

EGYETEMI DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

Telepszerú körülmények között élók egészségfelmérése

DR. KÓSA ZSIGMOND

Témavezető: Prof. Dr. Ádány Róza

**DEBRECENI EGYETEM
ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM
NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ISKOLA**

DEBRECEN, 2006

1. Bevezetés, irodalmi áttekintés

1.1. Romák Magyarországon és a kibővült Európában

A romák, vagy más néven cigányok Európa olyan egyedülálló kisebbsége, amelynek nincs történelmi értelemben vett elismert anyaországa, történelmi feljegyzések utalnak arra, hogy Európába Perzsián és a Kaukázuson keresztül vándoroltak be a IX. és a XIV. század között Észak- Indiából. Az első írásos feljegyzések a romák közép és kelet-európai jelenlétéről a XII. századból származnak. Magyarországi jelenlétüket Zsigmond király egy menlevele említi először. A romáknak számos alcsoportjuk van, melyet a nyelvük, foglalkozásuk és a vallásuk határoz meg.

A roma népesség számának, illetve egy adott országon belül arányának megítélésében jelentős eltérések mutatkoznak meg. Hivatalosan elfogadott az a kritérium, mely szerint romának nevezik azokat az embercsoportokat, amelyek a roma nyelvet beszélik és/vagy közös etnikai identitással, kultúrával és történelemmel rendelkeznek. A népszámlálási adatok alapján a roma származás vállalása, s még inkább a cigány anyanyelv ismerete igen alacsony szintű, ezért különböző becslések alkalmazása elfogadott. A „jó helyismerttel rendelkező számlálóbiztosok” az életvitel alapján osztályozzák a háztartásokat, így a „roma életvitelű háztartásban” élőket tekintik roma származásúaknak. Egy másik – etikai szempontból vitatható – megközelítés alapja, hogy a nem roma környezet romának tekintie az adott személyt. Magyarországon a cigányság kutatásával foglalkozó szociológus kutatók elfogadottnak tartják, hogy a roma származás megítélése a környezet meghatározásán alapul, melynek alapvető kritériuma az életvitel és a társadalmi integráció foka. A hivatalos demográfiai jelentések, felmérések rendszeresen alábecsülik a romák számát, mert sok roma el akarja kerülni a stigmatizációt, s nem vallja magát romának. A becslések alapján a legnagyobb etnikai kisebbséget képviselő romák száma ma Európában 7-9 millióra tehető, amely megegyezik pl. Ausztria teljes népességével.

Az Európai Unió jelenlegi tagállamai közül igen jelentős a roma népesség száma Magyarországon, Szlovákiában, Spanyolországban és Franciaországban; a tagjelölt országok közül pedig Romániában és Bulgáriában. Az egyes országokban a népesség 6-9 %-ra tehető romák részaránya a magas születési arányszám, illetve a többségi populációra jellemző alacsony termékenységi arányszám miatt a közeljövőben várhatóan jelentősen növekedni fog.

Hagyományaik, kultúrájuk és nyelvhasználatuk alapján hazánkban három nagy csoport különböztethető meg. A magyar cigányok (romungro) csak magyarul beszélnek, részarányuk a legmagasabb, mintegy 70 %. Más, később bevándorolt csoportok – összefüggésben a vándorló életmóddal és a kötöttebb, vérségi társadalom szerveződéssel is – megőrizték eredeti nyelvüket és magyarul is beszélő un. oláh cigányok (romani), arányuk kb. 21 %. A harmadik csoport történetében a nyelvi asszimiláció román nyelvű közegben zajlott le, e csoport tagjai a XVIII-XX. században mint román anyanyelvűek érkeztek Magyarországra, ők az un. románcigányok (beás), arányuk a roma populációban 8-9 %, de a dél-dunántúli közösségekben sokkal magasabb.

Magyarországon az 1990-es népszámlálási adatok szerint 142 683 fő vallotta magát cigány nemzetiségűnek, a 2001-es népszámlálás során pedig 190 046. Roma csoportok és nem roma kormányzati szervek 400 000 és 500 000 fő közé teszik ezt a számot, néha pedig egyenesen 800 000-re. 1971-ben, 1993-ban és 2003-ban 2, 2 és 1 %-os reprezentatív mintavétel alapján végeztek becsléseket a magyarországi romák létszámára vonatkozóan. Az 1971-es vizsgálat közel 320 000 főre becsülte a cigány népesség számát. Az 1993-ban elvégzett kutatás szerint 1994. január 1-én 456 646 cigány élt Magyarországon (egy kicsivel kevesebb, mint a lakosság 5 %-a). 24 év alatt tehát a roma lakosság száma 44 %-os növekedést mutat, szemben az összlakosság körében ugyanazon időszak alatt megfigyelt 3-4 %-os fogyással. A jövőben további eltolódás várható. 2003-ban a cigány népesség számát 570 000 főre becsülték. Előrejelzések alapján a cigány lakosság létszáma 10 év múlva elérheti a 700 000 főt – amely az ország csökkenő lélekszámát figyelembe véve – a lakosság 7 %-át is elérheti.

A romák Magyarország egész területén szétszóródva élnek, de eloszlásuk nem egyenletes. Az északi (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád) és keleti (Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú-Bihar, Békés) régióban él a romák közel 50 %-a. A roma lakosság 71 %-a magyar, 21 %-a cigány, 8 %-a román anyanyelvű. Közel 134 000 roma él 758 telepen. A teleszerű körülmények között élők 33 %-a az észak-alföldi, 32,6 %-a pedig észak-magyarországi régióban található. A telepen élők 76,5 %-a vallotta magát romának.

1.2. A magyar lakosság halálózása

Magyarországon 1981-től a népesség létszámára a természetes fogyás a jellemző; a halálózások száma jelentősen meghaladja az élveszületések számát. A születéskor várható átlagos élettartam a férfiak körében az 1970-es évektől folyamatosan csökkent; majd az

1993-as legalacsonyabb értéket követően jelentős emelkedés figyelhető meg. A nők születéskor várható élettartama folyamatosan emelkedő trendet mutatott 1970-től, azonban mind a hasonló társadalmi-gazdasági helyzetben lévő országok, mind a fejlett országok hasonló mutatójának értékéhez viszonyítva lényegesen alacsonyabb. A bővítés előtti EU tagállamokkal összehasonlítva lemaradásunk férfiak esetében 7, míg nők esetében 5 év volt 2005-ben.

Hazánkban a lakosság korai halálózása (0-64 éves) 1970-től igen kedvezőtlenül alakult az 1990-es évek közepéig mindkét nem esetében, ellentétben az EU átlagához, vagy néhány szomszédos országhoz viszonyítva. Különösen a férfiak körében alakult tragikusan a halandóság; az 1970-es évek közepétől folyamatosan meredek emelkedést mutatva 1993-ban érte el a legmagasabb értéket (830/100000 fő). Ugyanazon időszak alatt az EU tagállamok halálózásának átlaga egyenletesen csökkent. A vizsgált években a férfiak relatív halálózási kockázata az EU átlaghoz viszonyítva növekedett. Nők esetében a halálózás kezdetben stagnált, majd az 1990-es évek közepétől csökkent, ennek ellenére lemaradásunk az EU átlaghoz viszonyítva jelentősnek minősíthető.

Ezen időszakban a korai halálózás halálteki struktúráját elemezve megállapítható, hogy férfiak körében a vezető halálteki a keringési rendszer betegségei (32,7 %), a daganatos betegségek (26,9 %) és az emésztőrendszer betegségei (16,5 %) okozta halálózások voltak. Nőknél a sorrend a következő: daganatos betegségek (36,5 %), keringési rendszer betegségei (31,4 %), emésztőrendszer betegségei (13,7 %).

A halálózási mutatók az országon belül is nagymértékű eltéréseket mutatnak. A vezető haláltekiokra elvégzett elemzések a legveszélyeztetettebb térségeknek minősítik Észak-Magyarországot és Észak-Alföldet, ezen belül is két megyét, Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéket. Ezen területen bizonyos korcsoportok és halálteki esetében a halandóság 50-100%-al magasabb az országos átlagnál.

1.3. Egészségmonitorozás, egészségfelmérés

Az egészségmonitorozás olyan rendszeres és folyamatos adatgyűjtés, amely a lakosság egészségi állapotára és az azt meghatározó tényezőkre gyűjt adatokat; azt elemzi, értelmezi és információt szolgáltat az egészségpolitikai döntések megalapozásához. Az egészségmonitorozás segítségével felmérhetőek és nyomon követhetőek az egészségproblémák, azok földrajzi eltérései, valamint a különböző társadalmi csoportokban való megjelenésük. Ez utóbbi igen fontos abban az esetben, ha az adott csoport egészségproblémáinak

jellemzői jelentős mértékben eltérnek; körükben a népegészségügyi prioritások meghatározása különös jelentőséggel bír, amely alapján a beavatkozások és azok hatásai mérhetővé válnak.

Az egészségmonitorozás egy része a regisztráción alapuló adatgyűjtésre épül; pl. halálozás, morbiditás, rákregiszter. A felmérésen alapuló adatgyűjtés jelentős mértékben kiegészítheti a regiszterek információit. A regiszterek nem azonosítják egyértelműen a hazánkban élő nemzetiségek egészségi állapotát jellemző mutatókat, így ez alapján nem lehet a cigányságra vonatkozó adatokat gyűjteni, elemezni.

Az egészségfelmérések sorában a 2000-ben, majd a 2003-ban elvégzett Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) tekinthető módszerét és a gyűjtött adatok felhasználhatóságát illetően nemzetközileg és tudományosan is elfogadottnak. Mindkét felmérés során az ország 447 településén, véletlenszerűen kiválasztott 7 000 felnőtt korú lakost kerestek fel otthonunkban a kérdezőbiztosok 78, illetve 72 %-os megvalósulási aránnyal.

2. Célkitűzések

- Az OLEF keretében 2003-ban használt, kis mértékben módosított kérdőív tesztelése, az alkalmazhatóság és adatfelvétel módszertanának kidolgozása, bevezetése a telepszerű körülmények között élő lakosság körében Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyékben.
- A felvett kérdőívek feldolgozása, az eredmények összehasonlítása a magyar átlagos populáció körében 2003-ban végzett egészségfelmérés eredményeivel.
- Az elvégzett egészségfelmérés alapján javaslat készítése az országos szintű, rendszeres egészségfelmérésre a telepszerű körülmények között élők körében.
- A kapott eredmények ismertetése a szakmával és a döntéshozókkal azzal a céllal, hogy a telepszerű körülmények között élők esetében a Népegészségügyi Program által megfogalmazott esélyegyenlőség biztosítása érdekében hatékony és hatásos prevenció programok kidolgozása történjen meg.

3. Anyag és módszer

2004-ben Északkelet-Magyarország három megyéjében kérdőíves adatfelvételt végeztünk a telepi, vagy telepszerű körülmények között élők körében. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája 2001-2002 között felmérést végzett a három megyében az ott fellelhető telepek elhelyezkedésére, az ott lakók számára és környezetegészségügyi helyzetére vonatkozóan. Telepként definiálták azt a legalább 4 lakásból álló településrészt, amelynek lakásai alacsonyabb komfortfokozattal (víz-, áram-, gázellátás, csatornázás, szemét elhelyezés, stb.), és magasabb laksűrűséggel hátrányosan különböznek a település jellegzetes lakókörnyezetétől. A felmérés kivitelezésében döntően az adott megyében élő roma származású, civil szervezetekben aktívan közreműködő kérdezőbiztosok vettek részt.

3.1. Vizsgálati populáció, mintavétel

Az elemzés két adatbázis felhasználásával történt, mely két egészségfelmérésből származik, ahol az adatfelvételek időpontjai között mindössze 6 hónap eltérés volt.

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés célpopulációja a magyar, nem intézményben élő felnőtt lakosság volt, míg a másik egészségfelmérés során a 3 megye telepszerű körülményei között élő felnőtt lakossága. Az általunk végzett vizsgálat célpopulációja a Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye településein telepi vagy telepszerű körülmények között élő 18. életévüket betöltött magyar állampolgárok. A vizsgálat mintakeretének nagysága a 18 éves vagy annál idősebb lakosok létszámának felmérése alapján mintegy 62 000 fő.

A felmérésben a célpopulációt reprezentáló 1 000 fős mintán került sor a kérdőív felvételére. Ez a mintanagyság már tartalmazta a válaszmegtagadás következtében fellépő veszteség pótlását is, amelynek várható értékét 20-25%-ban határoztuk meg.

A mintavétel a három megyében telepeken vagy telepszerű körülmények között élő 18 éves vagy annál idősebb lakosok településenkénti létszám-nyilvántartási adatbázisának felhasználásával történt. A véletlenül kiválasztott településeken, lélekszámtól függően egy vagy több 10 fős (véletlenszerű, arányos, csoport mintavételezési módszer) – véletlenül kiválasztott, 18 vagy annál idősebb mindkét nembeli személyekből álló – csoport kiválasztására került sor. Ez a típusú mintaválasztási módszer lehetővé tette, hogy a különböző települések az ott telepi vagy telepszerű körülmények között élők létszámának megfelelő mértékben legyenek képviseltetve a mintában, azaz minél nagyobb egy adott településen a

telepi körülmények között élők létszáma, annál nagyobb az esélye, hogy a mintában nagyobb elemszámmal szerepel.

A kiválasztott településeken a válaszadó személyek kiválasztása a véletlen séta módszerével történt. Ezzel a módszerrel a kérdőívfelvételt végző kérdezőbiztosok először kiválasztották a telepen található lakóházat, majd a házban lakó összes 18. életévét betöltött személy esetében felvették a kérdőívet. Abban az esetben, ha a 18. életévét betöltött személyek egy része a felkeresés időpontjában nem tartózkodott a házban, a kérdezőbiztos egy későbbi látogatás alkalmával a távollévőktől is megkísérelte felvenni a kérdőívet.

A mintavételi tervben meghatározott eljárás szerint a három megyében a telepszerű körülmények között élő populációval rendelkező települések random besorolását követően megynként került meghatározásra – a lélekszámtól függően – a kiválasztandó háztartások, valamint a felveendő kérdőívek száma.

3.2. A vizsgálat kivitelezése

A háztartási alapú mintavétel során használt kérdőív jelentéktelen módosítással a Magyarországon 2003 év végén használt OLEF kérdőív volt. A kérdőív két részből állt; az egyik részben a kérdezőbiztos a szóban feltett kérdésekre adott választ megjelölte a kérdőívben. Az érzékenynek tekintett kérdésekre az ún. önkitöltős kérdőívben adtak választ a kérdezők. A vizsgálat lehetővé teszi az összehasonlító értékelést az OLEF 2003. kérdőív közel 7000-es mintájának elemzése során kapott adatokkal; azonosíthatóak a magyarországi átlag populáció, ezen belül a legrosszabb szociális helyzetű és a telepszerű körülmények között élők egymáshoz viszonyított eltérései. Az egyértelmű hasonlíthatóságot az biztosítja, hogy mindkét vizsgálatban a kérdőív ugyanazon tartalmú, felvétele azonos időtartamhoz köthető, a feldolgozás statisztikai módszere és a kutatási kérdések megegyeznek.

A kutatás az alábbi főbb témakörökre terjedt ki:

- demográfiai, társadalmi, gazdasági jellemzők
- életminőség, egészségi állapot megítélése
- megbetegedések, kóros állapotok, panaszok
- korlátozottság
- egészségmagatartás, egészségkultúra
- igénybe vett egészségügyi szolgáltatások.

Kutatási kérdések

- milyen mértékű eltérés figyelhető meg a társadalmi, gazdasági jellemzők mutatóiban?
- mekkora a kor és nem szerinti prevalenciája a vélt egészségi állapot különböző kategóriáinak?
- mekkora a kor és nem szerinti gyakorisága a különböző fokú korlátozottságnak?
- mekkora a kor és nem szerinti gyakorisága a különböző kóros állapotoknak?
- mekkora az egyes korcsoportokban a férfiaknál és a nőknél a következő egészségmagartartási tényezők egyes kategóriáinak gyakorisága?
speciális étrend, testsúly (fogyás/hízás)
szendélyszer-használat (dohányzás, alkohol)
- milyen a társadalmilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatások igénybevételének mértéke?

A kérdés lebonyolítása és minőségbiztosítása

A kérdőívek felvételét roma származású, képzett kérdezőbiztosok végezték 2004 májusától augusztusáig. Az adatfelvételt megelőzően két napos oktatás során elméleti és gyakorlati ismereteket kaptak a kérdőívvel és a felvétellel kapcsolatban.

A vizsgálat előtt minden kérdezőbiztos pontos dokumentációt kapott a mintába kerülő településekről, valamint háztartások számáról. Az adatfelvétel helyszínére érkezve bemutatta a meghatalmazását bizonyító fényképes okmányt. Amennyiben a mintába került háztartásban a felkeresés időpontjában nem tartózkodott senki a lakásban, egy későbbi időpontban újra megkísérelte a kérdőívfelvételt. Az adatfelvételhez való hozzájárulást igazolandó, a kikérdezett személyek beleegyező nyilatkozatot írtak alá. A kérdezőbiztosok segítettek az önkitöltős kérdőív értelmezésében, ha ezt a mintába kerülő személy igényelte. A kérdezőbiztosok munkáját két instruktor felügyelte, akik az adatfelvétel 10 %-ánál jelen voltak, illetve elvégezték a kérdőívek minőségi felülvizsgálatát.

3.3. Adatkezelés és elemzés

A felvett adatok alapján egy adatrögzítést végző szervezet adatállományt hozott létre, melynek archiválását a DEOEC Népegészségügyi Iskolája biztosítja a kérdőívekkel és beleegyezői nyilatkozatokkal együtt.

Az elemzés a STATA statisztikai programcsomaggal történt. Az intervallum becslések során a standard hibákat a mintavételi módszert (rétegzés, csoportos mintaválasztás) figyelembe véve korrigáltuk.

A gazdasági-társadalmi helyzet minősítésére a jövedelem, az iskolai végzettség és a gazdasági aktivitás különböző kategóriáit alkalmaztuk. A háztartások bevételeinek mérésére az Egészségügyi Világszervezet által ajánlott nettó háztartási összjövedelmét folytonos változóként alkalmaztuk. Vizsgálatunkban a havi ekvivalens jövedelmet (a háztartás havi nettó jövedelme / a háztartás tagjai számának négyzetgyöke) euróban adtuk meg. Az általános populációban a változót kategorizáltuk, hogy az összjövedelem alsó kvartiliséba tartozók különböző mutatóinak értékei összehasonlíthatóak legyenek a telepszerű körülmények között élők ugyanazon jellemzőivel.

Az iskolai végzettség, mint a társadalmi-gazdasági státusz mérésének egyik fontos eszköze a befejezett osztályok számával, illetve a megszerzett legmagasabb végzettséggel mérhető. Vizsgálatunkban a WHO által ajánlott négy kategóriát tartalmazó skálát használtuk, az elemzés során „8 általános, vagy annál alacsonyabb” iskolai végzettség kategóriát vettük figyelembe.

A gazdasági aktivitás vizsgálata során az aktív dolgozók részarányát hasonlítottuk az általános populációban és a telepszerű körülmények között élők körében. A gazdasági inaktivitás okait külön elemeztük a kérdőívben szereplő, a szociológiai kutatásokban is használt kategóriák szerint.

A lakosság egészségi állapotának jellemzésére egyre inkább elterjedt a funkcionális modell használata, mely alapján az adott személy egészségét annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani, részt venni a társadalom életében. A funkcionalitás csökkenés mértékének bemutatásához a súlyos és közepes korlátozottság kategóriákat használtuk. Súlyos korlátozottságot lehet vélelmezni, ha az ágyból való felkeléshez más segítségét kell igénybevenni; míg közepes korlátozottság esetén az ágyból fel tud kelni, de az önellátáshoz, vagy a társadalmi életben való részvételhez más segítségét kell igénybe venni.

Az egyének véleménye a saját egészségükről az egészségi állapot mérésének igen fontos indikátora. Az elemzésben a rossz és a nagyon rossz, valamint a jó és a nagyon jó kategóriákat összevontuk.

A kérdőívben a „*Véleménye szerint ön mennyit tehet az egészségéért?*” adott válaszoknál összevontuk a „sokat tehet” és „nagyon sokat tehet” válaszokat.

A vélt egészség becslésére a WHO által javasolt standard 5 fokozatú skála került alkalmazásra. Az elemzésben a „jó” és „nagyon jó”, valamint a „rossz” és „nagyon rossz” kategóriákat összevontuk.

Az önkitöltős kérdőívben a válaszadók által megadott testsúly és testmagasság alapján számoltuk a testtömegindexet (BMI) az alábbiak szerint: a testtömeg (kg) és a testmagasság (m) négyzetének hányadosa; $BMI = \frac{kg}{m^2}$. Értékei alapján a következő kategóriákat képeztük:

túlzott soványság: < 18,5
normál testsúly: 18,5 – 24,99
túlsúlyos: 25 – 29,99
elhízott: ≥ 30 .

Az alkoholfogyasztási szokásokat az önkitöltős kérdőívben szereplő kérdések alapján minősítettük. A gyakoriság és a fogyasztott mennyiség alapján az egyes személyek besorolása az alábbi: nagyivó, mértékletes alkoholfogyasztó, alkoholt ritkán fogyasztó, alkoholt nem fogyasztó.

A dohányzásnál a WHO ajánlásait figyelembe véve a populációs dohányzási minták az alábbiak:

- erősen dohányoznak (naponta több, mint 20 szál cigarettát elszívnak)
- rendszeresen dohányoznak (naponta kevesebb, mint 20 szál cigarettát szívnak)
- a dohányzásról leszoktak (korábban dohányoztak, de a kérdés időpontjában nem vallották magukat dohányosnak)
- soha nem dohányoztak .

Az egészségügyi ellátás igénybevételét illetően adatgyűjtésünk a felmérést megelőző évre vonatkozott. Bizonyos beavatkozások / szolgáltatások vonatkozásában az időintervallumot kettő, illetve öt évben határoztuk meg.

A morbiditási viszonyok felmérése a népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőséggel bíró betegségek gyakoriságának megismerését célozta meg. A kérdőívben a diagnosztizált és a megkérdezett által ismert betegségekre vonatkozó kérdések szerepeltek, függetlenül attól, hogy a megkérdezett személy kezelés alatt állt-e, vagy sem.

A kérdőívben nem szerepeltek a daganatos megbetegedésre vonatkozó kérdések, mivel a betegek többsége nem rendelkezik információval arról, hogy ilyen betegségben szenved.

A változók prevalencia becslését a telepszerű körülmények között élőkre és az általános populációra végeztük el. A társadalmi-gazdasági jellemzőket külön vizsgáltuk az OLEF-en belül az alsó jövedelmi kvartilisbe tartozó csoport vonatkozásában. A különböző változók gyakoriságának populációs becsléseit (95 %-os megbízhatósági tartománnyal) használtuk az összehasonlító elemzések során. Az elemzést nem és az alábbi korcsoport szerint végeztük; 18-29, 30-44, 45-64 évesek. A telepi körülmények között élő 65 éves és annál idősebbek alacsony létszámuk miatt (33 fő) nem kerültek be az elemzésbe.

4. Eredmények

Az OLEF keretében 2003-ban a tervezett 7000 kérdőívfelvételtől 5072 valósult meg. A mintába bekerültek 15 %-a nem volt elérhető a felmérés időtartama alatt, 8 %-a megtagadta a vizsgálatban történő részvételt, 4 % esetében egyéb ok miatt nem valósult meg a kérdőív felvétele. Az összehasonlító elemzésbe a 65 évesnél fiatalabb, összesen 4121 fő adatai kerültek be.

A telepszerű körülmények között élők körében 969 kérdőív felvétele valósult meg a tervezett 1000-ból, mely 96,9 %-os válaszadási arányt jelentett. 12 fő megtagadta a válaszadást, 19 főnél a kérdőív felvétel megszakadt. Az elemzésnél 936 – 65 évnél fiatalabb – válaszadó adatait használtuk.

A társadalmi-gazdasági helyzet jellemzésére az iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás, az átlagos havi ekvivalens jövedelem és a lakáskörülmények mutatóit használtuk. A csak alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya a telepszerű körülmények között élők körében lényegesen magasabb, az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élőkhez viszonyítva közel kétszeres, az általános populációhoz viszonyítva több mint háromszoros a különbség. Az alacsony iskola végzettség magas aránya különösen az idősebb korcsoportban szembe-tűnő, megközelíti a 90 %-ot, szemben a másik két populáció 50 és 29 %-os értékével. A telepszerű körülmények között élő 18-29 évesek közül csak mindössze 27 % rendelkezik magasabb iskolai végzettséggel.

Az alacsony iskolázottság jelentősen rontja a munkaerőpiaci lehetőségeket, melyet az aktív dolgozók igen alacsony aránya is jelez a telepeken élők esetében, a legkedvezőbb helyzetű 30-44 évesek körében is csak minden ötödik aktív dolgozó. A vizsgált másik két csoportban ez az arány kétszer, illetve négyszer magasabb. A telepen élők körében az átlagos havi ekvivalens jövedelem mértéke az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élőkével gyakorlatilag megegyezik, és kétszer alacsonyabb az általános populációhoz viszonyítva.

Az inaktivitást vizsgálva szembe-tűnő férfiak körében a munkanélküliek alacsony, míg a rokkantsági nyugdíjasok és a szociális segélyben részesülők magas aránya az általános populációhoz viszonyítva. A telepszerű körülmények között élő nők esetében a GYES-en, GYED-en lévők, a háztartásbeliek és a szociális segélyezettek magas aránya figyelhető meg.

Ennek megfelelően a gazdasági helyzet minősítése is eltérő a három vizsgált csoportban, melyet a telepszerű körülmények között élők közel 40 %-a nagyon rossznak ítélt meg.

Ugyanakkor az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők 30 %-a, míg az általános populáció 20 %-a minősítette nagyon rossznak az anyagi helyzetét.

Feltehetően az alacsony jövedelem, a magas fokú gazdasági inaktivitás következménye, hogy a telepeken élők lakáskörülményei is rosszabbak, az egy szobás lakásban élők aránya meghaladja az általános populáció hasonló mutatóit.

A lakáskörülményekkel, a lakóhellyel a telepeken élők jelentős része elégedetlen, az elégedetlenség mértéke kifejezettebb a fiatalabbak és a nők körében.

A férfiak körében a súlyos és a közepes korlátozottság összevont mértéke a két vizsgált populáció esetén hasonlóan alakul, míg nők körében a telepi körülmények között élőkénél a két korlátozottsági fok mértéke – a 18-29 éves korcsoportot kivéve – lényegesen magasabb (a 45-64 éves férfiak 42 %, nők 52 %). A súlyos korlátozottság gyakorisága a telepszerű körülmények között élőkénél kifejezettebb mindkét nem esetében, a 45-65 évesek körében minden harmadik embernek segítséget kell igénybe venni az ágyból való felkeléshez.

Az egészségi állapot szubjektív megítélésében a 18-29 éves férfiak és nők körében nincs jelentős különbség a két populációban. A 30-44, és különösen a 45-64 éves korcsoportokban mindkét nem esetében megfigyelhető a rossz; nagyon rossz minősítés magas értékei (45-64 év férfiak 42 %, nők 58 %) a telepszerű körülmények között élőkénél. Az általános populáció hasonló nemű és korú lakossága körében a fenti értékek kétszer kisebbek. A telepen élők közül a 45-64 éves férfiaknál csak minden 7., nőknél minden 14. megkérdezett minősíti egészségi állapotát jónak, illetve nagyon jónak. A két nem egészségi állapot minősítésének eltérései igen kifejezettek e populációban, a nők körében a szubjektív megítélés sokkal rosszabb egészségi állapotot mutat.

Az általános populációban mindkét nem valamennyi korcsoportban lényegesen nagyobb mértékben gondolta, hogy „nagyon sokat”, vagy „sokat tehet” egészségéért; a 18-29 évesek közel 90 %-a vélekedett így. A telepen élők körében e válasz gyakorisága lényegesen alacsonyabb, a kor előrehaladtával csökken, a 45-64 éves férfiak és nők közül mindössze 40 % gondolja úgy, hogy sokat tehet egészségéért.

A dohányzási szokásokat vizsgálva megállapítható, hogy már a 18-29 évesek körében – kivéve az általános populációt – a rendszeres dohányosok aránya több, mint 50 %. A legmagasabb dohányzási gyakoriság mindkét nemben a 30-44 éveseknél figyelhető meg. E korcsoportban minden második telepen élő naponta több, mint 20 darab cigarettát szívott el. E populációban a rendszeres dohányzókhöz tartozik a 30-44 éves nők 66 %-a, a férfiak

75 %-a. A dohányzás kezdetére jellemző a fiatalabb életkor valamennyi vizsgált korcsoportban a telepen élők körében. A telepen élő 18-34 éves korcsoportban 15,9 év (95 % CI 15,7-16,2), a 35-44 éves korcsoportban 16,2 év (95 % CI 15,8-16,5), a 45-64 éves korcsoportban 16,6 év (95 % CI 14,3-19,0) volt a dohányzás kezdetére jellemző átlagéletkor. Ugyanezen értékek az általános populációban a következők voltak: 17,3 év (95 % CI 17,1-17,5), 19,0 év (95 % CI 18,7-19,3), és 21,0 év (95 % CI 20,2-21,9).

Az alkoholfogyasztási szokásokat vizsgálva megállapítható, hogy a telepen élő nők körében igen magas az absztinensek gyakorisága, alacsony a mérsékelt és a nagyivók gyakorisága, szemben az általános populáció és az általános populáció alsó jövedelmi kvartiliséba tartozók értékeivel. A telepen élő férfiak esetében a 18-29 éves korcsoportban valamivel magasabb a nagyivók gyakorisága, a többi korcsoportban viszont alacsonyabb. Az absztinensek aránya – a nőkhöz hasonlóan – a telepen élők esetében magasabb.

A táplálkozási szokások vizsgálata során megállapítható, hogy a növényi olaj használata a telepen élők $\frac{1}{4}$ -nél, az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők $\frac{1}{2}$ -nél, míg az általános populáció közel $\frac{2}{3}$ -nál figyelhető meg. A felmérést megelőző 1 hónapban a naponta zöldséget/gyümölcsöt fogyasztók aránya az általános populációban 50 % feletti, míg a telepen élők körében ez 30 % körüli. A telepi nők 20 %-a, a férfiak 29 %-a ritkábban, mint hetente fogyasztott gyümölcsöt, vagy zöldséget, szemben az általános populáció hasonló mutatóival, ami nőknél közel 5 %, férfiaknál 8 %.

A testtömeg-indexet vizsgálva mindhárom populációban ugyanazon tendenciák érvényesülése mellett jelentős eltérések a gyakoriság vonatkozásában nem voltak észlelhetők. A nőknél a kor előrehaladtával emelkedett a túlsúlyosság vagy elhízás gyakorisága.

A fiatal férfiak körében a túlsúlyos, vagy elhízottak aránya magasabb, mint az ugyanezen korosztályba tartozó nőknél. A túlzott soványság a fiatal nőknél lényegesen gyakoribb, mint a fiatal férfiaknál.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága jelentős mértékben különbözik az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében. Ezen belül a nemek között is megfigyelhetők az eltérések, amelyek mindkét vizsgált populációban hasonló jellegűek. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi gyakorisága az életkor előrehaladtával növekszik mindkét populációban, azonban a férfiak körében az igénybevétel lényegesen alacsonyabb, a különbség a fiatalabb korcsoportoknál kifejezettebb. Az általános populációnál mindkét nemnél magasabb prevalencia értékek figyelhetők meg a telepszerű körülmények között élőkhez viszonyítva, különösen a férfiak körében és a fiatalabb

korcsoportokban. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételén belül a telepszerű körülmények között élők körében a háziorvosi szolgálat a meghatározó. A szociálisan hátrányos helyzetű csoportra is jellemző, hogy egészségügyi problémáinak megoldására leggyakrabban a háziorvosi szolgálatot veszi igénybe. A szakorvosi és a rendelőintézeti ellátás igénybevétele körükben lényegesen alacsonyabb értéket mutat.

A fogorvosi szolgáltatás igénybevétele az általános populáció körében igen alacsony, legjobb esetben is csak minden második ember élt ezzel a lehetőséggel 1 éven belül. Az életkor előrehaladtával az általános populációban mindkét nemre jellemző, hogy egyre kevesebben keresik fel a fogorvost, a férfiaknál az igénybevétel gyakorisága (30-42 %) kifejezetten alacsonyabb a nőkhöz (39-61 %) viszonyítva. A telepszerű körülmények között élők esetében a fogorvosi ellátás igénybevétele az életkor előrehaladtával jelentősen csökken. A telepszerű körülmények között élő 45-64 éves férfiak közül 1 éven belül csak minden ötödik ember járt fogorvosnál. Mindkét nem esetében a szolgáltatás igénybevételi gyakorisága lényegesen alacsonyabb az általános populációhoz viszonyítva.

A nők körében a nőgyógyászati vizsgálaton történő részvétel gyakorisága a telepi 45-64 éves korcsoport kivételével közel azonos. Jelentős különbség figyelhető meg a vizsgálatot megelőző 2 évben a mammográfiás vizsgálaton résztvevők prevalencia értékeiben, különösen a népegészségügyi program lakossági szűrővizsgálata célcsoportjában, a 45-64 évesek körében. A telepszerű körülmények között élők közül ebből a korcsoportból csak minden negyedik nő vett részt az elmúlt 2 évben a szűrővizsgálaton, amely igen alacsony az általános populációhoz viszonyítva, ahol a részvételi arány 70 %-os volt.

Az egészségügyi ellátás során diszkriminációt vélelmezett a telepszerű körülmények között élők körében a 18-29 éves korcsoport 25-29 %-a, a 30-44 éves korcsoport 28-37 %-a, a 45-64 éves korcsoport 44-50 %-a. Ezen prevalencia értékek 2-6 % között alakultak az általános populáció különböző korcsoportjaiban mindkét nem esetén. A diszkrimináció okait vizsgálva a két populáció között jelentős eltérések mutatkoznak. Az általános populációban a diszkrimináció háttérében vélt okként az életkor, a pénzhiány és az egyéb ok közel azonos súllyal szerepel, míg a telepszerű körülmények között élők esetében a válaszok alapján a sorrend: az etnikai hovatartozás, a pénzhiány és az öltözködés miatti megkülönböztetés. Kiemelendő, hogy az etnikai diszkriminációt a válaszadók közel $\frac{2}{3}$ -a jelezte. A pénzhiányt, mint a hátrányos megkülönböztetés okát az egészségügyi ellátás igénybevétele során a telepiek valamivel alacsonyabb értékben jelölték.

Az egészségügyi ellátás során, a 18-44 éves telepi férfiak 45 %-nak, míg a nők 60 %-nak mérték a vérnyomását a megkérdezést megelőző 1 éven belül.

Az általános populáció ugyanazon korcsoportjánál ezen értékek férfiaknál 70 %, nőknél több mint 70 % volt. A 45-64 évesek körében a két populációban jelentős eltérés nem tapasztalható. Az 5 évnél régebben történt vérnyomásmérés gyakorisága mindkét populációnál, valamennyi korcsoportban férfiaknál és nőknél 5-10 % között volt.

Az ellátás során a koleszterinszint mérése a telepszerű körülmények között élők 50-85 %-ánál a megkérdezést megelőzően több, mint 5 éve történt. Ugyanezen értékek az általános populációnál lényegesen alacsonyabbak (34-62 %), ugyanakkor az egy éven belüli koleszterinszintmérés gyakorisága lényegesen magasabb a telepi körülmények között élőkhez viszonyítva.

A legjelentősebb népbetegségek közül a szívinfarktus, az agyvérzés, valamint a májbetegség gyakoriságát vizsgálva megállapítható, hogy a telepi körülmények között élők körében magasabb prevalencia értékek figyelhetők meg. A telepi körülmények között élő 45-64 éves férfiaknál a szívinfarktus előfordulási gyakorisága közel 15 %. Az agyvérzés előfordulási gyakorisága mindkét nem esetében magasabb az általános populáció körében (45-64 éves férfi: 4,4 %; nő: 2,4 %). A májbetegségek prevalenciája magasabb a hátrányos helyzetű csoportnál valamennyi korcsoportban. Figyelemre méltó, hogy körükben nem tapasztalható jelentős eltérés a két nem között (45-64 éves férfi: 9 %; nő: 9,9%).

5. Megbeszélés

A roma népesség helyzetével és problémáival az utóbbi időszakban egyre több tanulmány foglalkozik különösen a közép-kelet európai országokban.

A roma közösségeken belül a súlyosan romló társadalmi-gazdasági viszonyok, az esélyegyenlőtlenség mértékének fokozódása olyan nemzetközi szervezetek figyelmét keltették fel, mint a Világbank, a Nyílt Társadalom Intézet, Egyesült Nemzetek Fejlesztési Programja, valamint az Európai Unió különböző szervezetei. Ezzel egyidőben a roma civil szervezetek részéről is megnövekedett aktivitás figyelhető meg, melynek kifejezett eredménye a Roma Évtized Programjának meghirdetése. Európa legnagyobb kisebbsége az 5-7 millióra becsült létszámával eléri Ausztria, vagy Svédország lakosságának a számát. A tanulmányok fő célja a romák problémáinak és a fejlődés gátjainak, valamint az integráció lehetőségének feltárása, és ezek segítése eredményes módszerek keresésével.

Hazánkban az Európai Unióhoz történt csatlakozás szükségessé tette a Koppenhágai Kritériumok teljesítését, melyek egyike a kisebbségek tiszteletben tartását és védelmét garantáló intézmények stabilitásának biztosítását írja elő. Magyarországon a kisebbséghez tartozó romák számát ma 600-700 000 főre becsülik, mely az összlakosság 6-7 %. Ez az arány várhatóan növekszik, mivel a romák körében magas élveszületési arány figyelhető meg, míg az összlakoságnál ez folyamatosan csökken. A cigányság helyzetének javítása érdekében született kormányprogram kiemelten foglalkozik az oktatás, a foglalkoztatás, az agrárgazdasági feladatok mellett a szociális, egészségügyi és lakásprogramokkal. Ennek keretében a cigány lakosság egészségi állapotára és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételeire irányuló kutatások indítását, a szűrő-gondozó szolgáltatások körének bővítését, a telepek rehabilitációját, vagy felszámolását fogalmazza meg főbb célkitűzésként. A kutatásokat megelőzően nagyon fontos annak meghatározása, hogy milyen definíció alapján történik a vizsgálatok alanyainak kiválasztása, kiket nevezhetünk romáknak. A Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Intézetének 1993-1994-ben folytatott vizsgálatában azokat tekintették romának, akiket a nem roma környezet cigánynak tekint, a megközelítés etikai alapon azonban nem elfogadható. Számos tanulmány bizonyítja, hogy nincs kellően megalapozott ismeretünk a roma csoportok egészségéről. A kutatások jelentős része spanyol, cseh, szlovák és magyar roma kisebbségekre vonatkoznak, más országokra az elemzett tanulmányok 30 %-a vonatkozik. A tanulmányok jelentős része a fertőző betegségekre vagy a reprodukтивitásra koncentrál, viszonylag kevés foglalkozik a nem-fertőző megbete-

gedések okozta magasabb morbiditással. Bizonyítékok vannak az egészségügyi szolgáltatások és a megelőző eljárások alacsonyabb igénybevételére vonatkozóan. Magyarországon egy összefoglaló tanulmány vizsgálta az egészségügyi szakirodalomban 1980 és 2001 között megjelent, a cigányság egészségi állapotára vonatkozó kutatásokat. Az elemzés megállapítja, hogy a roma közösségek egészségi állapotára vonatkozó tanulmányok száma viszonylag alacsony, azok jelentős része 1-2 évtizeddel azelőtti állapotot tükröz. Komoly kutatómódszertani problémákat azonosítottak és javaslatot fogalmaztak meg a jövőbeni vizsgálatokra vonatkozóan.

2001-2002-ben a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája a Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében végzett vizsgálatot azonosította a roma közösségek által lakott telepeket, ahol felmérték a kedvezőtlen adottságok halmozódását, a telepeken élők létszámát, etnikai hovatartozását. Ezeken a telepeken – 6 hónapos időeltolódással – 2004-ben egészségfelmérést végeztünk roma kérdezőbiztosok bevonásával az OLEF keretében 2003-ban használt, néhány kérdés vonatkozásában módosított kérdőív felhasználásával. Az igen magas, közel 97 %-os válaszadási arány elérése elsősorban a jól felkészített roma kérdezőbiztosoknak és a lekérdezések minőségbiztosítását felügyelő instruktoroknak köszönhető. A felmérés lehetővé tette a három megye roma lakosságának jellemzőit reprezentáló eredmények összehasonlítását az általános populáció és annak alsó jövedelmi szintjén élők hasonló adataival. Mindkét felmérésben az elemzéseket ugyanazon módszertan alapján végeztük, melynek során a telepeken élők fiatalabb korösszetétele miatt a felnőtt lakosság három korcsoportjára határoztunk meg prevalencia értékeket. A telepeken élő 65 éven felülieket az alacsony létszámuk miatt az elemzésből kizártuk. A vizsgálat a társadalmi-gazdasági jellemzőkre, az életminőségre, a korlátozottságra, az egészségi állapot megítélésére, az egészségmagatartásra, bizonyos megbetegedésekre és az igénybevett egészségügyi szolgáltatásokra terjedt ki.

Az iskolázottság vonatkozásában igen jelentős a szakadék a telepszerű körülmények között élők és az általános populáció között. Figyelemreméltó, hogy a telepeken élő 18-29 évesek közel $\frac{3}{4}$ része is csak alacsony végzettséggel rendelkezik. Hasonló eredményeket tapasztaltak más felmérések is, kiemelve, hogy a cigány és nem cigány lakosság iskolázottsági szintje közötti távolság, ha kisebb mértékben is, de emelkedett a korábbi évekhez képest. Az alacsony iskolai végzettség meghatározza a munkavállalási lehetőséget, ezt mutatja az a tény, hogy a telepszerű körülmények között élők körében az aktív dolgozók aránya lényegesen alacsonyabb. Ugyanakkor az átlagos havi ekvivalens jövedelem

valamivel magasabb, mint az átlagos populáció alsó jövedelmi szintjén élők esetében, azonban ez elsősorban a szociális ellátásból, valamint a családtámogatási rendszerből származik. A 45-64 éves korcsoportban számottevő a rokkantnyugdíjasok aránya ami feltehetőleg összefügg a rosszabb egészségi állapotukkal.

A telepeken élők körében az egészségi állapot szubjektív megítélése a fiatalabb korcsoportban nem tér el a két populációban, ezt más vizsgálat is igazolja. Idősebb korcsoportokban azonban már jellemző a funkcionalitás csökkenése és a rosszabbnak minősített egészségi állapot.

Az egészségmagatartási szokások közül kiemelendő a rendszeresen dohányzók igen magas aránya a telepeken élők körében mind férfiaknál, mind nőknél. Hasonló hazai vizsgálat a dohányzás prevalenciájára vonatkozóan csak az iskolás gyermekek körében történt, ahol a tizenéves cigány gyermekek – mind a fiúk, mind a lányok – körében magasabb volt a napi rendszerességgel dohányzók aránya. Ezt vizsgálatunk is megerősítette, a telepszerű körülmények között élők esetében a rendszeres dohányzás kezdete lényegesen fiatalabb korra tehető. Az alkoholfogyasztási szokásokban lényeges eltérést nem tapasztaltunk, ez azonban csak részben magyarázható a telepeken élők alacsonyabb jövedelmi viszonyával. A táplálkozási szokásokból kiemelendő a vizsgált célpopuláció zöldség, gyümölcsfogyasztásának és növényi olaj használatának alacsonyabb gyakorisága. A társadalmi feltételek, a társadalom felelősségvállalása a megfelelő egészségi állapot fenntartásához biztosíthatják a szükséges keretet, azonban nem nélkülözhető az egyén tudatos, aktív szerepvállalása, egészségmagatartása. Ez utóbbi általában nem mutat szoros összefüggést az egészségnek az egészségkárosító kockázatokról meglévő tudásszintjével, mivel a populáció nagy része tisztában van bizonyos szokások egészségkárosító hatásával, azonban mégsem mond le ezekről.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele a többségi társadalom tagjaival összehasonlítva lényegesen korlátozottabb, mely alól csak a nőknél a háziorvosi ellátás igénybevétele a kivétel. A szakorvosi és a rendelőintézeti ellátás körükben lényegesen alacsonyabb értéket mutat, amelynek lehetséges okai: elmarad a továbbküldés magasabb ellátási szintre; vagy a hajlandóság a magasabb ellátási szint igénybevételére korlátozott. A nők körében a nőgyógyászati vizsgálaton történő részvétel gyakorisága a telepi 45-64 éves korcsoport kivételével közel azonos az általános populáció értékeivel, amely feltehetőleg összefügg a populáció magasabb fertilitásával.

A Nemzeti Népegészségügyi Program célzott lakossági szűrővizsgálata által ajánlott emlőszűrésen tapasztalt igen alacsony megjelenési gyakoriság súlyos kommunikációs és elérhetőségi problémát vet fel. Hasonló gondok észlelhetők egyéb szűrővizsgálatok területén is (pl. vérnyomásmérés). A szegregálódott közösség a rosszabb egészségi állapot mellett, az egészségügyi szolgáltatás alacsonyabb szintű igénybevétele során gyakrabban tapasztalt diszkriminációt, melyet elsősorban etnikai jellegűnek minősített. Feltehetőleg a fenti gátló tényezők miatt sok esetben a rejtett morbiditás mértéke valószínűleg magasabb, ezért a szívinfarktus és a májbetegség kivételével nem igazolódtak a telepeken élők rosszabb megbetegedési viszonyai.

A vizsgálatunk eredményei rámutatnak arra, hogy a telepszerű körülmények között élők életkörülményeinek javítását célzó beavatkozások célkitűzéseinek megfogalmazásakor nélkülözhetetlenek a szakmailag megalapozott kutatási programok eredményei, melynek figyelembevételével komplex interszektoriális program tervezhető. A rendszeres egészségfelmérések lehetőséget biztosíthatnak a jövőben a célzott intervenció programoknak köszönhető (s attól esetleg független) változások értékelésére. A szegregálódott lakossági csoport kedvezőtlen egészségi állapotának hátterében a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok alapján a rossz társadalmi-gazdasági helyzetük, életmódjuk áll. Ezek ismeretében kell növelni a gazdasági lehetőségeket a foglalkoztatás bővítésével, mely elősegítheti a munkavállalást, és javíthatja a jövedelemszerző képességet. Az elérhető és diszkriminációmentes oktatásügy és egészségügy az emberi tőke javításával hozzájárulhat a szegénység ördögi körének megszakításához. Az eredmények azonban azt is mutatják, hogy az egészség alapvető szociális feltételeinek megteremtése önmagában feltehetőleg nem elegendő, hiszen a roma közösségek egyes mutatói, még az általános populáció legszegényebb rétegéhez viszonyítva is rosszabbak, ezért a roma közösségek fejlesztését a csoport tagjai egymástól eltérő feltételeinek és szükségleteinek ismeretére és a romák növekvő részvételére, jogkörökkel történő felruházására kell építeni.

6. Közlemények jegyzéke

6.1. Az értekezés alapjául szolgáló in extenso közlemények

Kósa Z., Szeles G, Kardos L, Kosa K, Nemeth R, Orszagh S, Fesus G, M. Mc Kee, Adany R, Voko Z. Health of the inhabitants of Roma settlements in Hungary - a comparative health survey. Am. J. Public Health (közlésre elfogadva)

IF: 3,241

Széles Gy, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Bajtay A, Papp E, Pásti G, **Kósa Zs.**, Molnár I, Lun K, Ádány R. A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. Eur. J. Public Health 2005;15:26-32.

IF: 1,051

Kósa Zs. Vokó Z. Vargáné Hajdu P. Ádány R: A halandóság területi sajátosságai Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. 1994-1996. Népegészségügy 81. 43-51; 2000.

6.2. Egyéb in extenso közlemények és könyvfejezetek

Gulácsi L. **Kósa Zs.**: A csípőcsonttörések megelőzésére végzett csontsűrűség mérés és terápia hatékonysága; Egészségügyi Gazdasági Szemle 37. 154-171; 1999.

Integrált megyei egészségügyi minőségügyi rendszer Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. In.: **Kósa Zs.**, Vadász M. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészségyszövetség kiadványa 2000.

Bánóczy J, Bakó A, Dombi Cs, Ember I, **Kósa Zs.**, Sándor J, Szabó G.: Stomato-onkológiai szűrővizsgálat: lehetőség a korai diagnózisra Magy. Onkol. 2001;45(2):143-148.

Széles Gy, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Bajtay A, Hamburger I, **Kósa Zs**, Péntes M, Tokár Zs, Paul Zs, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Horváth G, Ertner S, Esenszki B, Fodor M, Molnár I, Lun K, Ádány R. Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program kidolgozása, elindítása és működtetése Magyarországon. A magas vérnyomás, cukorbetegség és májzsugor prevalenciája. Orv Hetil. 2003;144(31):1521-1529.

Kósa Zs, Bakó A.: Szűrővizsgálati modellprogram a szájüreg daganatok korai felismerésére Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. In.: Dózsa Cs., Sebestyén A.: Fej-nyaki daganatok prevenciója és ellátása. Országos Egészségbiztosítási Pénztár kiadványa. Pécs, 2003.

6.3. Előadások és poszterek

Széles Gy, Vokó Z, Hamburger I, Bajtay A, Fodor M, Ertner S, Erdő Gy, Madarász Gy, **Kósa Zs**, Menyhárt I, Parragi K, Papp E, Jenei T, Molnár I, Ádány R. A Népegészségügyi Iskola és az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat együttműködése keretében zajló Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program megvalósíthatósági tapasztalatai és prevalencia adatai. Népegészségügyi Tudományos Társaság VIII. Nagygyűlése. 1999, Sopron, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Bajtay A, Hamburger I, Erdő Gy, Ertner S, Fodor M, **Kósa Zs**, Péntes M, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Jenei T, Kardos L, Molnár I, Ádány R. A Népegészségügyi Iskola és az ÁNTSZ együttműködése keretében zajló Háziorvosi morbiditási adatgyűjtés program 1999 évi incidencia adatai és minőségellenőrzési tapasztalatai. Népegészségügyi Tudományos Társaság IX. Nagygyűlése. 2000, Hévíz, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Bajtai A, Hamburger I, Erdő Gy, Ertner S, Fodor M, **Kósa Zs**, Péntes M, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Jenei T, Kardos L, Molnár I, Ádány R. A háziorvosi morbiditási adatgyűjtési program 1999-2000. évi incidencia adatai és tapasztalatai. Népegészségügyi Tudományos Társaság Tizedik Nagygyűlése. 2001, Gyula, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Bajtai A, Hamburger I, Pásti G, Fodor M, **Kósa Zs**, Tokár Zs, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Horváth g, Pintér A, Ádány R. Results of the two year (1999-2000) incidence data analysis of the first Hungarian general practitioners'

morbidity sentinel stations program and the methodology of the unknown morbidity survey. XXIII Annual Conference of the Association of Schools of Public Health of the European Region. 2001, Hortobágy, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Ádány R, **Kósa Zs**, Tokár Zs, Paul Zs, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Horváth G, Lun K. A Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program keretében elvégzett rejtett morbiditási vizsgálat eredményei. Népegészségügyi Tudományos Társaság XI. Nagygyűlése. 2002, Nyíregyháza
Magyarország

Vokó Z, **Kósa Zs**, Tokár Zs, Paul Zs, Papp E, Menyhárt I, Parragi K, Horváth G, Széles Gy, Jenei T, Kardos L, Ádány R. Unknown morbidity survey in the framework of the hungarian general practitioner's morbidity sentinel stations program. XXIV Annual Conference of the Association of Schools of Public Health of the European Region. 2002, Zágráb, Horvátország

Pocsai Zs, Széles Gy, Tóth E Zs, Bajtai A, Paller J, Pásti G, **Kósa Zs**, Papp E, Kvarda A, Ádány R. A magyar felnőtt lakosságot reprezentáló referencia minta kialakítása genetikai epidemiológiai vizsgálatokhoz. Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XII. Nagygyűlése. 2003, Hévíz, Magyarország

Pocsai Zs, Széles Gy, Tóth Zs, Bajtai A, Paller J, Pásti G, **Kósa Zs**, Papp E, Kvarda A, Ádány R. A magyar felnőtt lakosságot reprezentáló referencia minta kialakítása genetikai epidemiológiai vizsgálatokhoz. Magyar Kardiológus Társaság Éves Kongresszusa. 2003, Balatonfüred, Magyarország

Széles Gy, Vokó Z, Paller J, Hamburger I, Pásti G, Fodor M, Esenszki B, **Kósa Zs**, Tokár Zs, Kvarda A, Menyhárt I, Parragi K, Horváth G, Városi Zs, Lehoczki K, Sz. Huszár E, Grosschmid S, Földesi Zs, Csajági S, Jenei T, Kardos L, Bujdosó L, Ádány R. Jelentés a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program (hmap) incidencia adatairól és előrehaladásáról. Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XIII. Nagygyűlése. 2004, Szekszárd, Magyarország

Pocsai Zs, Széles Gy, Kardos L, Tóth E Zs, Paragh Gy, Bajtai A, Paller J, Pásti G, **Kósa Zs**, Papp E, Kvarda A, Ádány R. Kardiovaszkuláris betegségekre hajlamosító génpolimorfizmusok eloszlása az általános magyar populációt reprezentáló referencia mintákban és hiperkoleszterinémiás betegcsoportokban. „A népegészségügy kihívásai és lehetőségei a posztgenomika évszázadában” szimpózium az MTA Orvosi Osztályának Prevenációs Bizottsága és Epidemiológiai munkabizottsága, az Országos Kémiai Biztonsági Intézet és a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola szervezésében. 2004, Hajdúszoboszló, Magyarország

Pocsai Zs, Széles Gy, Kardos L, Tóth E Zs, Paragh Gy, Bajtai A, Paller J, Pásti G, **Kósa Zs**, Papp E, Kvarda A, Ádány R: Apolipoprotein E allélfrekvencia eloszlás magyar általános és hiperkoleszterinémiás populációkban Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XIII. Nagygyűlése. 2004, Szekszárd, Magyarország

Zs. Pocsai, Gy. Széles, L. Kardos, Zs. Tóth, Gy. Paragh, A. Bajtai, J. Paller, G. Pásti, **Zs. Kósa**, E. Papp, A. Kvarda, R. Ádány: Apolipoprotein E allele frequency distribution in the Hungarian general population and hypercholesterolaemic group 15th International Symposium Drugs Affecting Lipid Metabolism (DALM). 2004, Velence, Olaszország (poszter)

Zs. Pocsai, Gy. Széles, L. Kardos, Zs. Tóth, Gy. Paragh, A. Bajtai, J. Paller, G. Pásti, **Zs. Kósa**, E. Papp, A. Kvarda, R. Ádány: Paraoxonase 55/192 allele frequency distribution in the Hungarian general population and hypercholesterolaemic group 15th International Symposium Drugs Affecting Lipid Metabolism (DALM). 2004, Velence, Olaszország (poszter)

Kósa Zs, Széles Gy, Kardos L, Kósa K, Németh R, Ország S, Fésüs G, Ádány R, Vokó Z: Egészségfelmérés telepeken élők körében Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XIV. Nagygyűlése. 2005, Szeged, Magyarország

Kósa Zs, Ádány R, M. Mc Kee, Kósa K, Kardos L, Széles Gy, Vokó Z, Fésüs G, Németh R, Ország S: Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése. V. Egészséginformációs Fórum. 2005, Budapest