	0,0904	0,0935	0,8229
házi orvosnál a nővér	0,2701	0,1102	0,6872
orvosok – szakrendelőben	0,8317	0,0827	0,2620
nővérek – szakrendelőben	0,8706	0,0775	0,1937
orvosok – kórházban	0,8322	0,1872	0,1415
nővérek – kórházban	0,8446	0,1713	0,1159
Önkormányzati munkatársak általában	0,1446	0,7712	0,0517
Önkormányzat szociális munkatársai	0,0510	0,7569	0,1017
Munkaügyi Központ emberei	0,1260	0,6991	0,0990
Családsegítő központ munkatársai	0,0011	0,6347	0,1426
Hivatalok emberei általában	0,2103	0,7194	0,0713

Factor	Sajátérték	Var. %	Cumulált %
1	4,61021	35,5	35,5
2	2,00024	15,4	50,8
3	1,58704	12,2	63,1

A diszkriminancia-skála faktorstruktúrája

	fact1	fact2	fact3
védőnő	0,2300	0,2066	0,7444
házi orvos	0,2390	0,2245	0,8283
házi gyermekorvos	0,2001	0,1527	0,8421
házi orvosnál a nővér	0,3366	0,2431	0,7511
orvosok – szakrendelőben	0,7948	0,2214	0,4102
nővérek – szakrendelőben	0,8193	0,2344	0,3596
orvosok – kórházban	0,8638	0,2516	0,2197
nővérek – kórházban	0,8581	0,2622	0,1953
Önkormányzati munkatársak általában	0,2711	0,7726	0,1690
Önkormányzat szociális munkatársai	0,1364	0,7830	0,1816
Munkaügyi Központ emberei	0,1822	0,7594	0,1999
Családsegítő központ munkatársai	0,0978	0,7190	0,2040
Hivatalok emberei általában	0,3501	0,7528	0,1213

Factor	Sajátérték	Var. %	Cumulált %
1	6,78536	52,2	52,2
2	1,62953	12,5	64,7
3	1,22855	9,5	74,2

⁷ A három intézményi csoportra vonatkozóan külön-külön ellenőriztük az affektív disztancia, illetve a diszkriminancia skála értékeinek konzisztenciáját. Mindhárom esetben a Cronbach-alfa mutató értéke 0,72 vagy e feletti, a skálaváltozók értékeinek korrelációja pedig magas.

⁸ Ún. euklidesi távolságok módszerével készült skálázás.

⁹ A legutoljára valamilyen megelőzésen való részvétel időrétegei
– iskolai végzettség szerinti bontásban (%)

	eloszlás	8 oszt. kevesebb	általános iskola	szakmun- kásképző	összeséret- tségizett	egyetem, főiskola
tüdőszűrés						
nem tudjuk	6,7	10,1	7,3	4,0	0,3	4,0
10 évnél régebben	4,7	6,5	3,3	5,1	3,1	10,3
4–9 éve	13,5	14,7	11,8	12,2	16,4	21,6
1–3 éve	39,5	39,2	42,0	33,9	42,8	39,4
idén	35,6	29,5	35,6	44,8	37,4	24,7
fogorvos						
nem tudjuk	59,3	73,5	63,8	47,7	34,4	11,0
10 évnél régebben	7,1	9,2	5,2	8,8	3,6	14,7
5–9 éve	10,0	4,3	11,1	13,6	14,6	17,4
az elmúlt 4 évben	23,6	12,9	19,9	29,9	47,4	56,8
nőgyógyászati						
nem tudjuk	17,5	28,1	11,4	4,7	19,2	11,6
10 évnél régebben	5,0	9,8	2,4	2,6		11,0
4–9 éve	12,6	18,0	13,8	2,5	6,1	9,3
1–3 éve	35,4	34,0	42,2	30,5	25,8	36,4
idén	29,5	10,2	30,2	59,7	48,9	31,8
emlőrák						
nem tudjuk	55,8	62,0	57,2	40,9	57,7	22,6
tíz évnél régebben	2,2	4,7		2,1	0,7	
4–9 éve	6,3	9,0	7,0	0,4	2,8	9,3
1–3 éve	20,9	18,0	22,2	28,2	13,5	39,8
idén	14,8	6,3	13,6	28,4	25,3	28,4

¹⁰ A legutoljára valamilyen megelőzésen való részvétel időrétegei
– településkategória szerinti bontásban (%)

	eloszlás	Buda- pest	megyei jogú város	város	község 2848 felett	község 1333 – 2847	község 702 – 1332	község 346 – 701	község 345 alatt
tüdőszűrés									
nem tudjuk	6,7	1,6	9,6	9,2	4,2	5,4	8,0	8,2	10,6
10 évnél régebben	4,7	26,7	7,4	1,8	1,3	3,6	3,0	2,6	17,1
4–9 éve	13,5	25,2	21,7	12,1	11,2	8,9	11,5	15,3	24,3
1–3 éve	39,5	22,6	39,3	44,9	32,9	39,1	45,0	47,0	42,8
idén	35,6	23,8	22,0	32,0	50,4	43,0	32,6	27,0	5,2
fogorvos									
nem tudjuk	59,3	23,4	50,5	52,3	60,7	85,0	67,2	41,9	31,1
10 évnél régebben	7,1	19,4	7,6	10,3	6,9	0,6	3,4	7,0	19,7
5–9 éve	10,0	16,8	7,7	9,4	14,4	1,4	8,7	20,0	9,8
az elmúlt 4 évben	23,6	40,4	34,3	28,0	18,0	13,0	20,7	31,1	39,4
nőgyógyászati									
nem tudjuk	17,5	14,8	20,6	20,8	17,4	17,5	11,4	15,1	16,3
10 évnél régebben	5,0	9,2	6,3	5,6	3	5,3	3,6	5,9	
4–9 éve	12,6	14,3	11,6	15,1	7,9	10,8	17,6	14,1	22,2
1–3 éve	35,4	31	31,6	36,1	39,6	36,2	30,1	26,6	51,3
idén	29,5	30,7	29,9	22,5	32,1	30,2	37,2	38,3	10,3
emlőrák									
nem tudjuk	55,8	43,2	46,4	66,7	50,6	68,3	52,1	33,1	33,1
tíz évnél régebben	2,2	6,1	3,3	5,1	1,6	0,4	0,9		
4–9 éve	6,3	8,0	9,5	5,9	3,3	2,9	5,6	22,9	19,4
1–3 éve	20,9	30,1	24,0	16,5	25,2	13,7	19,8	20,6	44,1
idén	14,8	12,5	16,8	5,7	19,2	14,8	21,6	23,3	3,3

¹¹ A legutoljára valamilyen megelőzésen való részvétel időrétegei – a szakrendelői, kórházi szint észlelt előítéletessége szerinti bontásban (%)

	eloszlás	szinte semleges	rokon-szenvező	erős cigány-ellenes	cigány-ellenes	erős elfogadás	nem diszkrimináló
tüdősűrűs							
nem tudjuk	6,7	5,3	7,7	8,1	8,7	8,7	3,9
10 évnél régebben	4,7	5,4	2,8	8,7	4,6	3,2	3,8
4–9 éve	13,5	12,9	12,1	16,9	18,6	10,3	11,7
1–3 éve	39,5	40,8	39,2	40,5	32,9	45,0	37,8
idén	35,6	35,6	38,2	25,8	35,3	32,8	42,8
fogorvos							
nem tudjuk	59,3	67,2	49,3	72,0	74,6	54,1	36,1
10 évnél régebben	7,1	6,8	7,0	5,8	5,7	5,8	11,0
5–9 éve	10,0	5,9	11,2	4,1	7,0	10,4	23,6
az elmúlt 4 évben	23,6	20,0	32,5	18,1	12,8	29,7	29,2
nőgyógyászati							
nem tudjuk	17,5	17,8	14,8	19,8	22,7	20,9	8,7
10 évnél régebben	5,0	3,5	5,4	5,3	5,4	8,9	2,8
4–9 éve	12,6	13,0	14,9	16,0	13,6	8,7	9,8
1–3 éve	35,4	38,7	35,7	29,2	32,4	29,1	42,5
idén	29,5	27,0	29,1	29,7	25,8	32,4	36,1
emlőrák							
nem tudjuk	55,8	48,5	60,8	69,7	63,2	54,1	50,5
tíz évnél régebben	2,2	2,2	2,9		3,0	3,1	1,0
4–9 éve	6,3	6,8	6,6	4,2	8,8	6,6	3,3
1–3 éve	20,9	28,7	11,9	11,1	14,4	20,2	29,0
idén	14,8	13,7	17,9	15,0	10,6	15,9	16,2

¹² Az egyes szűréseken való részvételt befolyásoló három tényező együttes hatása – ANOVA

tüdőszűrés						
Grand Mean =	0,36					Adjusted for
				Unadjusted		Independents
Variable	Category	N	Dev'n	Eta	Dev'n	Beta
CIGEQCL1						
	1 szinte semleges	368	0		0,01	
	2 rokonszenvező	215	0,03		0,02	
	3 erős cigányellenes	140	-0,09		-0,08	
	4 cigányellenes	164	0		-0,03	
	5 erős elfogadás	154	-0,03		-0,03	
	6 nem diszkrimináló	183	0,07		0,08	
				0,09		0,1
<hr/>						
ISKRTG						
	1 befejezetlen ált. isk.	372	-0,06			-0,07
	2 ált. isk.	445	0			-0,02
	3 szakmunkás	254	0,08			0,11
	4 érettségizett	139	0,02			0,05
	5 felsőfokú	15	-0,09			0,02
				0,11		0,14
<hr/>						
TELSOR						
	1 Budapest	70	-0,12			-0,16
	2 megyei jogú város	92	-0,14			-0,14
	3 város	235	-0,04			-0,03
	4 község – 2848 felett	273	0,14			0,15
	5 község – 1333 – 2847	251	0,07			0,1
	6 község – 702 – 1332	164	-0,03			-0,04
	7 község – 346 – 701	96	-0,09			-0,15
	8 község – 345 alatt	44	-0,31			-0,31
				0,23		0,26
	Multiple R Squared					0,083
<hr/>						
Multiple R						0,288

fogorvos						
Grand Mean =	0,23					Adjusted for
				Unadjusted		Independents
Variable	Category	N	Dev'n	Eta	Dev'n	Beta
CIGEQCL1						
	1 szinte semleges	368	-0,04		-0,03	
	2 rokonszenvező	215	0,09		0,08	
	3 erős cigányellenes	140	-0,05		-0,06	
	4 cigányellenes	164	-0,11		-0,09	
	5 erős elfogadás	154	0,06		0,08	
	6 nem diszkrimináló	183	0,05		0,04	
				0,16		0,15
ISKRTG						
	1 befejezetlen ált. isk.	372	-0,1		-0,1	
	2 ált. isk.	445	-0,04		-0,02	
	3 szakmunkás	254	0,06		0,04	
	4 érettségizett	139	0,25		0,24	
	5 felsőfokú	15	0,38		0,38	
				0,28		0,26
TELSOR						
	1 Budapest	70	0,18		0,04	
	2 megyei jogú város	92	0,11		0,11	
	3 város	235	0,05		0,05	
	4 község – 2848 felett	273	-0,05		-0,04	
	5 község – 1333 – 2847	251	-0,11		-0,08	
	6 község – 702 – 1332	164	-0,03		-0,02	
	7 község – 346 – 701	96	0,08		0,04	
	8 község – 345 alatt	44	0,16		0,18	
				0,21		0,16
	Multiple R Squared					0,125
Multiple R						0,353

nőgyógyászati szűrés						
Grand Mean =	0,65					Adjusted for
				Unadjusted		Independents
Variable	Category	N	Dev'n	Eta	Dev'n	Beta
CIGEQCL1						
	1 szinte semleges	189	0,01		0,01	
	2 rokonszenvező	102	0		0	
	3 erős cigányellenes	61	-0,05		-0,04	
	4 cigányellenes	90	-0,07		-0,09	
	5 erős elfogadás	94	-0,03		0	
	6 nem diszkrimináló	80	0,13		0,09	
				0,12		0,1
ISKRTG						
	1 befejezetlen ált. isk.	223	-0,21		-0,21	
	2 ált. isk.	217	0,08		0,07	
	3 szakmunkás	91	0,25		0,24	
	4 érettségizett	74	0,1		0,11	
	5 felsőfokú	11	0,03		0,16	
				0,35		0,35
TELSOR						
	1 Budapest	39	-0,02		-0,14	
	2 megyei jogú város	46	-0,04		-0,07	
	3 város	122	-0,07		-0,04	
	4 község – 2848 felett	141	0,06		0,07	
	5 község – 1333 – 2847	130	0,01		0,04	
	6 község – 702 – 1332	85	0,02		0,01	
	7 község – 346 – 701	31	0		-0,04	
	8 község – 345 alatt	23	-0,04		-0,06	
				0,1		0,13
	Multiple R Squared					0,145
Multiple R						0,381

emlőrák szűrés						
Grand Mean =	0,36					Adjusted for
				Unadjusted		Independents
Variable	Category	N	Dev'n	Eta	Dev'n	Beta
CIGEQCL1						
	1 szinte semleges	189	0,07		0,08	
	2 rokonszenvező	102	-0,06		-0,06	
	3 erős cigányellenes	61	-0,09		-0,1	
	4 cigányellenes	89	-0,11		-0,12	
	5 erős elfogadás	94	0		0,02	
	6 nem diszkrimináló	80	0,11		0,08	
				0,16		0,17
ISKRTG						
	1 befejezetlen ált. is	223	-0,11		-0,11	
	2 ált. isk.	216	0		0	
	3 szakmunkás	91	0,2		0,18	
	4 érettségizett	74	0,04		0,05	
	5 felsőfokú	11	0,32		0,41	
				0,24		0,23
TELSOR						
	1 Budapest	39	0,08		-0,04	
	2 megyei jogú város	46	0,05		0,02	
	3 város	120	-0,14		-0,12	
	4 község – 2848 felett	141	0,08		0,09	
	5 község – 1333 – 2847	130	-0,08		-0,05	
	6 község – 702 – 1332	85	0,05		0,07	
	7 község – 346 – 701	31	0,08		0,03	
	8 község – 345 alatt	23	0,11		0,07	
				0,19		0,17
Multiple R Squared						0,109
Multiple R						0,331

¹³ ANOVA - időskorúak járadéka

Változók	Adjusted for Independents		Multiple R Squared
	Dev'n	Beta	
jövedelmi tized			
3500 Ft-ig	0,73		
3500–9400	0,73		
9400–12000	0,32		
12000–16000	0,42		
16000–20000	0,52	0,82	0,68
kapcsolatsűrűség			
1 kapcsolati vákuum	0,13		
2 gyenge háló	0,03		
3 közepes háló	-0,21		
4 erős háló	-0,17		
5 extra erős háló	-0,07	0,30	0,09

¹⁴ ANOVA rendszeres szoc. segély

Változók	Adjusted for Independents		Multiple R Squared
	Dev'n	Beta	
3500 Ft-ig	0,34		
3500–9400	0,21		
9400–12000	0,18		
12000–16000	0,06		
16000–20000	-0,08		
20000–23000	-0,15	0,500	0,251
1 befejezetlen ált. is	0,10		
2 ált. isk.	0,03		
3 szakmunkás	-0,11		
4 érettségizett	-0,08		
5 felsőfokú	-0,15	0,230	0,052

1 csak tanul	-0,15		
2 aktív dolgozó	-0,15		
3 munkanélküli	-0,02		
4 gyes, gyed, segítő	0,47		
5 nyugdíjas	-0,15		
6 rokkantnyugdíjas	-0,08	0,560	0,319

1 nem szegregált	-0,08		
2 szegregált	0,02		
3 gettó	0,14	0,250	0,065

¹⁵ ANOVA - lakásfenntartási támogatás

Adjusted for Independents			
	Dev'n	Beta	Multiple R Squared
3500 Ft-ig	0,53		
3500–9400	0,26		
9400–12000	0,06		
12000–16000	0,09		
16000–20000	-0,17		
20000–23000	-0,10		
23000–30000	-0,23		
30000–39000	-0,20		
39000–50000	-0,24		
50000 felett	-0,20	0,560	0,309
1 befejezetlen ált. is	0,06		
2 ált. isk.	0,01		
3 szakmunkás	-0,06		
4 érettségizett	-0,17		
5 felsőfokú	-0,20	0,150	0,023
1 csak tanul	-0,27		
2 aktív dolgozó	-0,16		
3 munkanélküli	0,09		
4 gyes, gyed, segítő	0,10		
5 nyugdíjas	-0,10		
6 rokkantnyugdíjas	0,02	0,250	0,061
nem szegregált	-0,07		
szegregált	0,06		
gettó	0,10	0,170	0,030

	Adjusted for		
	Independents		
	Dev'n	Beta	Multiple R Squared
3500 Ft-ig	0,48		
3500–9400	0,39		
9400–12000	0,44		
12000–16000	0,44		
16000–20000	0,15		
20000–23000	0,31	0,810	0,652
1 csak tanul	-0,06		
2 aktív dolgozó	-0,21		
3 munkanélküli	0,13		
4 gyes, gyed, segítő	0,28		
5 nyugdíjas	-0,41		
6 rokkantnyugdíjas	-0,16	0,390	0,153
1 nem szegregált	-0,10		
2 szegregált	0,07		
3 gettó	0,16	0,240	0,059
háziiorvosi szint			
1 erős elfogadás	0,06		
2 erős cigányellenes	0,14		
3 cigányellenes	-0,02		
4 nem diszkrimináló	0,02		
5 negatív affekt, nem	-0,14		
6 diszkrimináló	-0,05	0,130	0,017

¹⁷ ANOVA - egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság

	Adjusted for Independents		
	Dev'n	Beta	Multiple R Squared
3500 Ft-ig	0,44		
3500–9400	0,44		
9400–12000	0,35		
12000–16000	0,38		
16000–20000	0,32		
20000–23000	-0,05		
23000–30000	-0,45	0,810	0,662
1 befejezetlen ált. is	0,11		
2 ált. isk.	0,13		
3 szakmunkás	-0,19		
4 érettségizett	-0,28		
5 felsőfokú	-0,48	0,340	0,118
1 csak tanul	-0,14		
2 aktív dolgozó	-0,24		
3 munkanélküli	0,10		
4 gyés, gyed, segítő	0,29		
5 nyugdíjas	-0,20		
6 rokkantnyugdíjas	0,03	0,370	0,133
1 nem szegregált	-0,12		
2 szegregált	0,06		
3 gettó	0,19	0,270	0,073

¹⁸ ANOVA - kiegészítő családi pótlék

	Adjusted for Independents			Multiple R Squared
	Dev'n	Beta		
3500 Ft-ig	0,16			
3500–9400	0,18			
9400–12000	0,10			
12000–16000	0,08			
16000–20000	-0,05			
20000–23000	0,01	0,390		0,152

¹⁹ Az egyes csoportokkal kapcsolatos érzelmi távolság faktorai.
(A magyarázott variancia 59,5 %)

	fact1	fact2	fact3	fact4	fact5	fact6
arabok	0,1998	0,0031	0,6732	-0,0532	0,2377	0,1438
lengyelek	0,0229	0,2551	0,7239	0,0633	-0,0105	-0,0791
kínaiak	0,1277	-0,0555	0,6264	0,3400	0,0276	0,1213
oroszek	-0,0045	0,2575	0,6151	0,1442	-0,1285	0,0140
cigányok	-0,2546	0,1576	0,0510	0,0026	0,0077	0,7486
kábítószerfogyasztók	0,8251	0,0099	0,0633	0,0058	0,0223	-0,0208
feketék	0,2068	0,0150	0,1155	0,4157	0,1212	0,6122
romániai románok	0,0758	0,1139	0,0566	0,7617	-0,0005	0,1532
szlovákok	-0,0096	0,2107	0,1516	0,7307	0,0371	-0,2096
amerikaiak	-0,0178	0,0282	0,1168	0,5970	0,1146	0,1434
homoszexuális férfiak	0,8345	0,0264	0,1082	0,0393	0,0727	-0,0065
alkoholisták	0,7799	-0,0013	0,0918	-0,0115	0,0632	-0,1190
magyarországi magyarok	0,0367	0,3430	-0,0378	0,2464	0,4539	-0,1039
hajléktalanok	0,1305	0,2109	0,0403	0,0756	0,8061	-0,0781
állami gondozottak	-0,2064	0,0353	0,0585	0,0020	0,7009	0,3181
osztrákok	-0,0155	0,5657	0,3197	0,1438	0,0582	-0,2453
homoszexuális nők	0,6889	0,2870	0,0078	0,0967	-0,2451	0,0319
romániai magyarok	0,0714	0,7096	0,0140	0,2001	0,1308	0,1585
menekültek	0,1576	0,6841	0,1013	0,0443	0,2869	0,1049
zsidók	0,0226	0,7738	0,1743	0,0056	0,0163	0,0891

Cigányellenes attitűdök

²⁰ Lásd pl. Werner Bergmann, Rainer Erb: Antisemitismus in der Bundesrepublik Deutschland; 1991; Werner Bergmann (szerk.): Error without Trial. Psychological research on antisemitism. 1988. Kovács András: A különbség köztünk van. Bp., Cserépfalvi, 1997.

²¹ A kutatás előkészítéseként a SOTE hallgatói körében, 2003 tavaszán, közel száz fős kis mintán felvételre került egy próbakérdőív, amely a cigányellenes attitűdök vizsgálatára alkalmas mérőeszköz-részlet ellenőrzésére volt hivatott.

²² *Az attitűdvizsgálat során a hibahatár megoszlások szerinti különbségei*

%-os megoszlás	5-95	10-90	15-85	20-80	25-75	30-70	35-65	40-60	45-55	50-50	átlag
hibahatár	1,0%	1,4%	1,7%	1,8%	2,0%	2,1%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%	1,9%

²³ Pl. H.J. Ehrlich: The Social Psychology of Prejudice. Wiley, New York 1973.

²⁴ A cigányok:...

1. Nem képesek úgy dolgozni, ahogy elvárható lenne
2. Összeférhetetlenek
3. Pizkosak, nem mosakszanak eleget
4. Nem tudnak beilleszkedni a társadalomba
5. A kelleténél több gyermeket nemzenek
6. Megbízhatatlanok, nem mondanak igazat
7. Saját maguk tehetnek arról, ha mások ellenérvéssel viseltetnek irántuk
8. Túlságosan hangosak
9. Kiszámíthatatlanok, veszélyesek
10. Van bennük bűnöző hajlam
11. Szegénységükről saját maguk tehetnek

²⁵

1. A cigányokkal kicsit mindig óvatosnak kell lenni
2. Több a feszültség egy olyan házasságban, ahol az egyik fél cigány
3. Több a feszültség egy olyan munkahelyen, ahol cigányok is dolgoznak
4. Problémát jelent, ha cigányok laknak a szomszédban
5. Problémát jelentene cigánnyal együtt lakni
6. Jobb, ha az embernek nincs sok dolga cigánnyal
7. Problémát jelentene cigánnyal barátkozni
8. Problémát jelentene cigánnyal összeházasodni

1. Ma Magyarországon a cigányok nagy problémát okoznak a többségnek
2. Terjeszthessék szabadon nézeteiket azok, akik orlatoznak a cigányok szerepét a közéletben
3. Terjeszthessék szabadon nézeteiket azok, akik rendszeresen cigányellenes kijelentéseket tesznek
4. Terjeszthessék szabadon nézeteiket azok, akik erőszakos fellépésre szólítanak fel cigányok ellen
5. Jobb ha egyáltalán nincs cigányoknak befolyásuk az ország sorsának irányítására
6. Ösztönözni kellene a cigányok kivándorlását az országból
7. Ösztönözni kellene, hogy a cigányoknak kevesebb gyerekük legyen
8. Ösztönözni kellene, hogy a cigányok elkülönülten lakjanak

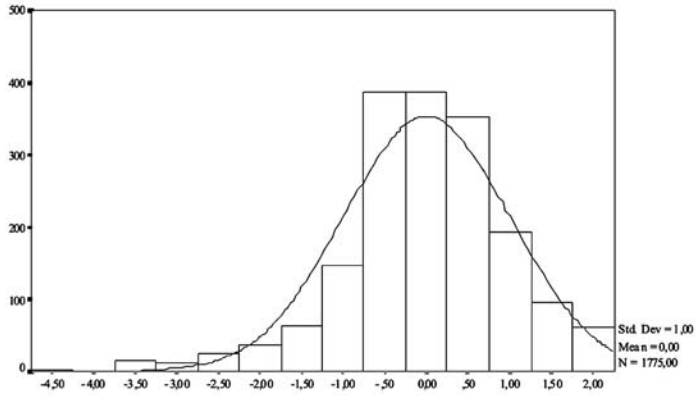
²⁷ A skálák függetlenségét faktoranalízissel vizsgáltuk. A három skálához tartozó itemek három faktorba rendeződtek, faktoronként az egyes skálákhoz rendelt kijelentésekkel (a magyarázott variancia 70 % feletti).

²⁸ Az egyes skálákhoz tartozó változók belső konzisztenciáját főkomponens elemzéssel, illetve a Cronbach alfa mutatóval ellenőriztük. Az eredmények a következőképp alakultak:

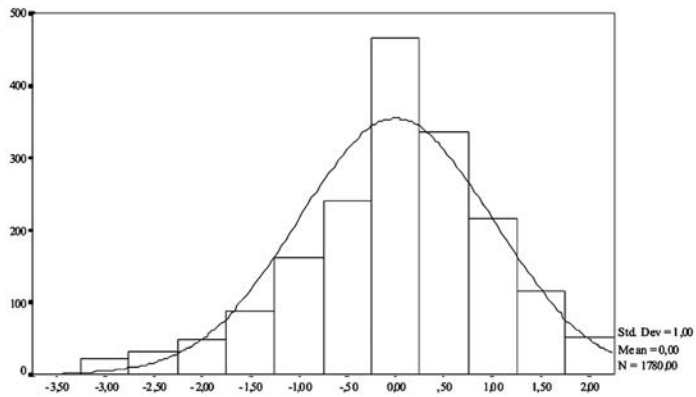
Sztereotipizálás itemek	Factor	Sajátérték	Var. %	Cronbach alfa
	0,76154	5,73673	52,2	0,9071
	0,79046			
	0,70134			
	0,74023			
	0,76058			
	0,78716			
	0,73164			
	0,70415			
	0,80397			
	0,78010			
	0,68604			
Érzelmi távolság itemek	Factor	Sajátérték	Var. %	Cronbach alfa
	0,73876	4,40425	55,1	0,8811
	0,76765			
	0,78518			
	0,80401			
	0,88014			
	0,80214			
	0,62612			
	0,77452			

A diszkriminációt mérő itemek közül kettő ugyan a főkomponensen kívül helyezkedik el (a cigányok nagy problémát okoznak, ösztönözni kellene, hogy kevesebb gyermekük legyen), azonban skálaként konzisztens csoportot alkot a nyolc item, mint azt az alfa mutatóból látjuk.

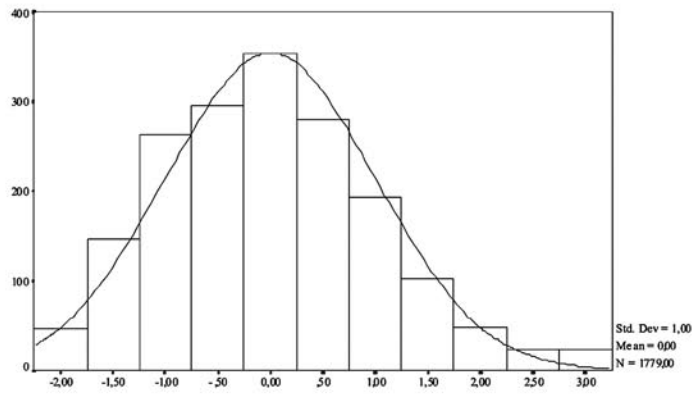
Diszkrimináció itemek	fact1	fact2	Sajátérték	Var. %	Halmozott %	Cronbach alfa
	0,38488	0,67179	4,27269	53,4	53,4	0,8693
	0,81183	-0,29708	1,12047	14,0	67,4	
	0,78683	-0,43549				
	0,66676	-0,50559				
	0,76297	0,10389				
	0,82506	0,12046				
	0,52596	0,52070				
	0,77754	0,26991				



Zscore: sztereotipizálási skála



Zscore: affektív távolság skála



Zscore: diszkrimináció skála

³⁰ Ún. K-means clustert alkalmaztunk, eredmény-visszatáplálásos módszerrel, annak érdekében, hogy a végső clusterközéppontok értéke zéró legyen.

³¹ Lásd pl.: LADÁNYI János, SZELÉNYI Iván, Ki a cigány ?, Kritika, 1997/2; LADÁNYI János, SZELÉNYI Iván, Az etnikai besorolás objektivitásáról, Kritika, 1998/3.

³² A háziorvosok, illetve a védőnők mintájának leírását lásd a megfelelő fejezetek elején. Az orvostanhallgatók mintája a következő: az ország négy orvosképző egyetemén azokat a hallgatókat tekintettük a minta alapjába tartozóknak, akik egyrészt magyar állampolgárok (a nem magyar állampolgár orvostanhallgatók cigányellenessége definitíve nem kutatásunk tárgya); másrészt az egyetem elvégzése után várhatóan az alapellátás részesei lehetnek (tehát nem tekintettük a mintába tartozónak a fogorvosi képzésben résztvevőket). Továbbá az általános orvosi karok hallgatói közül azokat, akik körében a lemorzsolódás még magas mértékű, ugyancsak nem tekintettük az orvosi utánpótlás stabil résztvevőinek. Ezek után a 4. és 5. éves hallgatók köre a vizsgálat alapsokasága (a 6. éves hallgatók már gyakorlatilag alig tartózkodnak az egyetem falai között).

A négy orvosképző egyetem 4. és 5. évfolyamos hallgatóinak összlétszáma a következő: Budapest: 269; Debrecen: 293; Pécs: 269; Szeged: 277; összesen tehát 1108 hallgató.

A hallgatóktól kérdezőbiztosok segítségével vettük fel az adatokat, csoportos, ellenőrzött körülmények között. Összesen 740 értékelhető kérdőívhez jutottunk, a kérdőívek megoszlása megfelel az egyes egyetemeken és évfolyamokon tanulók eredeti arányának.

Ezek után azok az adatok, amelyek az orvostanhallgatók mintájára, mint önálló sokaságra vonatkoznak, 95 %-s megbízhatósági szint mellett átlagosan $\pm 2,98$ %-os hibahatárral érvényesek.

³³ A három latencia kérdést faktorelemeztük: egyetlen főkomponensben helyezkednek el, a faktorsúlyok magas értéket mutatnak, a magyarázott variancia igen magas értékű.

	faktorsúly	Sajátérték	Var. %
Kérdés 1.	0,89829	2,31249	77,1
Kérdés 2.	0,86232		
Kérdés 3.	0,87291		

³⁴ Az alábbi táblázat az egyes antiromanista csoportba tartozásnak a latencia indexre mért hatását tükröző béta együtthatókat tartalmazza (lépésenkénti regresszió). Az eljárás során az a latencia index változóját dummy változókká alakítottuk.

	0 állítás igaz	1 állítás igaz	2 állítás igaz	3 állítás igaz
cigányellenességet elutasító	0,14731	0,18122	-0,02793	-0,24880
nem cigányellenes	0,16980	0,24584	0,02630	-0,35594
nem diszkrimináló	0,13905	0,13079	0,08255	-0,31081
cigányellenességre hajlamos	0,05070	0,08708	0,03393	0,13699
erősen cigányellenes	-0,09994	-0,12698	-0,02726	0,22134

A béta együtthatók értékei bizonyítják az alapelv helyességét, mely szerint a három kijelentés együttes választása vs. csak egy kijelentés (vagy egy sem) választása a vízválasztó (két kijelentés választásánál a béta értékek közel nullával egyenlők). A cigányellenesség elutasítása, illetve a cigányellenesség hiánya, valamint a nem diszkrimináló kategóriába tartozás erősen magyarázza a 0 vagy 1 állítással való egyetértést, ezzel szemben a cigányellenességre való hajlam, vagy az erős cigányellenesség erősen magyarázza a 3 kijelentéssel való egyetértést.

³⁵ A latencia index összefüggése a cigányellenes attitűdökkel – foglalkozási csoportonként (súlyozott értékek).

házi orvosok	0 állítás igaz	1 állítás igaz	2 állítás igaz	3 állítás igaz	nem tudja, egyikre sem	Indexpont értéke
cigányellenességet elutasító	21,3	30,2	43,2		5,3	117
nem cigányellenes	13,3	36,3	33,3	14,7	2,4	147
nem diszkrimináló	11,6	17,8	45,1	25,5		185
cigányellenességre hajlamos	0,9	18,6	39,2	41,4		221
erősen cigányellenes	2,6	28,3	33,3	35,7		202

védőnők	0 állítás igaz	1 állítás igaz	2 állítás igaz	3 állítás igaz	nem tudja, egyikre sem	Indexpont értéke
cigányellenességet elutasító	28,5	38,4	25,1	8,0		113
nem cigányellenes	13,6	29,7	38,5	17,4	0,8	159
nem diszkrimináló	10,0	28,2	38,6	22,7	0,5	174
cigányellenességre hajlamos	8,9	18,2	40,7	31,1	1,1	193
erősen cigányellenes	1,0	7,7	42,3	48,9		239

orvostanhallgatók	0 állítás igaz	1 állítás igaz	2 állítás igaz	3 állítás igaz	nem tudja, egyikre sem	Indexpont értéke
cigányellenességet elutasító	33,3	52,4	14,3			81
nem cigányellenes	23,6	38,6	28,6	9,3		124
nem diszkrimináló	18,5	22,8	42,9	15,9		156
cigányellenességre hajlamos	9,0	24,2	31,6	35,2		193
erősen cigányellenes	4,9	12,7	30,3	51,4	0,7	228

A cigányellenességhez kapcsolódó attitűdök

³⁶ A xenofóbia mérése és típusai.

A xenofóbia mérése során a kérdezetteknek a következő csoportokkal kapcsolatban kellett megítélniük (öt fokú skálán), hogy milyen mértékben tartják őket rokon- vagy ellen-szenvesnek: arabok, lengyelek, kínaiak, oroszok, afrikai feketék, romániai románok, amerikai feketék, szlovákok, amerikaiak, magyarországi magyarok, osztrákok, romániai magyarok, zsidók.

	fac1	fac2	fac3	fac4
arabok	0,02834	-0,07582	0,56018	0,29069
lengyelek	0,72543	-0,04634	0,29001	0,01353
kínaiak	0,04837	0,12564	0,69007	0,14623
oroszok	0,19118	0,17809	0,69570	0,04556
afrikai feketék	0,15500	0,05024	0,22696	0,87143
romániai románok	-0,26879	0,40740	0,51578	-0,02185
amerikai feketék	0,08989	0,30327	0,14382	0,84311
szlovákok	0,09329	0,71253	0,22423	0,05439
amerikaiak	0,02043	0,78917	-0,04823	0,09512
magyarországi magyarok	0,75017	0,18043	-0,11918	0,06165
osztrákok	0,54759	0,47692	-0,04342	0,08513
romániai magyarok	0,75407	-0,05767	0,08048	0,14842
zsidók	0,06150	0,51950	0,28285	0,22228

Az első csoportba tartozókat „barát, szomszéd, rokon” névvel illettük, a másodiknak a „markáns identitású idegenek”, a harmadiknak az „idegenek”, míg a negyedik, legszűkebb csoportnak a „feketék” elnevezést adtuk.

A négy faktor által magyarázott variancia, illetve a sajátértékek a következők.

Sajátérték	Var. %	Halmozott %
3,43566	26,4	26,4
1,81240	13,9	40,4
1,32571	10,2	50,6
1,04505	8	58,6

Az elemzés következő lépéseként clusteranalízist végeztünk azokkal az itemekkel, amelyek valamelyik „idegen” csoporthoz tartoznak, az értelmezés a faktoregyütthatók átlagainak az egyes clusterek szerinti ingadozásán alapul. A clustercsoportok kialakítása során azokat, akik egyik kérdésre sem válaszoltak, kihagytuk, az egy-egy kérdésre nem válaszolóknál a válaszhiányt „középre” kódoltuk.

Az etnikai előítéletesség clusterai a faktoregyüttható átlagokon

clusterek	markáns identitásúak	idegenek	feketék
nem xenofób	-0,01513	0,19346	-0,34271
xenofób	0,48700	-1,05618	-0,20284
elfogadó	1,26604	0,95483	1,16810
erős xenofób	-1,37626	-1,19266	-0,29235
antikozmopolita	-1,13036	0,44288	0,88661

Az etnikai előítéletesség szempontjából öt markáns csoport különíthető el.

- Nem xenofóbnak nevezzük azt a clustert, amely legalább két idegen csoporttal kapcsolatban az átlag közeli távolságtartást mutat.
- Xenofóbnak nevezzük azt a clustert, amely legalább az egyik idegen csoporttal szemben komoly mértékű, egy másik idegen csoporttal szemben pedig valamilyen negatív mértékű distanciát mutat.
- Elfogadónak neveztük azt a clustert, amely mindhárom idegennek tekintett csoportot elfogadja.
- Erős xenofóbnak neveztük azt a clustert, amelynek tagjai mindhárom idegen csoporttal kapcsolatban erős negatív viszonyt mutatnak.
- Végül antikozmopolitának nevezzük azt a clustert, melynek tagjai egyrészt elfogadják az idegenek és a feketék csoportját, azonban az erős identitásúnak nevezett csoport tagjaival (amerikaiak, szlovákok, zsidók) szemben kifejezett ellenszenvet táplálnak.

Az egyes clusterbe tartozók arányait az alábbi táblázat mutatja (%)

	átlag	házi orvos	védőnő	diák
nem xenofób	53,0	59,3	66,1	36,4
xenofób	17,5	17,3	16,9	17,5
elfogadó	11,4	15,0	10,2	13,4
erős xenofób	6,5	2,8	1,9	12,6
antikozmopolita	11,6	5,6	4,9	20,1

Anélkül, hogy ehelyütt elemeznénk az egyes foglalkozási csoportok különbségeit, érdemes kiemelni, hogy a szakmájukat gyakorlók között a nem xenofókok aránya az átlaghoz képes magas, egyúttal a diákok között az erős xenofókoké, illetve az antikozmopolitának nevezett cluster tagjaié kiemelkedően magas.

Mint láttuk, az erős cigányellenességgel jellemezhetőek között az orvostanhallgatók aránya a teljes átlag, illetve a házi orvosok és védőnők arányának a duplája. Mivel az orvostanhallgatók között az erős xenofókok aránya a másik két foglalkozási csoport arányainak 4,5–5-szöröse, valószínűnek tarthatjuk, hogy az erős cigányellenességet magyarázó xenofóbia hatásában az orvostanhallgatóknak jelentős szerepük van. Ezt a

gyanút némiképp megerősíti a lineáris regresszióval végzett elemzés is: míg a házi orvosok és a védőnők esetében az erős cigányellenességet magyarázó erős xenofóbia beta értéke 0,23, addig az orvostanhallgatók esetében ez az érték 0,25.

³⁷ Az intolerancia mérése és típusai. A mérés során a kérdezetteknek különböző, eltérő okból és mértékben anomias csoportokat kellett skálázottan megítélniük. A csoportok a következők: kábítószeresek, alkoholisták, deviánsok, homoszexuális férfiak, illetve nők, hajléktalanok, menekültek, állami gondozottak.

Az elemzés első lépéseként faktorelemeztük a válaszokat (az eseti válaszhányókat „középre” kódolva’).

	fact1	fact2
kábítószeresek	0,75069	0,11674
deviánsok	0,63856	0,09558
homoszexuális férfiak	0,75381	0,05046
alkoholisták	0,69545	0,14945
hajléktalanok	0,20371	0,74025
állami gondozottak	-0,09158	0,78591
homoszexuális nők	0,78825	-0,05201
menekültek	0,12578	0,72530

	Sajátérték	Var. %	Halmazott %
	2,86682	35,8	35,8
	1,58544	19,8	55,7

Két faktor alakult ki, amelyeket a következőképp neveztünk el: pszichoszociális szempontból, illetve szociális-gazdasági szempontból anomiasok / kiszolgáltatottak. A következő lépésben clusterezttük a válaszok adatait.

clusterek	pszichoszociális anomia	szoc.-gazd. anomia
enyhe szoc.-gazd. intoleráns	-0,0244	-0,3798
ambivalens	0,9477	-0,3370
erős elfogadó	0,9766	1,5526
tradicionális intoleráns	-1,4897	-0,1472
enyhe pszichoszoc. intoleráns	-0,3455	0,2523

A clusterek definíciója a következőképp alakult:

- Enyhe szoc.-gazd. intoleránsnak neveztük azon cluster tagjait, akik enyhe ellenszenvüket fejezik ki a hajléktalanokkal, állami gondozottakkal és menekültekkel kapcsolatban, a másik csoport tagjai számukra közömbösek. Noha az ellenszenv mértéke csak közepes, azért nevezzük e cluster tagjait enyhén intoleránsnak, mert mindahányan segítő szakmát gyakorolnak, avagy ilyen szakmát tanulnak valamelyik orvosegyetemen, társadalmi funkciójuk és hivatásuk etosza szerint nem kellene, hogy ellenszenvvel viseltessenek a kiszolgáltatottak felé. (Ugyanezen oknál fogva nevezzük az ötödik cluster tagjait is enyhén intoleránsnak).
- Ambivalensnek azon cluster tagjait nevezzük, akik egyrészt elfogadják a pszichoszociális szempontból kiszolgáltatottakat, ugyanakkor ellenszenvvel viseltetnek a szociális-gazdasági értelemben kiszolgáltatottak felé.
- Erős elfogadónak azokat nevezzük, akik mindkét kiszolgáltatott csoportot elfogadják.
- A tradicionális intoleránsnak nevezett cluster tagjai mindkét csoport iránt ellenszenvvel viseltetnek. Azért neveztük ezt a cluster tradicionálisnak, mert a pszichoszociális szempontból kiszolgáltatottak között a homoszexuálisok iránti ellenszenv dominál (lásd a faktorsúlyok táblázatát).
- A pszichoszociális szempontból kiszolgáltatottak iránt enyhén intoleráns cluster elnevezésének elve alapján kapta a nevét.

Az egyes clusterbe tartozók arányait az alábbi táblázat mutatja (%)

	átlag	házi orvos	védőnő	diák
enyhe szoc.-gazd. intol.	23,8	22,2	24,3	25,5
ambivalens	27,2	23,4	18,7	35,0
erős elfogadó	10,4	12,0	12,2	9,5
tradic. i ntol.	19,3	19,9	24,7	13,8
enyhe pszichoszoc. intol	19,3	22,5	20,1	16,3

Két momentumra hívnánk fel a figyelmet. Egyrészt a foglalkozásukat gyakorló csoportok tagjai körében az elfogadók aránya magasabb, mint az orvostanhallgatóknál, ezzel párhuzamosan ez utóbbi csoport tagjai körében az ambivalensek aránya (akik tehát a szociális és gazdasági szempontból kiszolgáltatottak iránt táplálnak ellenszenvet) kiemelkedően magasabb, mint a házi orvosoknál és védőnőknél.

³⁸ Az értékonzervativizmus mérése és típusai

Az értékonzervativizmus éppúgy attitűddimenzió, mint a xenofóbia, vagy az intolerancia, tehát álláspontunk szerint semmi köze politikai preferenciához, vagy pártálláshoz. Ezt annál inkább igazolva látjuk, mert egy publikációs előkészítés alatt álló vizsgálatunkban, amelyet 2002–2003-ban a fiatal felnőtt népesség reprezentatív mintáján végeztünk, megállapítottuk, hogy a hasonló elvek alapján mért értékonzervativizmus az egymástól gyökeresen eltérő politikai preferenciával rendelkezőknél egyaránt előfordulhat.

A kérdőívben olyan – társadalmi értékekre, illetve társadalomszabályozási elvekre vonatkozó – állításokat fogalmaztunk meg, amelyeket az értékek szempontjából konzervatív, illetve konzervatívizmussal nem jellemezhető emberek eltérően ítélnék meg az eddigi kutatások alapján.

Megkértük a vizsgálat alanyait, hogy skálázottan helyezték el magukat; milyen mértékben tartoznak vagy nem tartoznak azon emberek táborába, akik a felsorolt értékeket és elveket magukénak vallják. Az állítások a következők voltak: olyan csoportba tartozónak tekinti-e magát (az „egyáltalán nem”-től a „teljes mértékben”-ig), amely csoport tagja a szigorú abortusz szabályozás híve; erősen hazafias; a kábítószerbüntetés híve; az EU-tagság ellenzője; a rend és stabilitás híve; korlátozná a menekültek befogadását; konzervatív gondolkodású; ellenzi a halálbüntetés ; eltörlését; helyteleníti a katonai szolgálat megtagadását. (Feltettünk egy tizenegyedik, a privatizáció korlátozására vonatkozó kérdést is, de a faktorelemzés kimutatta az item „kakukktójás” mi-voltát).

Az elemzés első lépéseként faktorelemztük a válaszokat (az eseti válaszhiányokat „középre” kódolva, a teljes válaszmegtagadókat kihagyva az elemzésből).

	fac1	fac2	fac3
a szigorú abortuszsabályozás híve	0,76383	0,03861	-0,03342
erősen hazafias	0,68627	0,03848	0,15875
a kábítószer- büntetés híve	0,46523	0,30278	0,30176
az EU-tagság ellenzője	0,12687	0,76706	-0,09058
a rend és stabilitás híve	0,36167	0,02334	0,40552
korlátozná a menekültek befogadását	-0,12594	0,63648	0,44907
konzervatív gondolkodású	0,49560	0,50660	-0,10650
ellenzi a halálbüntetés eltörlését	-0,10204	0,04036	0,70638
helyteleníti a katonai szolgálat megtagadását	0,25086	-0,03499	0,54260

Factor	Sajátérték	Var. %	Halmazott %
1	2,2366	24,9	24,9
2	1,14519	12,7	37,6
3	1,01536	11,3	48,9

A három faktorcsoport a következő elnevezést kapta: retorzív, izolacionista, rendpárti. A további lépésben clusterezési eljárás következett, a stabil faktorközéppontokig eljutva a következő osztályozás alakult ki.

clusterek	retorzív	izolacionista	rendpárti
vallásos tradicionalizmus	1,00096	0,09665	-0,24171
nem értékonzervatív	-0,54251	-0,39666	-0,77960
erős értékonzervatív	0,19901	0,54949	0,33142
antikonzervatív/ liberális	-0,49391	-0,63738	-0,63641
felvilágosult tradicionalizmus	-0,64317	-0,33219	0,69594

Az első cluster azért kapta a vallásos jelzőt, mert lépésenként végzett lineáris regresszióval vizsgálva kiderült, hogy az egyes konzervatívizmus clusterok közül a gyakorló vallásosságnak erre gyakorolt hatása igen magas (beta = 0,35). A vallásosság egyéb hatásait vizsgálva látjuk, hogy a „nem értékonzervatív”-nak, illetve „felvilágosult tradicionalizmus”-nak nevezett clusterok negatív hatása van (beta= - 0,16, illetve -0,20). Az erős értékonzervatívizmus, illetve a vallásosság viszont függetlennek mutatkoznak.

Az egyes clusterbe tartozók arányait az alábbi táblázat mutatja (%)

	átlag	házi orvos	védőnő	diák
vallásos tradicionalizmus	21,6	19,8	24,0	21,0
nem értékonzervatív	20,4	24,3	15,9	21,8
erős értékonzervatív	30,8	20,4	25,2	38,9
antikonzervatív/ liberális	6,0	11,6	8,4	2,3
felvilágosult tradicionalizmus	21,2	23,9	26,4	16,0

Az eddigiekhez híven, az egyes foglalkozási csoportok eltérő arányai közül csak néhányat emelünk ki, arra a két clusterre vonatkoztatva, amely a cigányellenesség, illetve annak elutasítása terén komoly oki tényező. Egyrészt figyelemre méltó jelenség, hogy az orvostanhallgatók között az erős értékonzervatívok aránya – különösen a házi orvosoknál tapasztalható arányhoz képest igen magas (38,9 %). Ezzel párhuzamosan azok aránya a hallgatók között, akik elutasítva az értékonzervatívizmus, liberális szemléletűek, igen alacsony; a házi orvosok hasonló arányának kevesebb mint negyede.

³⁹ A lépésenkénti lineáris regresszió bétája 0,11.

⁴⁰ Beta érték 0,08.

⁴¹ A szubjektív státuszváltozást úgy mértük, hogy megkértük az orvostanhallgatókat, ötfokú skálán jelezzék (a nagyon rossztól a nagyon jóig terjedően), hogy a társadalom egészéhez képest milyen volt a család anyagi helyzete a kérdezett 14 éves korában, jelenleg milyen kortársaihoz képest, illetve milyen lesz a társadalom egészéhez képest arra az életkorra, amelyben szülei most vannak. A három időskálán mért szubjektív helyzet adataiból clusterezéssel öt szubjektív státuszváltozást jellemző cluster alakítottunk ki.

⁴² Beta érték 0,08, illetve 0,11

⁴³ A három időpont szubjektív státuszának görbéje hasonlít a szubjektív mobilitás vizsgálataiból ismert „fordított U alakú görbéhez. Esetükben a cigányellenesség elutasításához fűződő negatív viszony beta értéke – 0,13.

⁴⁴ Euklideszi távolságok módszerével végzett skálázás.

Háziorvosok

⁴⁵ A hibahatár százalékos megoszlások szerinti különbségeit az alábbi táblázat mutatja.

%-os megoszlás	5-95	10-90	15-85	20-80	25-75	30-70	35-65	40-60	45-55	50-50	átlag
hibahatár	2,20%	3,00%	3,60%	4,00%	4,40%	4,60%	4,80%	5,00%	5,00%	5,10%	4,20%

⁴⁶

összes heti ellátási idő réteg	%
20 óráig	34,4
20-40 óra	57,0
40 óra felett	8,6
heti ügyeleti idő az összes településen	%
nem ügyel	21,0
1 – 9 óra	14,5
10-14 óra	20,2
15-24 óra	27,7
24 óra felett	16,6
összes átlagos odautazási idő	%
0-40 perc	10,0
40-60 perc	35,8
60-90 perc	13,0
90-120 perc	21,3
120 perc felett	20,0
havi átlagos betegforgalom az összes településen	%
40-450	20,1
450-775	19,8
775-890	20,0
900-1100	21,6
1100 felett	18,4

⁴⁷ Az orvosokra nehezedő terhelések clusterei – a rétegzett terhelésmutatók standardizált értékeinek átlagain

	településszám	ellátási idő	útidő	ügyeleti idő	betegforgalom
kis betegforg., alacsony terhek	-0,42861	-0,72751	0,5037	-0,76857	-1,04755
átlagos terhek	-0,42861	-0,13489	-0,86144	0,55099	0,07668
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	-0,42861	0,80178	-0,10863	-1,18978	0,07061
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	2,32695	-0,64214	-0,26366	0,75339	-0,20903
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	2,32695	0,86019	-0,48747	0,77468	0,76354
egy településen, de minden teher magas	-0,42861	0,23621	0,85408	0,67862	0,89279

⁴⁸ Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása betegforgalom fő szerint (%)

	40–450	450–775	775–890	900–1100	1100 felett
kis betegforg., alacsony terhek	62,6	24,3	11,9	1,2	
átlagos terhek	10,4	25,8	20,3	31,3	12,2
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	6,7	19,7	33,9	38,1	1,6
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	15,1	43,4	13,5	13,6	14,5
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	2,3		25,4	34,7	37,6
egy településen, de minden teher magas		7,6	17,8	18,2	56,3

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása ellátási idő / hét szerint (%)

	20 óráig	20–40 óra	40 óra felett
kis betegforg., alacsony terhek	69,7	30,3	0,0
átlagos terhek	34,6	64,7	0,7
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	0,0	77,4	22,6
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	64,6	35,4	0,0
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett		73,9	26,1
egy településen, de minden teher magas	24,0	63,5	12,4

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása ügyeleti idő / hét szerint (%)

	nem ügyel	1 —9 óra	10–14 óra	15–24 óra	24 óra felett
kis betegforg., alacsony terhek	41,1	26,8	26,2	5,2	0,7
átlagos terhek		5,5	26,6	49,4	18,6
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	65,6	29,6	4,8		
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	2,7	2,8	18,4	35,1	41,0
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett		3,9	16,8	42,6	36,7
egy településen, de minden teher magas		6,2	19,7	43,3	30,8

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása utazási idő szerint (%)

	0–40 perc	40–60 perc	60–90 perc	90–120 perc	120 p. felett
kis betegforg., alacsony terhek		29,6	5,0	28,6	36,9
átlagos terhek	21,1	66,9	12		
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	4,1	43,7	23,3	14,9	14,1
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	18,6	40,5	10,8	12,2	18,0
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	33,4	25,7	17,6	13,7	9,7
egy településen, de minden teher magas		0,5	14	50,9	34,5

⁴⁹ *Településrang hatása a terhelésvariációkra – lépésenként végzett lineáris regresszió, béta értékek*

	Bp	megyei jogú város	város	község
kis betegforg., alacsony terhek	0,3506	0,2423	-0,2065	-0,2403
átlagos terhek	-0,3201	-0,1378	0,2467	-0,1545
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	0,3642	0,1884	-0,3343	-0,3515
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	-0,1374	-0,1036	0,0000	0,2186
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	-0,1734	-0,1260	0,0000	0,3186
egy településen, de minden teher magas	-0,1704	-0,1042	0,1341	0,1206

*Településméret hatása a terhelésvariációkra
– lépésenként végzett lineáris regresszió, béta értékek*

	1058 fő alatti	1059– 1754 fő közötti	1755– 2730 fő közötti	2731– 6058 fő közötti	6059 fő feletti
kis betegforg., alacsony terhek		-0,1034	-0,1065	-0,1139	0,2234
átlagos terhek					
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő		0,1324		-0,1175	
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	0,2072			0,1142	-0,1640
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	0,1833		0,0895	0,1451	-0,2476
egy településen, de minden teher magas	-0,1056		0,2174		

⁵⁰ Az egyes terhelésvariációt jelentő csoportokba tartozás oka, életkor csoport szerint – lineáris regresszió, béta együtthatók

	27–45	46–52	53–58	59–78
kis betegforg., alacsony terhek	-0,1374	0,0000	0,0000	0,2383
átlagos terhek	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	0,0000	0,0000	0,1300	-0,1653
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	0,0000	0,0000	0,0000	-0,1069
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	0,0000	0,0000	0,0000	-0,1055
egy településen, de minden teher magas	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

⁵¹ Az eljárás során a korcsoport és az adott praxisban töltött évek rétegeinek indexeit standardizáltuk, majd clusterezéssel állapítottuk meg a kor szerinti mobilitási csoportokat.

A kor szerinti mobilitási csoportok átlagos kor és praxis szerinti évei, ezek standard átlagai, illetve %-os eloszlás

mobilitási csoportok	kor átlag	praxisév átlag	zkor	zpraxe	eloszlás %
idős mobil	64	10	1,3357	-0,5653	13,8
idős immobil	63	33	1,2429	2,0422	9,9
középkorú átlagmobil	50	14	-0,2444	-0,1855	34,0
középkorú immobil	54	22	0,2938	0,7931	19,6
fiatal, mobil	41	6	-1,2161	-1,0298	22,7

⁵² A kor szerinti mobilitási csoportok eloszlása korévek között (%)

	27–45	46–52	53–58	59–78
idős mobil			11,1	88,9
idős immobil			10,9	89,1
középkorú átlagmobil	18,8	56,7	24,5	
középkorú immobil		31,8	57,7	10,4
fiatal, mobil	86,4	13,6		

A kor szerinti mobilitási csoportok eloszlása a praxisban töltött évek rétegei szerint (%)

	1–8 éve	9–12 éve	13–15 éve	16–22 éve	23–50 éve
idős mobil	21,9	62,7	12,4	3,0	
idős immobil					100,0
középkorú átlagmobil	3,3	29,2	46,4	21,1	
középkorú immobil				60,4	39,6
fiatal, mobil	68,7	26,2	5,1		

⁵³ *Egyes eszközök rendelkezésre állása a praxisok % -ban*

	van %
gépkocsi	96,1
számítógép	99,7
kislabor	39,3
fizioterápiás eszközök	28,1
vizelet stix	91,8
hordozható EKG	81,9
telefonos online EKG	8,6
otoscop	89,2
szemfenéktükör	42,3
ABPM (automata vérnyomásmérő monitor)	48,6
oscillometer	50,5
doppler	47,6
félautomata defibrillátor	9,9
inhalátor	27,8

⁵⁴ A statikus és a dinamikus fejlettségi indexekről lásd: Dr. Lengyel Imre: A magyar régiók és megyék versenyképességéről. SZTE GTK Regionális Alkalmazott Gazdaságtani Tanszék. 2002.

⁵⁵ *A praxisok felszereltségi szintje – az életkori csoportok hatása (lineáris regresszió, béta értékek)*

	27-45	46-52	53-58	59-78
alacsony	-0,1155	-0,1800	0,1303	0,1839
közepes	0,0000	0,1781	0,0000	0,0000
jó v. nagyon jó	0,1660	0,0000	0,0000	-0,1153

⁵⁶ Erről lásd: Ferge, Tausz, Darvas: Küzdelem a szegénység és társadalmi kirekesztés ellen. I. kötet. ILO, Bp. 2002.

⁵⁷ Elsőként összesen tizenhét betegcsoporttal kapcsolatban adott válaszok adatait faktorizáltuk. Az alacsony faktorsúlyú csoportok elhagyása után végül is tizennégy csoportból alakult ki a négy faktor. A faktorsúlyok magas értéket mutatnak, az összes megmagyarázott variancia 65%.

	fact1	fact2	fact3	fact4
Nem, vagy rosszul kooperáló betegek	-0,1088	0,1505	0,0952	0,8078
Szociálisan periférián élők, szegények	0,1015	0,7610	-0,0599	-0,0208
„Élősködő” paciensek	0,5929	0,1231	-0,0932	0,5107
Cigányok	0,1873	0,7023	0,0703	0,0989
Alacsony iskolázottságúak	0,0719	0,7418	0,0944	0,2347
Nagyon idősek	-0,1567	0,4400	0,5950	0,0082
Fegyelmetlen betegek	0,3421	0,0068	0,1314	0,6718
Teátrális viselkedésű betegek	0,6590	0,2242	-0,0424	0,4205
Munkanélküliek	0,1838	0,7148	0,2261	0,0153
Magas iskolázottságúak	0,8073	0,1824	0,2632	-0,0622
Nagyon jómódú betegek	0,8033	0,1358	0,3297	0,0704
Kvalifikált közepes keresetűek	0,5577	0,1517	0,6249	-0,0301
Fiatalok	0,1879	0,1137	0,7700	0,1147
Nagyon elfoglalt betegek	0,1873	-0,0693	0,7725	0,0853

⁵⁸ *Vizsgálati eszközök költségszintjét befolyásoló tényezők – clusterek a betegcsoportok faktoregyütthatóinak átlagain*

	jó érdekérvényesítő	deprivált	korspecifikus
1.: érdekérvényesítő képesség a döntő	0,692	-0,654	-0,139
2.: kora, deprivációja döntő	-0,254	0,446	1,709
3.: alapvetően helyben	-1,523	-0,403	-0,664
4.: elsősorban depriváció a döntő	0,421	1,599	-0,544

⁵⁹ *Betegcsoportok faktorsúlyai a rizikófaktor csökkentési potenciál szempontjából*

	magas státuszúak	veszélyeztetettek	alacsony együttműködési potenciál
Nem, vagy rosszul kooperáló betegek	-0,31284	0,21735	0,68613
Szenvedélybetegek (dohány, alkohol, stb.)	-0,19428	0,52513	0,30664
Szociálisan periférián élők, szegények	-0,00749	0,81737	0,07631
„Élősködő” paciensek	-0,06298	0,62189	0,28240
Cigányok	0,08546	0,85933	-0,06313
Alacsony iskolázottságúak	0,01097	0,80009	0,15795
Fegyelmezetlen betegek	-0,23387	0,34243	0,73299
Teátrális viselkedésű betegek	0,15917	0,06032	0,60620
Magas iskolázottságúak	0,84947	0,08491	-0,01752
Nagyon jómódú betegek	0,83235	-0,14810	-0,03154
Kvalifikált közepes keresetűek	0,77341	-0,05328	0,05019
Nagyon elfoglalt betegek	0,30996	0,02446	0,68260
Szellemi munkát végzők	0,79081	0,01683	0,03259

Az összes magyarázott variancia 61 %, magas érték.

⁶⁰ *A rizikófaktor csökkentési szempontból elkülönülő három fő csoport átlagos faktorsúlyai az egyes vizsgálati költség szintet képviselő clustereken*

	magas státuszúak	veszélyeztetettek	alacsony compliance
1.: érdekérvényesítő képesség a döntő	0,02363	-0,30028	0,09503
2.: kora, rizikófaktor fontos	0,26822	-0,10832	0,25609
3.: alapvetően helyben	-0,07368	0,55838	-0,31590
4.: a depriváció fontos	-0,28186	0,17611	0,11385

⁶¹ A szociálisan deprivált paciensek rizikófaktor csökkentő potenciáljának oksági összefüggése az orvosi preferencia clusterekkel (lépésenként végzett lineáris regresszió, béta együtthatók)

	alacsony	közepe	magas
1.: érdekérvényesítő képesség a döntő	0,1516	0,0000	-0,1950
2.: kora, rizikófaktora fontos	0,0000	0,1310	0,0000
3.: alapvetően helyben	-0,1047	-0,0763	0,1834
4.: a depriváció fontos	0,0000	-0,1019	0,1416

⁶² Faktorcsoportok a felajánlott terápia esetén

	fact1	fact2	fact3
Nem vagy rosszul kooperáló betegek	0,36252	-0,1221	0,63769
Alacsony rizikófaktor-csökkentő viselkedésűek	0,61205	0,13612	0,26872
Szociálisan periférián élők, szegények	0,77036	0,26970	0,09263
„Élősködő” paciensek	0,03162	0,13446	0,67197
Cigányok	0,64172	0,29007	0,26888
Szakmai kihívást nem jelentő betegek	0,61901	0,19579	0,20200
Alacsony iskolázottságúak	0,78234	0,31162	0,21242
Nagyon idősek	0,68685	-0,03056	0,00329
Fegyelmetlenül betegek	0,19885	0,09778	0,79777
Teátrális viselkedésű betegek	0,09100	0,33247	0,69473
Munkanélküliek	0,65933	0,44580	0,09322
Magas iskolázottságúak	0,18374	0,87092	0,15864
Nagyon jómódú betegek	0,04666	0,84493	0,21069
Kvalifikált közepes keresetűek	0,26979	0,87027	0,15526
Fiatalok	0,45296	0,69722	0,08754
Nagyon elfoglalt betegek	0,45471	0,56738	-0,07004

Factor	Sajátérték	Var. %	Halmozott %
1	6,65387	41,6	41,6
2	1,79239	11,2	52,8
3	1,56886	9,8	62,6

⁶³ Az egyes terápiás szintet preferáló orvosok clusterai a betegcsoportok faktorsúlyain

	depriváltak	magas státuszúak	alacsony compliance	%
magas szintű ellátás mindenkinek	1,1149	0,1815	0,4129	32,9
nehéz betegek helyben ellátást	-0,6793	1,2940	-0,4624	21,6
alapvetően mindenkit helyben	-0,0707	-0,9228	-1,1518	23,6
alacsony compliancet hárit	-0,9272	-0,5510	1,0731	22,0

⁶⁴ Az egyes terápia elrendelési clusterokba tartozók eloszlása leterheltségi csoportonként (%)

	magas szintű ellátás mindenkinek	nehéz betegek helyben ellátást	alapvetően mindenkit helyben	alacsony compliancet hárit
kis betegforg., alacsony terhek	37,0	8,8	34,1	20,1
átlagos terhek	41,8	14,2	21,9	22,0
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	18,4	45,4	14,4	21,8
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	17,1	33,4	36,3	13,3
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	22,3	28,7	14,8	34,2
egy településen, de minden teher magas	39,2	18,0	21,2	21,5
átlag	32,9	21,6	23,6	22,0

⁶⁵ A gyógyszerköltségek figyelembevételének gyakoriságára adott válaszok alapján a betegek faktorcsoportjai

	fact1	fact2	fact3
Nem, vagy rosszul kooperáló betegek	0,2677	0,1965	0,8280
Alacsony rizikófaktor-csökkentő viselkedésűek	0,3731	0,2319	0,8031
Szociálisan periférián élők, szegények	0,0176	0,8235	0,2360
Biztosítással nem rendelkezők	-0,0130	0,6410	0,3857
„Élősködő” paciensek	0,4036	0,1127	0,7142
Cigányok	0,2001	0,7226	0,2979
Hajléktalanok	0,0257	0,8655	0,0516
Nagyon idősek	0,3865	0,4620	0,3552
Munkanélküliek	0,1782	0,8316	-0,1162
Magas iskolázottságúak	0,8691	0,1164	0,2729
Nagyon jó módú betegek	0,8779	-0,0659	0,1360
Kvalifikált közepes keresetűek	0,8861	0,0828	0,2214
Fiatalok	0,7734	0,2620	0,2500
Nagyon elfoglalt betegek	0,8604	0,1335	0,2799

Factor	Sajátérték	Var. %	Halmazott %
1	6,49269	46,4	46,4
2	2,68292	19,2	65,5
3	1,11046	7,9	73,5

⁶⁶ A gyógyszerköltségek figyelembevételének clusterei – a három betegcsoport faktor-együtthatóin

Cluster	magas státuszú	depriváltak	alacsony compliance
szoc.érzékeny	-0,1972	0,4435	-1,2561
szoc., pszich. érzékeny	-0,9329	0,3062	0,6515
nem szolidáris	0,0449	-1,9031	-0,0738
mindenkinél figyelembe veszi	1,1785	0,3924	0,5312

⁶⁷ Az utánkövetés gyakorisága szerint kialakult faktorcsoportok

	fact1	fact2	fact3
Nem, vagy rosszul kooperáló betegek	0,0469	0,8355	0,2897
Alacsony rizikófaktor-csökkentő viselkedésűek	0,3144	0,7436	0,3180
Szociálisan periférián élők, szegények	0,3651	0,6329	0,3520
„Élősködő” paciensek	0,4978	0,7723	0,0075
Cigányok	0,3934	0,6008	0,5035
Szakmai kihívást nem jelentő betegek	0,6413	0,5780	0,0522
Alacsony iskolázottságúak	0,5976	0,4984	0,3417
Nagyon idősek	0,2083	0,2058	0,8492
Akik a várható terápia után magas rizikófaktorú környezetbe térnek vissza	0,2363	0,2979	0,8049
Fegyelmetlen betegek	0,2142	0,7444	0,3302
Teátrális viselkedésű betegek	0,5371	0,7241	0,0799
Munkanélküliek	0,6646	0,3137	0,5083
Nehezen megközelíthető helyen élők	0,6999	0,3136	0,4144
Magas iskolázottságúak	0,9284	0,1817	0,1444
Nagyon jómódú betegek	0,9052	0,2528	0,1968
Kvalifikált közepes keresetűek	0,8837	0,2738	0,2440
Fiatalok	0,8352	0,2779	0,2330
Nagyon elfoglalt betegek	0,8419	0,3108	0,2122

Factor	Sajátérték	Var. %	Halmazott %
1	11,44762	63,6	63,6
2	1,77991	9,9	73,5
3	1,16919	6,5	80,0

⁶⁸ Az utánkövetés betegcsoport faktorain végzett clusterezés eredménye

Cluster	széles spektrum	alacsony compliance	kisebb életesélyű
minden esetben	1,2362	0,9598	0,1007
esetfüggő	-0,1645	-0,2584	-1,2939
nehéz betegeket	-0,8524	0,0364	0,5483
csoportszelektív	0,9969	-1,7471	0,8236

⁶⁹ Első körben a felsorolt húsz belgyógyászati betegségcsoport gyakoriságaira adott válaszokat faktorizáltuk. A pajzsmirigy megbetegedései, illetve a diabetes egy önálló, igen kis sajátértékű faktort képezett, míg a vakság és csökkentlátás faktorsúlya roppant alacsonynak bizonyult. A magyarázott variancia értékének emelése végett e három betegségcsoportot kivéve újra elvégeztük a faktorozást, ennek eredményét látjuk az alábbi táblázatban. A magyarázott variancia így már megfelelően magas.

	fact1	fact2	fact3	fact4	fact5
TBC, gümőkór	-0,01817	0,53043	-0,39599	0,21910	0,02010
Rosszindulatú daganatok	0,24883	0,49896	-0,16440	0,22400	0,01227
A vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek	0,17857	0,07644	0,11843	0,82503	-0,06541
- ebből: vashiányos anémia	-0,06504	0,03287	0,04127	0,85183	0,01714
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok	0,09069	-0,02465	0,06108	-0,10438	0,81997
Mentális- és viselkedészavarok (nem organikus vagy psychoaktív szerek okozta)	0,10182	0,21447	-0,05343	0,05854	0,81921
Átmeneti agyi ischaemiás attackok	0,79024	-0,01082	0,08049	0,06991	0,05402
Magasvérnyomás betegségek	0,76530	-0,07888	0,09229	-0,08879	0,09185
Ischaemiás szívbetegségek	0,78622	0,14589	0,12395	0,14222	-0,04354
Cerebrovascularis betegségek	0,85094	0,03757	0,15828	0,01562	0,11252
Idült alsó-légúti betegségek	-0,03638	0,62808	-0,08411	0,05974	0,39772
Asthma	-0,19918	0,67879	0,24881	0,00171	0,16864
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	-0,07984	0,72891	0,31780	-0,00822	0,03992
A máj betegségei	0,16267	0,66529	-0,02074	-0,07815	-0,08085
Deformáló hátgerinc-eltváltozások	0,09074	0,13604	0,86405	0,02974	-0,04740
Spondylopathiák	0,13829	0,08819	0,86790	0,07086	0,04291
A csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei	0,35987	-0,16659	0,66102	0,15038	0,00860

Factor	Sajátérték	Var. %	Halmazott %
1	3,56431	21,0	21,0
2	2,66756	15,7	36,7
3	1,90841	11,2	47,9
4	1,59886	9,4	57,3
5	1,18943	7,0	64,3

⁷⁰ *Clusterek a betegcsoport faktorok együtthatóinak átlagain*

Cluster	szív és érrendszeri	életmód és körülményekből adódó	csontbetegségek	vér, vérképzőrendszeri
relatív tisztánlátó	1,6911	0,4722	0,2513	0,3731
nem érzékeny	-0,0384	-0,7851	0,0256	0,0209
életmód és környezet problémák	-0,9890	0,6394	-0,7407	1,3467
életmód problémák	-0,3487	0,8024	0,1618	-0,8294

Védőnők

⁷¹ *A hibahatár százalékos megoszlások szerinti különbségei*

%-os megoszlás	5-95	10-90	15-85	20-80	25-75	30-70	35-65	40-60	45-55	50-50	átlag
hibahatár	1,62%	2,23%	2,66%	2,98%	3,22%	3,41%	3,56%	3,65%	3,71%	3,73%	3,08%

⁷² *Munkaterhelés clusterok – az ellátott települések és lélekszámok rétegeinek standardizált mutatói alapján*

Munkaterhelés cluster	ellátott település réteg	ellátottak lélekszámrétege
gyenge	-0,4916	-0,8628
közepes	-0,4916	0,8338
magas (telep. szám)	1,9245	-1,1505
magas (ellátottak száma)	1,2091	0,7793
extra magas	2,9097	1,0994

⁷³

továbbképzés óraszám	%
0 – 60 óra	23,1
61 – 100 óra	19,2
101 – 150 óra	21,5
151 – 250 óra	19,1
250 óra felett	17,1

61 – 100 óra	lin regr beta
magas (ellátottak sz.)	0,123
extra magas	0,116

átlagos roma arány	%
1 % -ig	16,5
1 – 2 % között	21,0
2 – 5 % között	13,3
5 – 10,6 % között	15,9
10,6 – 26,4 % között	16,6
26,4 % felett	16,7

⁷⁶ Roma arány – a védőnők körzeteiben, illetve az országos arányok (%)

	átlagos %	max. %	országos reprezentáció %
Budapest	7,9	7,9	1,8
Baranya	15,0	27,4	9,2
Bács-Kiskun	9,0	9,6	3,9
Békés	13,2	19,3	3,4
Borsod-Abaúj-Zemplén	36,2	42,0	15,5
Csongrád	7,2	7,4	2,2
Fejér	5,4	8,5	2,5
Győr-Sopron	5,7	5,8	1,4
Hajdú-Bihar	14,6	17,3	5,9
Heves	30,7	35,3	9,2
Komárom	14,1	14,7	1,9
Nógrád	31,4	36,0	12,1
Pest	9,6	10,4	2,9
Somogy	16,0	20,8	12,1
Szabolcs-Szatmár	24,9	28,9	16,0
Szolnok	14,8	16,5	8,1
Tolna	14,9	15,0	6,4
Vas	5,9	6,6	2,9
Veszprém	10,6	19,0	2,4
Zala	10,9	14,3	6,1

⁷⁷ Az egyes faktorok faktorsúlyai, illetve sajátérték, magyarázott variancia.

Nem romák esetén

terhesgondozás, gyermekágyas- és újszülött gondozás, egyes szolgáltatásai	fact1	fact2	fact3
Felvilágosítás – élettani változásokról	0,5597	0,3025	0,2496
Felvilágosítás – helyes életmódról, higiénéről, egészségi kockázatokról	0,5348	0,2914	0,3211
Felvilágosítás – a magzat fejlődéséről	0,6912	0,1507	0,1758
Felvilágosítás – az újszülött fogadásáról	0,8000	0,0470	0,1264
Felvilágosítás – szoptatásról	0,8279	0,0540	0,0884
Felvilágosítás – tejelválasztás segítése	0,7128	0,1715	0,1871
Felvilágosítás – ajánlott vizsgálatokról	0,5047	0,0624	0,5782
Felvilágosítás – ápolási ismeretek	0,4995	0,2661	0,4653
Felvilágosítás – az anya szükséges szűrővizsgálatairól	0,3695	0,0860	0,6793
Szűrővizsgálatokon való részvétel	0,1006	0,1198	0,8819
Kontrollvizsgálatokon való részvétel	0,1112	0,2247	0,8422
Gondozási, ápolási műveletek segítése	0,3459	0,4781	0,4555
Szoptatás személyes támogatása	0,4949	0,4725	0,1477
Támogatásokhoz való hozzájutás segítése	0,1859	0,7227	0,0779
Válsághelyzet megoldásának segítése	0,1099	0,8664	0,0758
Szociális gondozás, segítségnyújtás	0,0993	0,8742	0,1166
Jogszabályokról való tájékoztatás	0,1126	0,6715	0,2148

Factor	Sajátérték	Var. %	Halmazott %
1	6,89662	40,6	40,6
2	2,00771	11,8	52,4
3	1,47889	8,7	61,1

Romák esetén

terhesgondozás, gyermekágyas- és újszülött gondozás, egyes szolgáltatásai	fact1	fact2	fact3
Felvilágosítás – élettani változásokról	0,68933	0,36833	0,20011
Felvilágosítás – helyes életmódról, higiénéről, egészségi kockázatokról	0,71141	0,41141	0,12175
Felvilágosítás – a magzat fejlődéséről	0,76551	0,27369	0,19760
Felvilágosítás – az újszülött fogadásáról	0,80915	0,27788	0,14775
Felvilágosítás – szoptatásról	0,86036	0,17869	0,17626
Felvilágosítás – tejelválasztás segítése	0,84843	0,23075	0,17250
Felvilágosítás – ajánlott vizsgálatokról	0,57105	0,62031	0,13171
Felvilágosítás – ápolási ismeretek	0,66758	0,49774	0,14658
Felvilágosítás – az anya szükséges szűrővizsgálatairól	0,46000	0,71969	0,14814
Szűrővizsgálatokon való részvétel	0,21609	0,89176	0,13037
Kontrollvizsgálatokon való részvétel	0,29879	0,81987	0,17700
Gondozási, ápolási műveletek segítése	0,61300	0,44788	0,29551
Szoptatás személyes támogatása	0,73381	0,12422	0,26756
Támogatásokhoz való hozzájutás segítése	0,21604	0,03816	0,70497
Válsághelyzet megoldásának segítése	0,12484	0,16097	0,79956
Szociális gondozás, segítségnyújtás	0,09897	0,09011	0,84859
Jogszabályokról való tájékoztatás	0,25932	0,20299	0,69669

Factor	Sajátérték	Var. %	Halmazott %
1	9,0475	53,2	53,2
2	1,85139	10,9	64,1
3	1,19526	7	71,1

⁷⁸ *A cigányokkal kapcsolatos attitűdök lineáris regresszióval mért hatása a roma kliensekkel kapcsolatos percepcióra (beta értékek)*

	felvilágosítás alacsony, szoc. tám. magas	közepes igények, eü. felv. magas
cigányellenességet elutasító	- 0,15	0,16
nem cigányellenes	- 0,07	0,12
nem diszkrimináló		
cigányellenességre hajlamos	0,16	- 0,16
erősen cigányellenes		- 0,09
R négyzet	16 %	11 %

⁷⁹ Az egy évnél idősebb gondozott gyermekek családjai egyes szolgáltatások iránti igényének faktorai – nem romák esetén

	fact1	fact2
Felvilágosítás – a szükséges védőoltásokról	0,09785	0,66511
A szükséges védőoltások igénybevétele	-0,04948	0,75619
Felvilágosítás – a szükséges szűrésekről	0,23746	0,73670
A szükséges szűrések igénybevétele – a gyermek részéről	0,14474	0,73032
A szükséges nőgyógyászati szűrések igénybevétele – az anyák részéről	0,34235	0,57603
Felvilágosítás – a szükséges státuszvizsgálatokról	0,30613	0,71371
A szükséges státuszvizsgálatokon való részvétel	0,21112	0,72552
Kontrollvizsgálatok – a gyermek esetében	0,32947	0,65231
Kontrollvizsgálatok – az anyák esetében	0,39760	0,64026
Felvilágosítás – higiéniai tanácsok, stb.	0,54756	0,44978
Sürgősségi betegápolás	0,68480	0,19016
Támogatásokhoz való hozzájutás segítése	0,74223	0,21009
Válsághelyzet megoldásának segítése	0,86798	0,13504
Szociális gondozás, segítségnyújtás	0,88638	0,10465
Jogszabályokról tájékoztatás	0,73364	0,25093
Szülő-gyermek kapcsolat segítése	0,69489	0,26188
Iskola- és pályaválasztás segítése	0,68809	0,15858

Factor	Sajátérték	Var. %	Halmozott %
1	7,42957	43,7	43,7
2	2,29703	13,5	57,2

⁸⁰ Az egy évnél idősebb gondozott gyermekek családjai egyes szolgáltatások iránti igényének faktorai – romák esetén

	fact1	fact2	Fact3
Felvilágosítás – a szükséges védőoltásokról	0,78447	0,18918	0,08614
A szükséges védőoltások igénybevétele	0,83542	0,04206	-0,14273
Felvilágosítás – a szükséges szűrésekről	0,77406	0,18392	0,31469
A szükséges szűrések igénybevétele – a gyermek részéről	0,79934	0,05200	0,27465
A szükséges nőgyógyászati szűrések igénybevétele – az anyák részéről	0,59970	0,01852	0,47679
Felvilágosítás – a szükséges státuszvizsgálatokról	0,75088	0,20315	0,32385
A szükséges státuszvizsgálatokon való részvétel	0,78059	0,13730	0,21708
Kontrollvizsgálatok – a gyermek esetében	0,71198	0,15788	0,29855
Kontrollvizsgálatok – az anyák esetében	0,57580	0,07133	0,55161
Felvilágosítás – higiéniai tanácsok, stb.	0,50211	0,29836	0,54563
Sürgősségi betegápolás	0,19766	0,48760	0,46879
Támogatásokhoz való hozzájutás segítése	0,18951	0,80796	0,00612
Válsághelyzet megoldásának segítése	0,05811	0,83060	0,22314
Szociális gondozás, segítségnyújtás	0,04071	0,85079	0,20186
Jogszabályokról tájékoztatás	0,18455	0,73884	0,24443
Szülő-gyermek kapcsolat segítése	0,24850	0,30806	0,78521
Iskola- és pályaválasztás segítése	0,14979	0,28080	0,81019

Factor	Sajátérték	Var. %	Halmazott %
1	7,87834	46,3	46,3
2	2,5421	15	61,3
3	1,14591	6,7	68

⁸¹ Nem romák esetén az észlelt igények csoportjai
– urbanizációs rang szerinti eloszlások (%)

	Bp.	megyei jogú város	város	község	átlag
magas szoc. közepes eü. igények	36,2	43,0	42,0	52,5	44,4
egészségügyi nagyon alacsony	37,4	16,8	20,3	10,4	19,7
alacsony szoc., közepes eü.igények	26,4	40,2	37,8	37,1	35,9

⁸² Nem romák esetén az észlelt igények csoportjai – átlagos roma ellátotti arány szerinti eloszlások (%)

	1 % alatt	1 - 2 % között	2 - 5 % között	5 - 10,6 % között	10,6 - 26,4% között	26,4 % felett	átlag
magas szoc. közepes eü. igények	42,7	45,1	55,5	45,3	46,0	34,2	44,4
egészségügyi nagyon alacsony	22,6	22,1	18,4	16,8	15,0	22,3	19,7
alacsony szoc., közepes eü.igények	34,6	32,8	26,1	37,8	39,0	43,5	35,9

⁸³ Romák esetén az észlelt igények csoportjai – urbanizációs rang szerinti eloszlások (%)

	Bp.	megyei jogú város	város	község	átlag
magas igények	11,2	22,9	20,9	26,3	21,3
alacsony szoc. támogatás	20,6	24,6	18,4	18,7	20,3
alacsony eü., magas családsegítés igények	32,2	11,5	16,7	7,5	15,3
alacsony igények, szoc. támogatás magas	22,1	19,3	23,6	20,5	21,6
magas eü., alacsony családsegítés igény	14,0	21,6	20,4	27,1	21,5

