

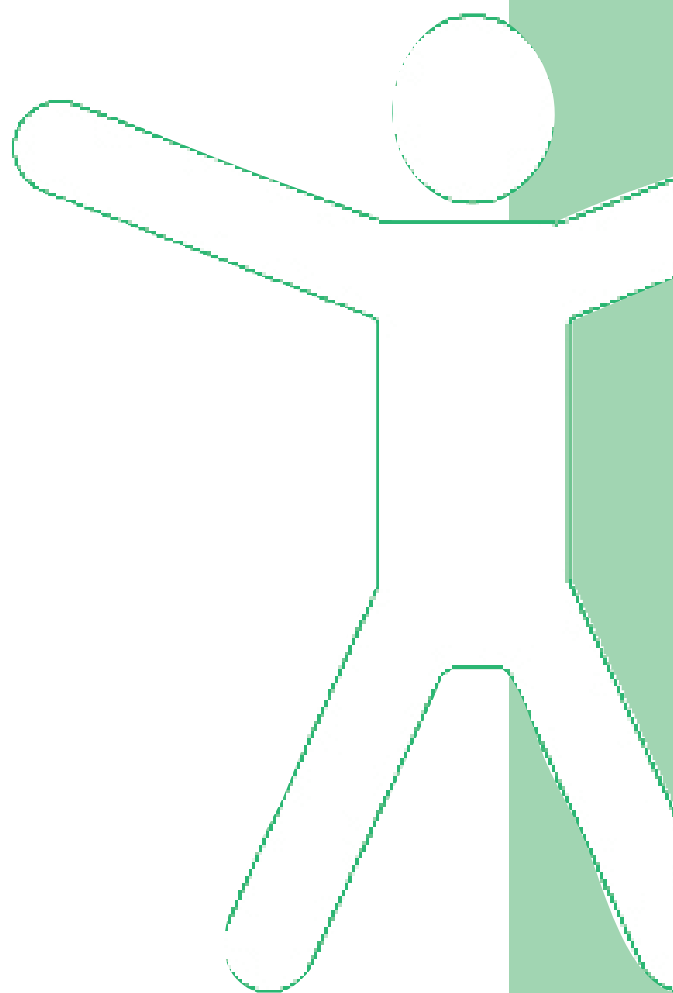
Egyenlőség, egészség és a róma/cigány közösség

Egyenlőség, egészség és a róma/cigány közösség





Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség



Published by:

Fundación Secretariado Gitano

Ahijones, s/n – 28018 Madrid

Tel.: 91 422 09 60

Fax: 91 422 09 61

E-mail: fsg@gitanos.org

Internet: www.gitanos.org

Designed and printed:

A.D.I.

© **FSG**

Madrid 2007

“E dokumentum megjelenését az Európai Közösség támogatta. Az a nézőpont, melyet a Khetanipe Egyesület képvisel, csakis a szervezet véleményét tükrözi, nem tekinthető az Európai Bizottság hivatalos véleményének.”

Cuprins

Introducere	7
Informatii generale despre romi	9
Romii in istorie/repere despre istoria romilor	11
Situatie prezenta	12
Sistemul de sanatate publica in Romania	13
Date generale	15
Consecinte asupra starii generale de sanatate a populatiei	16
Starea de sanatate a populatiei de romi si accesul acesteia la serviciile publice de sanatate	17
Excluderea informala a romilor	19
Relatiile populatiei de etnie roma cu furnizorii de servicii medicale	22
Atitudini pozitive fata de doctori in general	23
Atitudini negative fata de doctori in general	23
Concluzii	24
Recomandari	25
Practizi pozitive: Mediera sanitara in comunitate cu romi	27
Istoricul proiectului initiat de Romani CRISS	29
Punerea in practica a procesului de evaluare: prezentarea metodelor folosite, calitative si cantitative	31
Evaluare privind pertinenta si coerenta programului in ansamblu	34
Evaluarea dispozitivului operational al programului «mediatorilor sanitari» al Romani CRISS	38
Asistarea mediatorilor sanitari pe teren si centralizarea rezultatelor avute de acestia	48
Eficacitatea si impactul programului mediatorilor sanitari formati de Romani CRISS ..	52
Asteptari si propuneri formulate de mediatorii sanitari	57
Perspectivele dezvoltarii durabile a acestui program	58

Bevezetés

A Jelen kézikönyv az Európai Bizottság által támogatott „Egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése a roma közösségekben” elnevezésű program keretein belül készült.

A programban kilenc ország vett részt partnerként: Olaszország, Görögország, Szlovákia, Portugália, Románia, Csehország, Bulgária, Spanyolország és Magyarország.

A fent említett országokban élő roma népesség életminősége és egészségi állapota nem kielégítő, ezáltal sebezhetőbbé válnak azokra a betegségekre, mely a többségi társadalmat nem sújtja. A roma népesség egészségi egyenlőtlenségeinek csökkentése szükséges ahhoz, hogy számukra is garantálhatóak legyenek az európai állampolgárokat illető jogok.

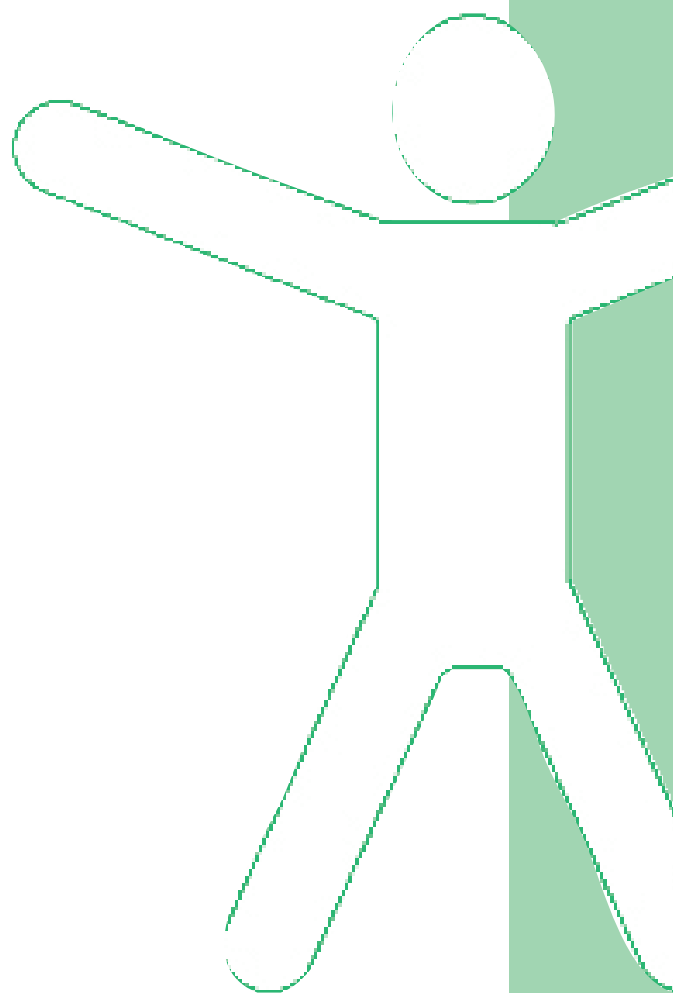
A program célja többek között információgyűjtés a roma népesség egészségi állapotáról, összehasonlítása a többségi társadalommal annak érdekében, hogy a döntéshozók számára javaslatokat és intervenciós

stratégiákat dolgozhassunk ki. Célunk továbbá meghatározni az egészségügyi szolgálatok hozzáféréseinek és használatának hiányosságait, mozgósítani a résztvevőket, és tréningek által nagyobb betekintést nyújtani a roma közösség kultúrájába az egészségügyben dolgozó szakemberek számára.

Ezúton szeretnénk köszönetet mondani az Európai Közösségnek támogatásáért a roma népesség egészségügyi egyenlőtlenségének csökkentése és egészségi állapotuk javítása érdekében.



Háttér Információk a Roma kultúráról



A roma/cigány népesség Európában

A romák/cigányok eredete

Az őshazától Európáig

Többféle elmélet létezik a romák eredetével és vándorlási útvonalával kapcsolatban, azonban kevés írásos emlékünkhöz van. Az összehasonlító nyelvészeti kutatások eredményei szerint a cigányok/romák őshazája Észak-India nyugati területe – Pandzsab. Ez a szóösszetétel (pandzs=öt, ab=folyó) az Indus folyó környékére utal, mely Szindh, Kasmir, Dzsammu, Radzsasztán és Guadzsarát államok területeit érinti.

Eltérő vélemények kerültek napvilágra az őshaza elhagyásának okait és idejét tekintve is:

A romák/cigányok i.sz. 700 és 1000 között indultak el indiai őshazájukból, feltételezhetően az iszlám terjeszkedés miatt – az egyik legismertebb elmélet szerint.

Néhány dolog arra utal, hogy az elvándorlás több hullámban történt meg. Ilyen például egy **1126**-ban keletkezett történelmi írás, mely szerint a kalifák Örményországba és Szíriába telepítették a cigányok vélhető őseit. A pontos számokról nincs adat.

A másik utaló jel Timur Lenk mongol uralkodó **1398**-as indiai betörése, mely után a romákat/cigányokat Szamarkandba űzte, ahonnan feltehetően az oszmán törökökkel jutottak el a Balkán félszigetre.

Nem elképzelhetetlennek tűnő elmélet lehet az is, hogy nem Indiából, hanem Közép-Ázsiából érkeztek a cigányok, az i.sz.-i 200-400 körüli népvándorlások idején. Ennek bizonyítékául szolgálhat az a tény, hogy a balkáni okiratok már mind jelenlevő csoportként jelölik a cigányokat.

Egy másik feltételezés szerint a cigányok Indiából való útra kelésének időpontja megegyezik az árja népek i.sz. 1000 körül behatolásának idejével a

Hindusztáni félszigetre, mely által az őshonos dravidák délebbre szorultak. A kivándorlást azonban valószínűleg belső migráció előzte meg. Ezt az alábbi források támasztják alá:

- Firdauszi perzsa költő leírása (1010-ben *Királyok könyve*), miszerint Bahram- Gur király **i.sz. 421-ben** 12 000 muzsikust (luri-t) hívott be Perzsiába, akiknek javakat osztott. A javak szétzilálása után nappali munkára, éjjeli zenélése kényszerítette őket, akik faluról falura járva, az úti élethez köthető egyéb mesterségeket is folytatva vándoroltak.
- 950 körül Haanzal Iszafan történetíró hasonlóképpen emlékezik meg a muzsikusok kivándorlásáról

A félnomád vándorélet először akkor szakadt meg, mikor Perzsia területén **kb. másfél évszázadot tartózkodtak** a romák/cigányok, melynek a fenyegető mongol betörések vettek véget. A továbbvándorlás délnyugati irányban folytatódott, a romák/cigányok Örményországba jutottak el. Ez rendkívül fontos állomása volt a romák/cigányok ország történelmi útjának, itt találtak először a kereszténységgel, pontosabban a keresztény hagyományok egy tisztább, ugyanakkor sokkal díszesebb, liturgiában gazdagabb formájához jutottak, mely térben és időben is közelebb állt

az ókeresztény világ szokásrendszeréhez. A fogadtatás öröme és az egyházi közösségekben való felszabadult beilleszkedés eredményeképp körülbelül 400 évet tartózkodtak a romák/cigányok ezen a területen.

Az ezredforduló idején azonban változtatásokra volt szükség. A szeldzsuk törökök ebben az időben kezdtek támadásokat indítani az örmények ellen. Emiatt indultak útnak a roma/cigány csoportok, hogy "kivédjék" a támadást. Egy részük Kis-Ázsián át déli irányban indult el, míg a nagyobb populáció nyugat felé, a Balkán félsziget irányába tartott. A déli irányba haladók eljutottak Egyiptomba, ahol azonban nem álltak meg, hanem csatlakoztak egy arra vándorló, Szíriából nyugatra tartó népcsoporthoz, a mórokhhoz (ők az Omajád dinasztia népe). Az Észak-Afrikai partvidéken való vándorlás a gibraltári átkeléssel fejeződött be. Az Ibériai félszigeten évszázadokon át a romák/cigányok békésen éltek együtt a mórokkal, spanyolokkal, zsidókkal. A nyugati irányba vándorló csoport Görögországba jutott, ahol testvéreként fogadta őket az ortodoxia. Fontos megemlítenünk, hogy a Peloponnészoszi félszigeten Gippe környékére sokan telepedtek a romák/cigányok közül.

A cigány/roma népesség Európa területén

A XV. században a Kelet-Római Császárság megrendülése és a Török Birodalom előrenyomulása egybe esik a cigányok/romák újabb vándorlási hullámának megindulásával. A Magyarországon ekkor megjelent cigány/roma népesség jelentős része a Német Birodalom, Svájc, Franciaország területére vándorolt tovább, igazoló dokumentumuk a Zsigmond király által kiadott menlevélhez hasonló volt. Ebből az időből maradt ránk 4 írásos emlék, amelyeket az ország 4 különböző helyén adtak ki: Buda, Szepes, Pécs és Bécsújhely. Ebből arra következtethetünk, hogy ez időben az ország szinte minden területén fordultak már meg cigány/roma csoportok.

A cigány/roma népesség viszonylag háborítatlanul vándorolhatott a kelet-európai országokban, azonban nyugat-európában már ekkor sem voltak elnézőek velük szemben. Nem egy ország területéről kitiltották, sok helyen üldözték őket. Ezt a hozzáállást erősített az egyház magatartása is, amikor eretneknek, veszélyes varázslóknak kiáltotta ki őket.

Az 1400-as évek végén már több országban, köztük Svájcban is törvények szabályozták a cigány/roma népességre vonatkozó politikát. Tilos volt elszállásolni őket, 1525-ben törvényt hoztak kitoloncolásukról. Az eddigi pénzbeli támogatás, amelyet a cigányok/romák a helyi hatóságoktól kaptak a megélhetésüket segítőnek, mostantól egyetlen célra szolgált - minél messzebb juttatni őket, lehetőleg az ország határain kívülre.

I. Maximilian német-római császár ennél is messzebbre ment üldözésükben, több rendeletben kémeknek nevezi őket és azonnali kitoloncolásukat és minden kiadott menlevél visszavonását rendeli el.

A helyzet Franciaországban sem kedvezőbb, XII. Lajos 1504-ben érvényteleníti a cigányok birtokában lévő menleveleket, és helyenként megindul a kiűzésük. Néhány évvel később törvény tiltja letelepedésüket az ország területén. IX. Károly nem elégszik meg a teljes cigány/roma népesség kitoloncolásával, hanem testi fenyítésre, gályarabságra ítéli őket.

Spanyolországban kis mértékben kedvezőbb volt a helyzetük. A kitoloncolás mellett megjelenik a letelepedés, mint alternatíva - vagy elhagyják az országot, vagy letelepednek és tisztességes életmódot folytatnak. Minden más esetet, illetve a lopást is gályarabsággal büntették.

Az akkori Európai szinte valamennyi országában hoznak törvényeket, rendeleteket a cigány/roma népesség kitoloncolásáról, letelepítéséről (Portugália, Olaszország, Vatikán, stb.)

Ezek közül az egyik legszigorúbb az 1534-es milánói rendelet, amely a cigányokat/romákat törvényen kívülinek deklarálja, megfosztva őket minden polgári jogtól, illetve az ellenük elkövetett bűntetteket nem minősíti törvényszegésnek.

A mai Románia területén, Moldvában és Havasalföldön a cigány/roma népesség évszázadokon keresztül rabszolgasorsban élt a egyházi és földesúri birtokokon egészen a XIX. század közepéig. Az akkori törvények szerint azok a nem-cigányok is rabszolgákká váltak, akik cigányokkal/romákkal házasodtak össze.

Az állam tulajdonában lévő rabszolgák nem voltak földterülethez kötve, folytathatták vándorló életmódjukat.

Feltételezések szerint ezeknek a rabszolga sorba kényszerített népcsoportok leszármazottjai a mai beás cigányok, akik ma Közép-Európa délkeleti részén (Horvátország, Magyarország, Románia) és Délkelet-Európában (Bulgária, Görögország) élnek. Ez a hosszú tartózkodás Románia területén adhat magyarázatot a beások nyelvi helyzetére is, akik a román nyelvnyelvújítás előtti dialektusát beszélik, amely aztán önálló nyelvként fejlődött tovább, bővült szókincse. Valószínűleg ez a nyelvcsere és a beások megváltozott kulturális sajátossága adja annak a vitának a táptalaját, amely szerint a beások nem „igazi” cigányok/romák.

Az európai hatalmak a XVI. század második felére felismerték, hogy erőszakos, a kitoloncolást preferáló politikájuk nem hozza meg a kívánt eredményeket, ezért taktikát változtattak. Az üldözést felváltotta egy, az asszimilációra, letelepítésre törekvő politika, amely eleinte szintén nem vezetett sikerre - a cigányok/romák nem szándékoztak önszántukból feladni identitásukat. Ekkor vált általánossá az erőszakos asszimilációs politika több európai országban, köztük Romániában, Spanyolországban.

Az országok egyre kegyetlenebb törvényeket hoztak, volt olyan ország,

ahol a törvények értelmében valakinek a cigány volta elegendő okot szolgáltatott a kivégzésre, kivéve, ha az illető gyermek volt. A kivégzést csak az kerülhette el, aki megtagadta cigány mivoltát, letelepedett, „tisztességes” munkát vállalt, „tisztességes” nyelvet beszélt, ennek megfelelő életmódot folytatott. 1592-ben Angliában teljes vagyonekobjással és halállal büntettek minden cigányt, akiket módszereesen felkutattak és letartóztattak. Egy korabeli írás szerint 1596-ban egy 196 személyből álló csoportot fogtak el, akik közül 106 felnőtt fizetett halállal „cigányságáért”, a többieket kivétel nélkül kiutasították az országból. Ezt a törvényt csak az 1700-as évek vége felé helyezték hatályon kívül, ezek alapján 200 éven keresztül kivégzéssel megtorolt bűn volt 14 éven felüli cigánynak lenni. Szerencsére a törvényt az utolsó 100 évben már nem alkalmazták, de megtehették volna. Skóciában is hasonló törvényi szabályozás volt érvényben. Egy dokumentum szerint 1624-ben 8 férfit végeztek ki cigány mivolta miatt, az elfogott csoport asszonyait, gyermekeit kitoloncolták az országból. Mások nem voltak ilyen szerencsések. 1636-ban egy csoport férfitagjait fölakasztották, a gyermektelen nőket vízbe fojtották, az anyákat megkorbácsolták és arcukra bélyeget égettek.

Európa más országaiban, például Franciaországban gályarabsággal büntették a cigányokat/romákat.

A mai Olaszország területén 1601-re minden állam, királyság, hercegség területéről kitiltották a cigányokat.

Azokban az országokban, ahol az asszimilációt választották megoldási stratégiának (Spanyolország, Németország), a következő intézkedéseket tették: a gyerekeket erőszakkal elvették a családjuktól, keresztény családoknak adták őket, hogy ott „tisztességes” nevelésben részesüljenek, elfeledve származásukat. Ezen túl megtiltották a cigányoknak nyelvük használatát (amelyet nem tekintettek önálló nyelvnek, csak a többségi

társadalom megtévesztésére szolgáló zsargonnak), öltözetük viselését. Tilos volt továbbá a hagyományosnak mondott cigány/roma mesterségek, praktikák, babonák művelése. Ez alól kivételt képeztek az olyan területek, ahol hiányoztak a különféle mesterségek (fémművesség, lópatkolás, lószerszám-készítés) nem-cigány mesteremberei, itt engedélyezték a cigányoknak, hogy ezekben a szakmákban dolgozzanak. A letelepített cigányokat/romákat általában földművelésre kényszerítették, erősen szabályozva, hogy milyen munkát kell, szabad végezniük. A férfiakat a legveszélyesebb munkákra hívták be a hadseregbe. Megtiltották számukra a fegyver- és lótartást – hiszen ezek birtokában lehetőségük lett volna egy autonóm élet kialakítására.

Az erőszakos letelepítés során nem engedték, hogy több család éljen egymás közelében, megakadályozva ezzel azt, hogy kolóniát, telepet hozzanak létre. Házaikat a nem-cigány lakosok házai közé, szétszórtnak kellett építeniük.

A XIX. századtól az I. Világháború kezdetéig az Európából kifelé induló vándorlásokkal egy időben egy, a kontinensen belüli, délkeletről-keletről nyugatra irányuló vándorlás is végbement. Ekkor jelentek meg balkáni cigánycsoportok Európa számos országában. Az újabb cigány/roma csoportok megjelenése valamennyi országban hasonló reakciót váltott ki, mint XV. századi megérkezésük. A kezdeti érdeklődést felváltotta a féltékenység, a gyűlölet, az üldözés, amely a tetőpontját a náci harci gépezet népiértésében érte el, hiszen becslések szerint néhány év alatt körülbelül 250 000 cigány/roma esett áldozatul a rendszernek. Ezek az adatok csak hozzávetőlegesek. A valós áldozatok száma ennek három-négyszerese is lehet.

A roma/cigány népesség Magyarországon – A 19. századig

A romák/cigányok a 15. század idején jelentek meg Magyarországon – Aven-

tinus humanista történetíró az ország Török Birodalommal való határon lakó cigányokról tesz említést. Az 1400-as évektől a cigányok vándorló életmódot folytattak, melyek zavartalanságát a menlevelek biztosították, illetve – leginkább Erdély területén – jellemző volt bizonyos városrészekhez való kötődés, melyeket a letelepedés igényének első jeleiként is értelmezhetünk. Zsigmond király menlevele 1423-ból származik: *„... és elrendeljük, hogy László vajdát és cigány alattvalóit minden módon óvjátok, ne akadályozzátok, életüket ne nehezítsétek, hanem ellenkezőleg minden alkalmatlanságtól és bosszúságtól védjétek...”* A menlevél egyben kiváltságlevél is volt, mely biztosította a cigányok jogát a saját ügyeikben való döntésekre, törvénykezésre. Magyarország a cigányság számára kedvezőbb környezetet nyújtott a nyugatabbi területeknél: a roma/cigány csoportok számára hosszú időn át biztosítottak szabad mozgást és önrendelkezést a legmagasabb szinteken, hiszen a romák/cigányok többsége királyi jobbágyként élt, így mentesültek a kisebb helyi hatalmak szolgálatától.

A Habsburg-uralom alatt a cigányellenes törvénykezés érvénybe lépett Magyarországon is. 1616-ban Thurzó György magyar nádor ismét kiadott egy menlevelet cigányok számára. Ebből kiderül, hogy milyen esélytelen helyzetben vannak a cigányok Európában. Thurzó utasította a helyi hatóságokat, hogy védjék meg a cigányokat a velük szemben föllépőktől. Jelentős változást okozott a magyarországi cigányok életében a Habsburg-uralom kiteljesedése:

- **I. Lipót** 1701-ben törvényen kívül helyezte a cigányokat.
- **Mária Terézia** 1749. évi rendeletében kiutasította az országból minden cigányt, aki nem telepedett le, további rendeleteivel pedig teljes asszimilációt szorgalmazott.
- **II. József** folytatta az erőszakos asszimiláló politikát, illetve kiter-

jesztette azok érvényességét Erdélyre is.

Mária Terézia és II. József rendelkezéseit Magyarország és Erdély nagy részén sem a hatóságok, sem a cigányok nem vették túl komolyan, amennyire lehetett, kibújtak a végrehajtása alól.

A XVIII. századtól megkezdett, a letelepedésre és az asszimilációra irányuló rendelkezések, intézkedések hatása fokozatosan teljesedett ki. Az erre irányuló rendeletek rejtetten hatottak, az 1893. évi népszámláláskor a magyarországi cigányság kb. 90%-a már letelepedett és állandó lakóhellyel rendelkezett.

A cigányság helyzete Magyarországon 1945-ig

Az 1893-ban tartott cigányösszeíráskor 275 000 cigányt írtak össze hazánkban, ekkor már a nagy többség „állandóan letelepedettnak” számított, „huzamosabban egy helyben tartózkodónak”, azaz „félvándornak” mintegy 20 000, míg „kóborcigánynak” 9 000 főt neveztek a népszámlálás adatai alapján. A megnevezett kategóriák mutatják, hogy a cigányság nem alkotott homogén közösséget ebben az időszakban (sem): a szociológiai mutatókat tekintve a letelepedett cigányoknak nevezettek mutatták a legjobb, míg a kóborcigányok a legrosszabb jellemzőket – igaz ez az átlagéletkorra, a gyerekszámra, a lakásviszonyokra, a foglalkoztatottságra.

Ebben az időszakban a cigánykérdés fő okát még mindig a vándorlásban látták. Éppen ezért az összeírás célja az volt, hogy adatokat gyűjtsenek egy, a problémát kezelni tudó rendelet megalkotásához – a Statisztika Hivatal kiadványának előszavában szerepel a megfogalmazott cél, „a csavargási ügyek rendezése és ezzel kapcsolatban a kóbor cigányok letelepítése”. Ez a rendeletet 1916-ban született meg; korábban, 1880 és 1910 között a vármegyék saját hatáskörükben intézkedtek a vándorlások visszaszorí-

tása érdekében. Az 15 000/1916-os rendelet az alábbi módon határozott a kóborló romákról:

Kóborlónak számít az, aki nem tudja igazolni, hogy rendes lakhelye van. Akinek van igazolható lakhelye, de nem tartózkodik ott, vissza lehet toloncolni! Egyetlen cigány sem hagyhatja el engedély nélkül (előjárósági vagy rendőrségi) a nyilvántartott lakhelyének belterületét. A községi előjáróságnak nyilvántartásba kell vennie a cigányokat, és rendszeres orvosi ellenőrzés alá kell vonni őket. A nyilvántartott cigány az elvégzett szolgáltatásokért, illetve munkájáért járó díjakat nem kaphatja kézhez – azt a község által kijelölt egyén kezeli!

A hatóságok gyakorta próbálkoztak, különféle módokon, a kóborló cigány családok letelepítésével, illetve a deviánsnak tekintett magatartásformák visszaszorításával. 1928-ban a II. Büntetőnovella (1928. évi X. törvény) megrögzött rendelkezései tömegeiben érintették a beilleszkedni nem tudó, csavargó és bünt elkövető cigányokat, mivel a rendelet szerint önhibájukból válnak folyamatosan újra és újra bűnelkövetővé. 1931-től a vándoripari engedélyek kiadását korlátozták tovább nehezítve ezzel a cigányság életkörülményeit, hiszen a munkavállalási lehetőségeket tovább szűkítették a cigányok számára. Egy 1938-as rendelet szerint minden cigányt gyanús egyénnek kell tekinteni – ezen rendelet, valamint Endre László későbbi államtitkár 1934-es követelése a cigányok koncentrációs táborba való zárásáról és a férfiak sterilizálásáról a közvetlen előzményeit és alapját képezik a magyarországi romák holokausztjának.

„A magyarországi áldozatok számáról máig vitát folynak, a kutatások a több tízezres számot valószínűsítik. (...) ..több településen, például Esztergomban 1942-ben, zárt cigánytelep létesítéséről döntöttek a városatyák, amit csak a munkavégzés céljából hagyhattak el. 1944 tavaszán-nyarán több város és sok falu roma lakosságát munkatáborokba viszik Szolnok, Csongrád, Bács-Kiskun, Pest, Heves

megyéből, augusztusban pedig a Honvédelmi Minisztérium elrendeli a cigány munkásszázadok felállítását. 1944. november másodikán-harmadikán megindul a roma családok összeszedése és internálása Zala, Veszprém, Vas, Baranya, Somogy, Tolna, Komárom, Győr, Sopron, Pest megye településeiről. A Pest környéki romákat családotul, gyerekestül, november másodika és hatodika közt szedik össze a helyi csendőrségek, majd az óbudai téglagyárba viszik őket. Innen november 10-én marhavagonokban szállítják Dachaubá, majd három nap elteltével a nőket és a gyerekeket tovább Ravensbrückbe.(...)” (Bernáth Gábor, 2002. augusztus 2. RSK)

A cigányság helyzete Magyarországon 1945-től napjainkig

A II. világháború után, 1957-ig a cigányokkal a minisztériumok foglalkoztak, a probléma kezelésére számtalan koncepció és magatartásforma alkalmazása jellemző, az atyáskodó bánásmódtól (segélyezésért cserébe hasonulás várása) egészen a durva zaklatásig és erőszakos áttelepítéséig. A személyi igazolvány 1954-es bevezetése, a cigányokat ismételen hátrányos megkülönböztetésbe taszította; egyrészt a kiadáshoz szükséges iratok hiánya miatt, másrészt az eltérő színű (fekete) igazolvány segítségével a rendőrség megkülönböztethette a „megbízhatatlan elemeket”. 1955-ben az Egészségügyi Minisztérium készített egy tervezetet a „cigányság társadalmi, szociális, egészségügyi és kulturális helyzetének megjavítására”, melyet 1961-ben párthatározat követett, a párthatározat a cigánykérdést szociális problémaként fogalmazta meg. Ebben az időszakban a cigányok 70-80%-a a társadalomtól elkülönülten, telepeken élt (a kóborcigányok sátrakban, míg a letelepedettek vályogkunyhókban, helyenként házakban). A telepeken erőszakos mosdatások, fertőtlenítések folytak, ha bűncselekményt követett el valaki, a

rendőrség sorra vette a telep lakóit, akik védelem nélkül álltak a hivatalos szervvel szemben.

A Magyarországi Cigányok Kulturális Szövetsége az ötvenes években a cigány értelmiségiek – László Máriával, az első cigány származású főtitkárral az élen – kezdeményezésére alakult meg. Tevékenységüket 1961-ig folytathatták, ekkor ugyanis a nemzetiségi szövetségre törekvő csoportosulás kapcsán egyértelműen kijelentette Kádár János, hogy a cigányság nem nemzetiség, s nyelvük, kultúrájuk, hagyományos kötöttségeik akadályozzák a legfőbb célt, a társadalomba való teljes beolvadást. A párthatározat szemléletéből adódóan (a cigánykérdés nem nemzetiségi, hanem szociális ügy) szociális válságkezelési-stratégia kialakítását szorgalmazták. 1965-ben indítottak egy, a cigánytelepek felszámolására irányuló programot – az állandó keresettel rendelkezők kedvezményes kamatú kölcsönt vehettek fel „CS” lakások építésére, illetve régi parasztházak felújítására. Az új lakások építése és a régi házak felújítása a telepszerű elrendezést nem változtatta meg, hiszen az új, „CS” házak egymás mellé épültek, az öreg parasztházakat pedig leginkább infrastruktúrával nem rendelkező kistelepüléseken lehetett megvásárolni. A korábbiakhoz képest azonban ez is nagy mértékű javulásnak tekinthető a lakhatási viszonyok területén.

Az 1980-as évek végére jellemző, hogy a cigányság helyzete az előző évtizedekhez képest sokat javult. Ez a lehetőségeket teremtő tendencia azonban nem tekinthető általánosnak és egyáltalán nem tekinthető kiforrott és megszilárdult állapotnak.

A biztató jelek a rendszerváltást követően visszajukra fordultak. A rendszerváltás vesztesei első körben az alacsony iskolázottságú rétegek voltak, a korábban leginkább segédmun-

kásként dolgozó cigányság pedig ebbe a körbe tartozik. Bár megfigyelhetőek kedvező folyamatok is, de – megfelelő esélyek, lehetőségek hiányában – a cigány családok jelentős részének egyáltalán nincs esélye, akár csak a rendszerváltás közvetlenül megelőző időpontban elért életszínvonalat is elérni.

Az alább felsorolt események, folyamatok formálták/formálják leginkább a magyarországi cigány közösség helyzetét:

- létrejöttek a kisebbségi, köztük a cigány önkormányzatok,
- kialakult egy cigány értelmiségi réteg,
- romológia tanszékek szerveződtek (Debrecen, Kaposvár, Nyíregyháza, Pécs, Zsámbék),
- jelentősen megszorodott a cigánysággal foglalkozó publikációk, illetve a cigány nyelvű kiadványok száma
- cigány nemzetiségi iskolák jöttek.

Irodalom:

- Erdős Kamill: A magyarországi cigányság – In: Néprajzi Közlemények III., 1958
- Formoso, Bernardo: Cigányok és letelepültek – In: Prónai Csaba (szerk.) Cigányok Európában 1. Nyugat Európa, Kulturális antropológiai tanulmányok – Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2000
- Forray R. Katalin (szerk.): Ciganológia – romológia – Dialóg Campus, Budapest-Pécs, 2000
- Fraser, Angus: A cigányok – Osiris Kiadó, Budapest, 1996
- Glatz Ferenc (szerk.): A cigányok Magyarországon – Akadémiai Kiadó: Magyarország az ezredfordulón, Budapest, 1999
- Kemény István (szerk.): Beszámoló a magyarországi cigányok helyzetével foglalkozó 1971-ben végzett kutatásról – MTA Szociológiai Intézet, Budapest, 1976
- Kemény István (szerk.): A magyarországi romák - In: Változó Világ Többnyelvű Könyvtár, Győr, 2000
- Liégeois, Jean-Pierre: Romák, cigányok, utazók – Európa Tanács Információs és Dokumentációs Központ, Budapest, 1998
- Nagy Pál: A magyarországi cigányok története a rendi társadalom korában – Csonkai Vitéz Mihály Tanítóképző Főiskola, Kaposvár, 1998
- Nagy Pál: Magyarországi cigány népesség a XVI-XVII. században – In: Romológiai Kutatóintézet Közleményei 1. Romológiai Kutatóintézet, Szekszárd, 1999
- Prónai Csaba (szerk.): Cigányok Európában 1. Nyugat Európa. Kulturális antropológiai tanulmányok – Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2000
- Tomka Miklós: A cigányok története – In: Szegő László (szerk.) Cigányok – honnét jöttek? Merre tartanak? – Kozmosz Könyvkiadó, Budapest, 1983

Jelenlegi helyzet

A roma populáció Európa legnagyobb létszámú etnikai kisebbségi csoportja. Megközelítőleg 7-9 millió roma él ma Európában, körülbelül kétharmaduk Közép- és Kelet- Európa országaiban.

A népesség többsége az uniós tagságra jelölt Románia (~2,5 millió) és Bulgária (~500 ezer), illetve az újonnan csatlakozott országokban található, mint, Magyarország (~600 ezer), Szlovákia (~400 ezer) és Csehország (~300 ezer).

A 2004-es EU csatlakozásig az EU-n belül Spanyolország volt az a nemzet, ahol a legtöbb roma lakos élt, létszámuk több mint 650 ezer fő volt.

Az Európai Bizottság által 2004-ben kiadott „A romák helyzete a kiszélesedett Európai Unióban” című jelentés szerint az európai romák helyzete a szociális beillesztés szempontjából a következőképpen foglalható össze:

- **Oktatás:** A legtöbb országban a többségi iskolák a roma gyerekeket szegregálják. A roma gyerekek gyakran szenvednek hiányt, iskolai előrehaladásuk elmaradhat a kortársaiktól. Mindezek ellenére iskolai teljesítményükre rendkívül kevés figyelem irányul.
- **Foglalkoztatás:** néhány régebbi Európai Unió tagország célul tűzte ki a romák foglalkoztatását a magas munkanélküliség mérséklésére a Nemzeti Akciótervben.
- **Lakhatás:** Európában a roma populációt átlag alatti lakáskörülmények jellemzik, gyakran szegregált településrészekben (gettók) élnek. A gettók hiányos infrastruktúrával,

mindentől elkülönítve léteznek. A betegségek aránya magas, a kilakoltatás kockázata pedig állandóan fenyegeti őket.

- **Egészségügyi ellátás:** A szegénység és a rossz életkörülmények miatt a roma populáció az egészségügyben is folyamatosan szembesül a diszkriminációval. Magas számban fordul elő a tuberkolózis és a hepatitis. A roma társadalom várható élettartama jóval alacsonyabb a nem romák várható élettartamához képest.

Halmazott következmények:

- A szociális védőrendszer Európában gyakran megtagadja a romák hozzáférését a biztonságos szolgálati rendszerhez. A romák segítség kérése esetén gyakran diszkriminációba ütköznek.
- Gyakori problémát jelent egész Európában a dokumentumok hiánya, pl. a születési és házassági bizonyítványok, tartózkodási engedélyek és személyazonosságot igazoló dokumentumok. Mindezek komoly problémát okozhatnak, ha szociális segítségre van szükség. Esetenként a személyt még állampolgári jogaitól is megfoszthatják a dokumentumok hiánya miatt.

A roma nők többsége kettős diszkriminációval szembesül, melynek eredményeképp az egészségügyi szolgáltatásokhoz, oktatáshoz és egyéb szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetősége csökken. Ez komoly aggodalomra ad okot, ha a nők családban betöltött szerepére gondolunk.

A magyarországi roma népesség

Demográfiai jellemzők

Ma körülbelül 800 ezer roma lakosa van Magyarországnak, pontos adatok azonban nem állnak rendelkezésünkre. Legnagyobb arányban Északkelet-Magyarországon élnek roma származású emberek (a teljes népességhez viszonyított arány 9%-a), a keleti és dél-dunántúli régiókban ez az arány 6-6,5 %. Legkevesebb számban Észak-Dunántúlon és Budapesten vannak jelen roma közösségek. Ezen közösségek többnyire diaszpóra szerű elrendezésben, többnyire nem homogén keveredésben élnek a nem roma lakossággal. A magyar állampolgárok közül a szegények és a roma nemzetiségűek halmaza jelentős átfedést mutat, vagyis a szegények között a romák jelentősen felülreprezentáltak.

Jelenlegi helyzet

Az oktatás, a foglalkoztatás és a lakhatási viszonyok mind olyan alapvető fontosságú tényezők, melyek meghatározó jelentőségűek a népesség egészsége és életminősége tekintetében egy adott környezetben.

Azon társadalmi csoportok, amelyeknek iskolázottsága, foglalkoztatása, vagy lakhatási viszonyai elmaradnak a populációs átlagtól, rosszabb egészségi állapottal jellemezhetők.

Általánosságban elmondható, hogy a roma népesség egészségi állapota fejlődő tendenciát mutat, azonban még mindig léteznek akadályok, melyek kiküszöbölése nélkül nem várható a fejlődési folyamat előrehaladása.

A roma népesség egészségére ható jelenlegi tényezőket a következőképpen foglalhatjuk össze:

OKTATÁS

A roma népesség iskolázottsági szintje jóval alacsonyabb a többi csoporténál. Ennek legfőbb oka az esélyegyenlőtlenség és a kirekesztés az iskolákban.

A három legtipikusabb elkülönítési forma a) cigányiskolák, a cigányosztályok létrehozása, b) a roma gyerekek speciális iskolába küldése, c) az osztályközösségekből kirekesztő magántanulói státuszok gyakorlata.

Mindezek mellett nehezíti a fiatalok továbbtanulását a nem megfelelő információszolgáltatás, sok esetben a tanulók nem élnek a különböző támogatási lehetőségekkel, hiszen ne is hallottak róla.

Másik nehezítő tényező, hogy a pedagógusok nincsenek felkészítve az esetlegesen alul iskolázott, roma nemzetiségű, deprivált szegény szülőkkel történő kommunikációra, kooperációra, miközben az oktatási rendszer jelentősen épít a szülői aktivitásokra, kooperációra.

FOGLALKOZTATÁS

Az aktív, keresőképes korú romák körében közel 50%-os a munkanélküliség, míg az országos átlag 7% körül mozog. Egyre több roma származású személy helyezkedik el a munkaerőpiacon, ezzel maguk mögött hagyva néhány hagyományt, azonban a roma származású dolgozók által betöltött munkahelyek általában rövid időre szólnak, alacsonyak a bérek, és rosszak a munkakörülmények.

A nem szintén fontos befolyásoló tényező, a munkavállaló roma férfiak száma jóval magasabb, mint a nőknél.

LAKÁSVISZONYOK

A telepek, nagyvárosi gettók (a területi átlaghoz viszonyított jelentősen rosszabb, legalább négy családot érintő lakókörülmény) lakosai között jeltősen felülreprezentáltak a magyarországi roma közösségek képviselői. A lakhatási viszonyok fontos szerepet játszanak a kirekesztés folyamatában, ha hátrányos helyzetű csoportokról beszélünk.

Annak ellenére, hogy a romák lakásvi-szonyai az elmúlt években javultak, a közösség nagy része még ma is egy-szobás lakásokban él, ahol esetenként még villany, illetve ivóvíz, csatorna sincs. Mindemellett a családok nagy részénél kettő, vagy több gyermeket is nevelnek, gyakran előfordul, hogy három generáció él egy lakásban.

KULTÚRA

A kultúra jelentős szegmense az egészség-kultúra, mely az egészség kép, az egészség tudatos magatartás, több generációs szocializációs folya-mata által kialakított egyéni és társa-dalmi viselkedésekben, értékorientá-ciókban tetten érhető.

Roma nők

A roma nők közösségükön belül kulcs-fontosságú szerepet töltenek be. Tanítanak, gondoskodnak a gyerekekről és az idősebbekről, és ők felelősek a kultúra értékeinek és szabályainak to-vábbadásáért. Általában a nők nyitot-tabbak a változásra, legfőképp ha az egészségről van szó. Ezért leginkább a nők állnak az oktatási, szociális és egészségügyi programok középpont-jában, melyeket a különböző egyesü-letek és szervezetek rendeznek.

Manapság a roma nők vezető szerepe ismertebbé vált a közösségen belül, és a közösségi élet különböző szekto-rain belül is.

Egyre több nő szakít a hagyománnyal, hogy magukat kizárólagosan a csa-ládnak áldozzák fel. Ehelyett inkább tanulmányokat folytatnak, vagy mun-kába állnak.

Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy tradicionálisan a nők fog-lalkoznak a család egészségével, így minden, ami specifikusan őket célozza meg, visszahat a család többi tagjára. Természetesen nem lehet csak a nő-ket a figyelem középpontjába állítani, hiszen ez kirekeszteni a férfiakat az egészséggel kapcsolatos ügyekből. A férfiak különleges figyelmet érdemel-

nek, ha személyes törődésről vagy egészségvédelemről beszélünk.

A roma fiatalok szintén húzóerőnek számítanak, mivel hozzájárulnak a roma közösség tradicionális értékei-nek és identitásuknak újrafogalmazá-sához. A tény, mely szerint a fiatalok egyre többet tanulnak és egyre inkább meggyőződnek a társadalomban való aktív szereplés fontosságáról, nyitot-tabbá teszi őket az egészségmegőr-zésre.

Roma Kultúra

A testünkkel való törődés és az egész-ség és betegség kapcsolata mind kul-túra specifikus. Minden csoport, illet-ve etnikai kisebbség rendelkezik saját elképzelésekkel e témát illetően.

A roma népesség esetében mindig számolnunk kell azokkal a nézőpon-tokkal, melyek meghatározzák a ro-mák és az egészségügyi ellátórend-szer kapcsolatát.

A roma kultúra napjainkra alkalmaz-kodott a valósághoz, azonban a nép-csoport heterogenitásának ellenére van az elfogadott elemeknek egy nagy csoportja, mely állandó, és a kultúra egy nélkülözhetetlen részét képezi. Ez egy leírhatatlan kultúra, melyet ge-nerációk adtak tovább egymásnak, és ahol a roma nők fontos szerepet tölte-nek be, mint közvetítők.

A kulturális identitás a közösségekben mindenütt jelen van, az önbecsülés és büszkeség forrásaként, csakúgy, mint fontos védőfaktorként.

A közösségi támogatás ebben az eset-ben szorosan összekapcsolódik a kul-turális identitással, és lehetőséget nyújt az egyén védelmére.

A következők a magyarországi roma közösségek olyan kulturális jellemzői, melyek populáció szinten jellemző-ek (de nem szükségszerűen minden egyénre jellemző) és szükségesek az egészség- betegség kapcsolatának megítélésében:

- A roma társadalom alapegysége a kiterjesztett **család**, ez az a mag, mely körül kialakulnak a szociális és személyes kapcsolatok. Ez magyarázza például, hogy amikor egy családtag megbetegszik, akkor a tágan értelmezett nagycsalád, nemcsak a közvetlen családtagok kísérik a beteget.
- A **csoport** fontosabb, mint az egyén; a csoport érdekei gyakran az egyén érdekei fölé emelkednek.
- A **beszéd** nagy értéke, mely elsőbbséget élvez az írott szavakkal szemben.
- **Az idősek tisztelete.** Az idősebb korosztály jelen van a roma közösségekben, és törődésre szorul.
- **Az idősebb** roma egyének hatással vannak a közösség fiatalabb tagjaira. Fontos, hogy a fiatalok támogatást kapjanak az idősebb, tisztelt közösségi tagoktól, akik nyitottak az új nézőpontokra a közösségi élet fejlődésének érdekében.
- **Gyász:** hatással van a szociális életre, meghatározza a megjelenést: fekete ruha, fejkendő a nőknek, szakáll a férfiaknak, stb., és szabályokat alkot a közösségi életre
- **Az elhunyt** személye nagyon fontos. Az intenzív gyászreakciókat meg kell tanulni kezelni, azokban az esetekben, ha a hozzátartozó halála bizonyosságot nyer, vagy ha az orvos boncolást kér.
- **Istentisztelet:** minden templomnak és lelkésznek különböző hatása van az egyháztagokra.
- **A nők szerepe:** ha betegségről van szó, a nők felelősek a törődésért és ellátásért egyaránt.
- **A fiatal nők túlzott védelme:** A roma lányokat már fiatal koruktól készítik a házasságra, számukra reprodukív célokat tűznek ki. Azonban annak ellenére, hogy családtervezési és betegségmegelőzési szempontból fontos lenne a felvilá-

gosítás, a családon belül a szex tabu téma.

A roma közösségeken belül zajló átalakulási folyamat szükségessé teszi néhány tradicionális szabály elhagyását, mely a romák hozzáférését segíti az ellátás, oktatás és az egészségügyi szolgáltatások területére. Ez leginkább a roma nők esetében szükséges.

A cigánység körében élő szokások, hiedelmek, babonák

(Védőnők, védőnőhallgatók és saját gyűjtésből összeállította Angyal Magdolna tanársegéd, PTE ETK)

A várandóssággal és a várandósság ideje alatti viselkedéssel kapcsolatos hiedelmek:

- A várandósság ideje alatt nem szabad megvásárolni a babakelengyét, mert a gyermek halálát okozhatja.
- A várandós nő nem ütheti meg magát, nem eshet rá semmi, mert az újszülöttön meglátszik a nyoma (anyajegy formájában).
- Sérült gyerekekre és állatra nem nézhet, és nem csodálkozhat rá a várandós nő, mert a születendő gyereke is olyan lesz.
- A várandósság ideje alatt nem szabad fogat tömetni, vagy húzatni, mert „nyomot hagy a gyereken”.
- Amit a várandós nő megkíván, meg kell kapnia, mert a meg nem kapott étel anyajegy formájában az újszülött testén megjelenik.
- A leendő gyermekáldást (várandósságot) nem szabad eltitkolni, mert néma lesz a gyerek.
- A 18 éves korig még nem szülő nőt magtalanak tekintik, mert ez fogatékosságnak számít.
- Gyomorégés a várandósság ideje alatt, a gyermek nagy hajjal fog születni.

- Has szúrásának érzete a várandósság alatt, a gyermek nagy hajjal fog születni.
- A várandós nő hasának formája: ha csúcsos fiúgyermek, ha széles lánygyermek fog születni.

Csecsemőápolással, csecsemőgondozással és táplálással kapcsolatos szokások, babonák:

- A csecsemő csuklójára gyöngyfűzért tesznek, a fűzér szorosságából állapítják meg a gyermek gyarapodását.
- A csecsemőket csak kétnapon-ta vagy ritkábban fürdetik, mert a fürdés kiveszi a gyermek erejét, és gyengíti az ellenálló képességét.
- Káros, ha a fogzás a felső fogsornál indul meg előbb, mert akkor kis növésű lesz a gyermek.
- Nem szabad beteg gyerek ruháját másik gyermekre ráadni, mert ő is beteg lesz.
- A hagymahéjból, köménymagból főzött tea jót tesz a csecsemőnek, nem fáj tőle a hasa

(Megjegyzés: az édesköményből főzött tea valóban ajánlható hasfájós, kólikás csecsemőnek, mert szélhajtó hatása van. A hagymahéjból főzött tea köhögéscsillapító hatású.)

- A kisfiúk hímvesszőjét felfelé kell pelenkázni, mert így a pénisz majd nagyobb lesz.
- A csecsemőt pólyába kell kötni, mert az jó a csípőficam ellen.
- (Megjegyzés: a szorosan pólyába kötött gyerekek hajlamosabbak a csípőficam kialakulására.)
- Nem jó tápszert adni a gyerekeknek, mert nagy lesz attól a feje.
- A gyulladt, váladékos szembe anyatejet kell fejni.
- Ha a gyermek sír, azonnal mellre teszük szoptatni.

- Előfordul, hogy a nagymama párhuzamosan szoptatja a gyermekét és az unokáját.
- Testvér születésekor a nagyobb gyermek szoptatását sem hagyják abba.
- Halat nem adnak egyéves kora alatt a csecsemőnek, mert a hal néma, csak tátog, és ha a kicsi eszik belőle, akkor ő sem fog beszélni, vagy később fog megszólalni.

(Megjegyzés: allergizáló hatása miatt az érvényben lévő csecsemőtáplálási módszertani levél szerint nem adható egy éves kor alatt hal.

Csecsemőápolással, csecsemőgondozással és táplálással kapcsolatos ártalmas ill. veszélyes szokások, babonák:

- Csócsálás: a szilárd táplálékot az anya v. nagymama előragja, és így adja a gyerekeknek. Csak az anya vagy a nagymama rághatja meg a gyerekeknek adott falatot. Azért alakulhatott ki ez a szokás, mert nem volt a szegényebb házaknál semmilyen alkalmatosság arra, hogy pépesítsék az ételt a csecsemők számára.
- Anyatej termelődését segíti, ill. fokozza, ha az anya a mellet bekenni csirkeepével.
- A csecsemő körmét nem vágják le, hanem lerággják, mert különben tolvaj, zsvány lesz később a gyermek.
- A csecsemő száját ki kell mosni a fürdővízzel, mert így elkerülhető a szájpenész.
- A lázas, hasfájós gyereket szenes vízben fürdetik meg.
- A köldök ápolásához házi zsír használata ajánlott.
- Tápszert helyett inkább feles tehenetejet kell adni a csecsemőnek, mert a tápszertől nagy lesz a baba feje.

- Hasfájás ellen hamuban kell fürdetni a csecsemőt, mert a hamu véd az ártó szellemektől.
- Védőoltástól és injekciótól félni kell a gyermeket, mert az sebet ejt rajtuk.
- A gyermek a szülővel egy ágyban alszik, nehogy kicseréljék a gyermeket az ártó szellemek.

(Megjegyzés: a szülővel való együtalvás nagy veszélye a SIDS, a bőlcsőhalál).

- Hasfájás ellen anyatejben feloldott verébürüléket kell itatni a gyerekekkel.

A rontástól és szemmel-veréstől óvó babonák:

- Bárki szemmel verheti a gyereket, főleg azok, akiknek szemöldöke összeér.
- Szemmel-verés következtében a gyermeknek fájhat a hasa, vagy megbetegedhet.
- Ha valaki sokáig nézi a babát, az rontást visz rá.
- A gyermek csuklójára vagy a hajába piros szalagot kötnek, hogy arra csodálkozzanak rá az emberek.
- Rontás ellen faszenet szónak a csecsemő ágya köré, esetleg még az udvarra is.
- Amíg meg nem keresztelik a gyermeket, a bőrrel érintkező ruhadarabokat fordítva adják rá.
- Keresztelőig nem viszik ki a gyermeket a házból és nem fogadnak látogatót sem.
- Az újszülöttet megköpködik, vagy hogy idegenek ne tudjanak rá rontást hozni.
- A csecsemő pólyájába vagy a párnája alá különböző kegytárgyakat (kereszt, rózsafüzér, szentkép, fésű, fokhagyma, stb.) tesznek, amíg

nincs megkeresztelve, nehogy ál-mában kicserélje az ördög.

- Az anyának azért kell felvenni azonnal a síró kicsit, mert a baba látja az ártó szellemet, de védtelen azzal szemben. Ha az anyja a karjába veszi és nem 'jajgatja' meg, akkor a szellem odébbáll.

Egyéb, a gyermek szerencsével kapcsolatos szokások, babonák:

- Az első terhességet semmiképpen sem szabad megszakítani.
- A csecsemő haját egy éves koráig nem szabad levágni, mert ezzel együtt elvágják a szerencsését.
- Nem szabad a csecsemő fürdővizét este kiönteni, csak reggel, mert így a baba jól fog aludni az éjszaka.
- A csecsemő fürdővizét csak másnap szabad kiönteni, és csak olyan helyre, ahol nem jár senki, mert elpártol a picitől a szerencse.
- Délután nem teregetnek ki ruhát száradni, mert nem fog aludni a gyermek.
- Tükörbe egyéves koráig nem láthatja magát a csecsemő.
- A még nem beszélő kisgyermeknek lőni kell egy madarat, abból levest készítve megetetni vele, akkor megéred a nyelve.
- Fontos, hogy a gyermek fogai először az alsó fogsorból kezdjenek nőni, mert ellenkező esetben meghalhat a gyerek.

Gyerekágyas nő életmódjával összefüggő babona:

- A gyermekágyas anya nem mehet a kútra vízért, mert akkor elapad a teje.

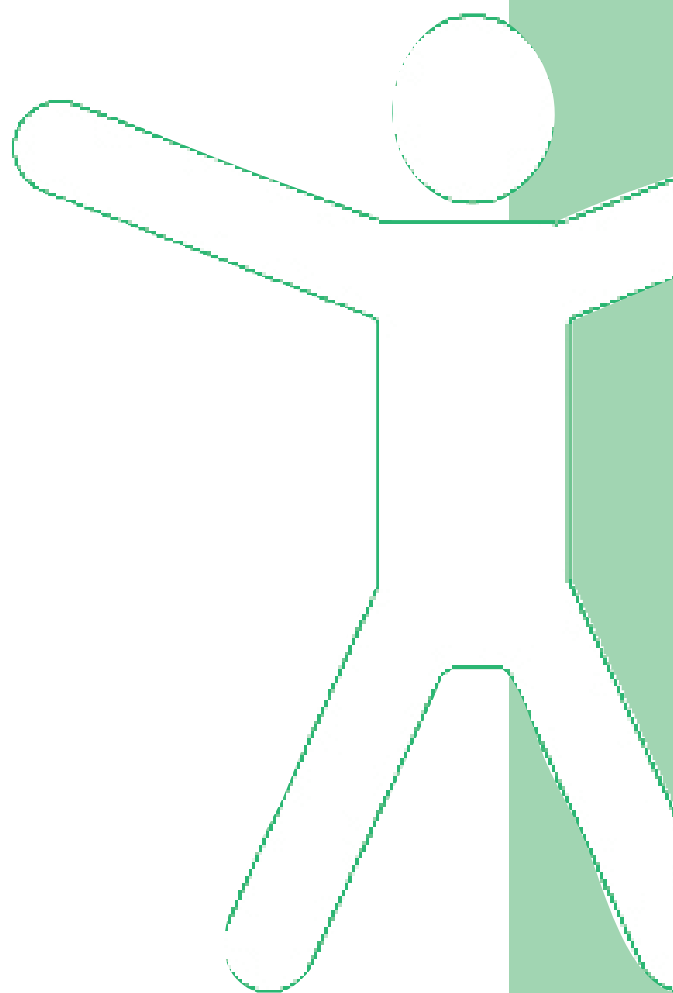
(Megjegyzés: a nehéz fizikai munka végzése kedvezőtlenül befolyásolja az anyatej termelődését.)

Fogamzásgátlással kapcsolatos szokások, hiedelmek:

- Hosszú ideig tartó szoptatás.
 - Szeretkezés után a női nemi szerv ecetes vízzel történő lemosása.
 - Szeretkezés után azonnal vizelet-ürítés.
- Otthonszülés után a köldökszinórt felakasztják az ajtófélfára. Amíg az el nem szárad, addig nem következik be a nem kívánt terhesség.



Az egészség és a roma közösség



Előítéletek

Az egészség átfogó fogalom, melynek fennállása vagy hiánya hatással van az élet minden területére: a tanulásra, a munkára, a családi és társas kapcsolatokra, a magán- és közéletre. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az egészség fogalmát úgy definiálja, hogy „Az egészség a testi, lelki és szociális jóllét állapota, nem csak a betegség hiánya.” A WHO az egészséget **alapvető emberi jognak** tekinti, melynek érdekében minden ember számára biztosítani kell az alapvető egészségügyi ellátást.

Az egészségi állapot mindazon környezeti és társadalmi tényezők hatásainak eredménye, melyek nap mint nap érnek minket. Ezek között vannak olyan tényezők, amelyek nem módosíthatók, mint a kor, nem, genetikai örökség, és vannak olyanok, melyeken képesek vagyunk és kell is változtatni (viselkedés, életmód, kulturális nézőpont, munkanélküliség stb.). Az egészség inkább meghatározott a változtatható, mint a változtathatatlan tényezők által, ennek következtében nem tekinthető biológiailag meghatározottnak.

Az egészséget meghatározó, módosítható tényezők egy része az egyén felelőssége. Ezek közé tartozik a táplálkozás, a személyi higiéné, a testmozgás, a különféle szerek használata (dohányzás, alkoholfogyasztás, stb.). Az egészséget befolyásoló, módosítható tényezők másik részét azonban az egyes egyéneknek alig vagy egyáltalán nincs módjuk befolyásolni. Ide tartoznak a nem megfelelő lakáskörülmények, egyes kulturális szokások, a gyenge minőségű képzést nyújtó iskolák, bizonyos foglalkozásokban a megélhetést sem biztosító, alacsony jövedelem, illetve a diszkrimináció okozta kirekesztés és a szociális marginalizáció, amely korlátozza az egészségügyi ellátások hozzáférhetőségét és igénybevételét.

Egyértelműen kimutatható, hogy az etnikai csoporthoz tartozás hozzájárul a népességen belül a romák és nem romák egészségi állapota közt lévő egyenlőtlenségek kialakulásához. Ezek az egyenlőtlenségek részben az egészséget döntően meghatározó társadalmi és gazdasági tényezőkben gyökereznek, részben pedig azon akadályok következményei, melyek korlátozzák az egyént az egészségügyi ellátás igénybevételében.

A társadalmi tényezők (oktatási, gazdasági, lakásügyi, stb.) és az egészségi egyenlőtlenségek között lévő szoros kapcsolatot nemzetközi szervezetek, így az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Európai Bizottság is elismerte. Ismerve azt a ténytet, hogy a roma népesség nagy részének társadalmi és gazdasági helyzete mennyire kedvezőtlen, valamint hogy szociálisan kirekesztettnek tekinthetők, felbecsülhető, hogy a roma népesség jelentős részének egészségi állapota a nem romákhoz képest igen kedvezőtlen.

Mindezek következtében a roma népesség egészségi állapotának javításában döntő jelentősége van azoknak a beavatkozásoknak, melyek az életszínvonal emelését célozzák meg (környezetszennyezés csökkentése, magasabb szintű élelmiszer-ellátottság, fogyasztásra alkalmas ivóvíz,

rossz lakáskörülmények felszámolása, stb.); ezek elsősorban döntéshozói, kormányzati elkötelezettséget kívánnak. Az egészséggel kapcsolatos egyéni felelősség csak a megfelelő feltételek fennállása esetén vethető fel (pl. jó személyi higiéné folyóvízzel ellátott lakásban alakítható ki).

A egészségre ható társadalmi-gazdasági tényezők közé kulturális faktorok,

szokások és hagyományok is tartoznak, amelyek kihatnak az egyén és a közösség egészségére. A roma közösségnek, mint etnikai és kulturális kisebbségnek is vannak olyan kulturális szokásai és hagyományai, melyek hatással vannak az egyén egészségügyi állapotára és a betegséggel való kapcsolatot is befolyásolják.

Egészségfelfogás

Kultúra, Egészség, Betegség

A kultúra fogalma egy csoport tagjainak értékeire, az általuk elfogadott szabályokra és az általuk készített eszközökre, anyagokra utal. Tylor, brit antropológus a kultúra fogalmát úgy határozta meg, mint „egy összetett egész, amely tudást, művészetet, erkölcsöt, szokásokat, hitet és egyéb képességeket tartalmaz, melyeket a társadalom tagjai elsajátítanak.”

Teresa San Román szerint a kultúra nem csak az emberi értékek és szimbólumok összessége, hanem „saját maguk kialakítása, szokásaik és gyakorlataik megosztása, világnézetük megosztása és szociális kapcsolatok.”

A kultúra jelen van a mindennapi életben, a szokások, szabályok képezik, mely segíti az egyéneket abban, hogy társadalomban éljenek. A kultúrát tanulni kell, akárcsak a test működésének megértését, az egészség és a betegség jelentését. A betegség mást jelent különböző közösségekben, vagy akár ugyanazon a társadalmon belül is.

Az egészség és a betegség szociálisan determinált fogalom, melyet minden kultúra saját részére határoz meg. Ebből következően minden kultúra meghatároz terápiais lehetőségeket is.

Az etnikai kisebbségek egészség- betegségképében a kultúra szerepét figyelembe véve felmérhető, hogy:

- milyen módon jutnak el a beteghez az információk az egészségügyi ellátásról
- milyen módon élnek a jogokkal és előnyökkel az egészségügyi ellátórendszeren belül
- a tünetek és aggodalmak milyen módon jutnak kifejezésre
- hogyan kezelik a különböző, az egészség szempontjából jelentős rizikó viselkedéseket.

Kulturális jellemzők hatása az egészség – betegség értelmezésében a roma közösségekben

Különböző kulturális modellek léteznek, melyek kiépítik a viselkedésminimális tákat a higiéné, munka, táplálkozás, alvás, fizikai tevékenységek és szexualitást, stb. illetően, és előidéznak különböző érzelmi reakciókat, melyek például fájdalomérzetkor jelentkeznek.

Abban az esetben, ha az egészségügyi dolgozó tudatában van ezeknek az elemeknek, valamint képes helyesen kezelni azokat, az megerősíti a segítséget kereső egyént (a beteget), és nagyobb hitelességet ad az egész-

ségügyi dolgozónak. Azonban ha valaki figyelmen kívül hagyja, vagy nem is ismeri ezen elemeket, az potenciális konfliktusforrás lehet segítő és beteg között.

A következő tényezőket fontos figyelembe venni:

- **Néhány roma közösségben az egészség megőrzése, fejlesztése, nem a legfontosabb prioritás.** A lakásviszonyok, jövedelmek elégtelenségéből és a foglalkoztatottság hiányából fakadó problémák, mint az egészség előfeltételei az egészség előtt szerepelnek az észlelt szükségletek sorrendjében. Ez persze minden deprivált csoportra is jellemző, ahol a szűkös javak elosztásánál nem az ésszerűség, hosszú távú belátás a jellemző, hanem a rövid távú, a gazdagságot szimbolizáló élvezeti cikkek preferenciája lesz az általános.

- **A romák többsége az egészséget a betegség hiányaként fogja fel, a betegséget pedig, mint alkalmatlanná tevő, gátló tényezőt, a halál fogalmával kapcsolják össze.** Ezen egyedülálló perspektíva az egészségről és betegségről számos következményhez vezet:

- Az egészség megőrzésében csak a betegségi drámai tünetek és gátló tényezők jelenléte esetén válik érdekeltté.
- Ha egyszer az egyén (és családja) észleli a betegséget, a cselekvésnek azonnalinak és véglegesnek kell lennie, a betegség és a halál közötti közvetlen kapcsolat fényében.
- A diagnózis a „megbélyegzés” lényege. Így a felvett attitűd ambivalens. A szimptomák és a gátló következmények hiányában teljes elkerülés észlelhető (ebben az esetben a diagnózis, mint a betegség manifesztációja észlelhető, amely előzőleg nem jelent meg).

- Ha a tünetek a kezelés alatt eltűnnek, minden egyéb terápiás irányelv figyelmen kívül esik, hiszen az egészség koncepciójának ezen perspektívája szerint a betegség megszűnt

- **Az egészségügyi ellátás igénybevétele, mint hivatali elintézendő feladat, a nők kötelessége,** ennek következtében a nők egészség-megóvása a családi prioritások sorában az utolsó helyre kerülhet. A következő kérdés az, hogy „ki törődik azzal, aki velünk törődik?”

A következők vonhatók le ebből a szituációból:

- Az otthoni betegápolás, főleg ha a nő a beteg, általában elég bonyolult; elsőként az otthonnak megfelelően felszereltnak kell lennie, másodsor a nőnek fel kell vennie a „beteg” szerepét a saját otthonában.

A mentális egészség tekintetében a nők hajlamosak idő előtt abbahagyni a kezelést.

- A betegség és a halál közötti szoros asszociáció az **azonnali kezelés szükségességét** eredményezi. Ez annyit jelent, hogy az egészségügyi ellátó személyzet diagnózisának azonnal szükséges meghatározni a betegség komolyságának arányát. Sok esetben az eredmény néhány, a betegség-ügyi ellátásbeli forrás helytelen használata:

- Az ügyelet túlzott igénybevétele.
- Az ambulancia helytelen használata- a beteget gyakran családtagok szállítják be.
- Általában nem kérnek időpontot a háziorvostól.

- **Bizonyos tradicionális normák,** mint a dohányzás és alkoholfogyasztás tiltása a nők esetében, vagy a házasság előtti szexuális kapcsolatok tiltása (főként a nőket illetően) **betegség megelőző faktorként szerepelhetnek.**

- A roma népesség fenntartott néhány hagyományt, melyek **egész-**

ségvédő szokások, ilyen például a fehérítő és fertőtlenítő széles körben elterjedt használata.

- **Az egyén és a betegség kapcsolata az egész család ügyének tekinthető.** Amikor a roma

egyén megbetegedik, akkor a betegséget az egész család problémaként fogják fel, mely mutatja a kiterjedt családi kapcsolati-támogatás fontosságát. A közösségi támogatottság a beteg szempontjából védőfaktoroként funkcionál.

A Romák egészségi állapota Magyarországon -Solymosy József Bonifác

Nem hagyható figyelmen kívül az, hogy vannak olyan magyar állampolgárok, akik a várható élettartam és egyéb, az egészséget meghatározó mutatók szempontjából jelentősen rosszabb helyzetben vannak, mint a magyarországi átlag. Ezen rosszabb helyzetű csoport tagjai között a romák/cigányok, jelentősen felülreprezentáltak (mint a magyar népességben való jelenlétük ezt indokolhatná). Az Egészségügyi Minisztérium felnőtt romák egészségállapotát vizsgáló kutatása 2002-ben lezárult. Az eredmények még ma is aktuálisak. Az alábbi megállapítások, az általunk elért roma adatszolgáltatók (1200 család), a romákat ellátó házi orvosok és védőnők egy válaszadásra hajlandó csoportjától származnak.

Mi jellemezheti a magyarországi felnőtt cigány populáció egészségi állapotát?

A célcsoport adatközlése alapján

1. A cigányság körében végzett kutatás alátámasztja, hogy a romák egészségi állapota kedvezőtlenebb a nem romákhoz viszonyítva.
2. A depressziós tünet-együttes valamely fokozata a romák 75%-át érinti.
3. A tartós egészségkárosodások előfordulása jelentősen nem magasabb, mint más kutatásokban, de ezek korrigálására szol-

gáló gyógyászati segédeszközök igénybevételét jelentős mértékben akadályozzák az anyagi erőforrások hiánya.

4. Az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi és pszichoszociális tényezők közül kiemelkedő szerepe van az iskolai végzettségnek, az anyagi helyzetnek, a gazdasági aktivitásnak, a lakóhelyi környezetnek, a lakásviszonyoknak, a problémákkal való megküzdési képességeknek. Mindezek hiányában mind a testi, mind a mentális megbetegedések megjelenése és tartóssá válása törvényszerűen bekövetkezik.
5. Az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők összekapcsolódva, egymást erősítő módon jelennek meg a romák körében, kialakítva és fenntartva az egészségtelen életmódot. A rizikófaktorok közül a dohányzás, a táplálkozási problémák, a prevenciók tevékenységek hiánya egyértelmű tényezőnek bizonyult.
6. Eredményeink azt jelzik, hogy a romák körében a soványság feltűnően magas arányú.
7. A betegségek, egészségi problémák megelőzésének lehetőségeiről a megkérdezettek 57%-a beszélt.
8. A cigány nők körében gyakoribb a spontán vagy művi vetelés.

9. A gyógyító orvosi beavatkozások túlnyomó többsége az alapellátásban történik,
10. Az ellátással a megkérdezettek többsége ugyan elégedett, de állapotuk javulásához nem biztos, hogy elegendő orvosi segítséget kaphatnak.
11. A rossz, kedvezőtlen egészségi állapotú romák a jelenlegi egészségügyi ellátó rendszerben nem jutnak el a magasabb színvonalú, szakellátást biztosító rendelésekre.
12. Fekvőbeteg-ellátásban a kórházi tartózkodások hosszúak.
13. A romák rossz anyagi helyzetük ellenére igyekeznek honorálni az orvosi teljesítményeket, azon a szinten, ahová vélhetően későn és igen ritkán jutnak be.
14. Anyagi megterhelést jelent a családok felének a gyógyszervásárlás, de a gyógyszertárak elérhetősége sem problémamentes.
15. Az egészségügyi ellátás során nem mondhatjuk, hogy ritka vagy elkerülhető a romák megkülönböztetése, enyhébb vagy súlyosabb mértékben.
16. Betegségek előfordulásának összefoglaló táblázata

	Romák szerint	házi orvos szerint
szívbetegségek	36,7%	26%
mozgásszervi betegségek	28,8	12%
tápcsatorna	15,2%	13%
légzőszervek	11%	22%

Házi orvosok véleményei alapján

17. A házi orvosok megkérdezésének eredményei alátámasztják a romák tragikus egészségi állapotának tényét: a halandósági ráta kétszer akkora a romákra vonatkoztatva, mint a lakosság körében.
18. Az idő előtti halálozás magas.
19. A leggyakoribb halálokok a szív- és érrendszeri, valamint a májbetegségek. A nőknél gyakori még az agyérbetegségek miatti halálozás, a férfiaknál pedig a légcső, hörgők, tüdő rosszindulatú daganata következtében történő morbiditás.
20. A szakrendelésekre történő utalások a házi orvosi megkérdezés adatai alapján is nagyon alacsonyak. Egyetlen olyan szakrende-

lést sem találtunk, ahol a romák ugyanolyan arányban jelennének meg, mint ahogy azt az országos igénybevételi adatok jelzik.

21. Az orvosi megkérdezés alapján a kórházba kerülési arány a romák körében jelentősen alacsonyabb.
22. A szanatóriumi gyógykezelések elérése feltehetően akadályozott.

Védőnők adatközlései alapján

23. A védőnők válaszai arra utalnak, hogy a roma gondozottak gyakrabban keresik fel az orvost akut betegségekre utaló panaszokkal, és sokkal ritkábban szűrővizsgálatok vagy egyéb nem akut állapokra utaló panasz miatt.
24. Az egészségi állapotot kedvezőtlenül befolyásoló tényezők közül a dohányzást és a rossz táplál-

kozást emelik ki. Jellemző, hogy e problémák mellett a mentális problémák lehetősége igen kis súllyal merül fel.

25. A védőnők válaszai arra utalnak, hogy a rossz együttműködésért döntő többségük a gondozottakat, illetve azok körülményeit hibáztatja.

Adatok értelmezése

Az általunk személyesen elért romák, illetve az általuk képviselt családok adatai azt jelzik, hogy egészségállapotuk rosszabb, mint a magyarországi átlag. Ez, a mintába került részpopuláció a hivatalos KSH adatokon alapuló roma populáció 3%-a, a becsült, vélekedésen alapuló magyarországi roma populáció arányának egy százaléka sem. A körültekintő mintaválasztás mellett is túlzás lenne az adatok egyértelmű reprezentativitását állítani. A reprezentativitásra való maximális törekvés, mint az elmúlt évek összes országos roma kutatása, inkább tájékoztató adatokat eredményezett.

A kutatás célcsoportja – tárgya – a magyarországi „cigány” populáció. Vizsgálatuk, leírásuk során nyert adatok „keverték”. Egy sajátos népcsoport leírásával keveredik, illetve jelentősen elfedheti egy társadalmi viszonyrendszer következménye, mely valójában a megkülönböztetés áldozatainak kilátástalan helyzetét jellemzi.

Országos „cigány” adatok elsősorban a magyarországi többség és kisebbség viszonyának jellemzésére szolgálhatnak. Ebből a szempontból nem cáfolható a kutatás adataival, hogy egy rasszjegyeket – stigmát – viselő kisebbségi csoport, hátrányt szenved az élet minden olyan területén, ahol a többségi társadalom intézményeinek képviselőivel érintkezik. Ez az egészségügy területén sincs másként.

Egyértelműek az adatok abból a szempontból, hogy a romák lakóhelyi – területi – eloszlása nem egyenletes az országban. Többségük, a magyar or-

szági népességben sem egyenletesen integrálódva él. Ez felveti az országos, összesített adatok értelmezhetőségének, hasznosíthatóságának kérdését.

Az is ismert tény, hogy a cigányok kulturális, nyelvi, életmódbeli helyzetük és történelmi múltjuk szempontjából sem egységesíthetőek. Ez is gyengíti az általánosított „roma adatok” értelmezhetőségét.

II. JAVASLATOK A DÖNTÉSHOZÓK SZÁMÁRA

Általában

A magyarországi roma közösségek általános – átlagolt egészségi állapotának hátterében több ok is található, a helyi adottságoktól függő mértékben. Nem rangsorolható, de mindenképpen egy földrajzi fókuszban együtt kell kezelni:

- Iskolázottság, oktatás, szociokulturális háttér
- Társadalmi elismertség és szerepvállalás
- Gazdasági szegénység, lakókörnyezet minősége
- Munka (vállalási) lehetőségek

helyi problémáit, többnyirehiányosságait. Mivel ezek a tényezők összekapcsolódva, kölcsönhatásban befolyásolják az egészségi állapotot, ezért szükségesek komplex probléma-kezelési stratégiák Természetesen szükség van az egyes prioritások megnevezésével krízis-kezelésre is, mely nem feltétlenül hatékonyak a „romaprobléma” kezelésében. Mindenképpen koordinált, több területet egyszerre érintő beavatkozási – segítői – stratégiák indokoltak.

A teljes spektrumú, komplex támogatási rendszerek hatékonyságát erősen befolyásolja az „alulról építkezés”, „partnerség” és a „felhasználó-központú szolgáltatás” elveinek érvényesülése.

Az egészségügyi világszervezet összegző tanulmánya szerint egy populáció egészségi állapotának százalékos faktora: 27% a genetikai állomány, 43% az életmód lehetnek.

Ezen arányokból következik, hogy az életmódra fókuszáló egészségnevelési, egészségfejlesztési tevékenységek hangsúlyozott figyelembevételével jelentősebb egészségállapot javulást eredményezhet, mint csak-csupán a betegség-ellátó rendszer fejlesztése.

Az egészségügy

A magyarországi roma közösségek, mint célcsoport, az egészségállapot szempontjából sem homogén, ezért támogatásuk adminisztratív általánosítása, és ebből következően a támogatásuk hatékonysága bizonytalan.

Az egészségügyi ellátásról általában elmondható, hogy a betegségekre fókuszál (az egészségügyi törvény kimondja, hogy mindenki, aki az ellátással kapcsolatba kerül, az „beteg”). A populáció egészségállapotában betöltött kb 10% szerepe nem elhanyagolandó, az „esélyegyenlőség”, a „kliensközpontú szolgáltatási elv” fokozott érvényesülése, valamint az állami és civil szektor tevékenységének koordináltsága a magyarországi romák és minden más, kirekesztettség-től veszélyeztetett populáció egészségállapotán javítana.

Az egészségügyön belül, a szakági képzés további fejlesztése látszik indokoltnak. A magyarországi romák is elsősorban személyes interakciók révén szereznek benyomásokat az egészségügyről. Az orvos-, ápolónő-, védőnő képzések alap szakaszába kellene tanítani általános kommunikációs ismereteket, a diploma megszerzése előtt a kommunikáció két jelentős aspektusát:

- Erőszak mentes kommunikációt

- Társadalmi kirekesztettségben lévőekkel való kommunikációt

A jelenleg már az egészségügyi ellátásban dolgozók elérése érdekében a továbbképzési rendszerekben, (a jelenleg romológiai ismeretek kevésbé hatékony tanítása mellett/helyett) szociológiai aspektusból kellene az egészségügy helyzetét elemezni, valamint az egészségügy kontextusában való kommunikációs felkészítést biztosítani az egészségügyben dolgozók számára.

A szűrővizsgálatokon való magasabb részvétel eléréséhez – az általános lakossági igényfelkeltő kommunikáció hiánypótlása mellett – kiemelten a kirekesztett csoportok szempontjából:

- egyértelmű, (köz)érthető célzott kommunikáció és
- a szolgáltatáshoz való eljutás lehetőségének megteremtése (szűrőállomásokra történő ingyenes szállítás és/vagy mozgó szűrőállomások kialakítása) lenne szükséges.

A gyógyászati segédeszközökhez való hozzájutás segítése területén jelentős lehet az elérhetőség pontos kritériumainak ismeretét is tartalmazó információ eljuttatása a házi orvosok, védőnők és a betegek számára, a lehetőségek és szempontjából.

A szakellátásokon belül jelentős hiányokat mutathatók ki a szanatóriumi ellátások és a fogmegtartó kezelések elérésében a roma közösségek esetében. Az esélyegyenlőség megvalósulásának ezen hiányait, nem minden esetben a területi egyenlőtlenségek magyarázzák. Talán változást eredményezhet, egy olyan ellenőrzési rendszer bevezetése, mely pozitív, motivációs eszközökkel támogatja, hogy a társadalmilag kirekesztettek számára kerüljenek felajánlásra az állapotuknak megfelelő szakellátások.

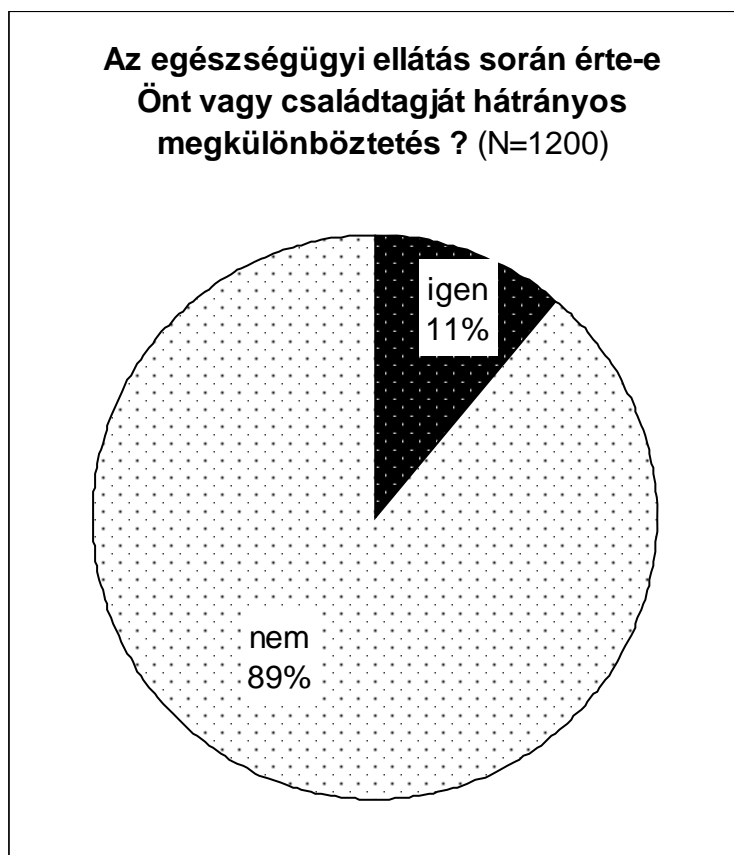
A Romák összegzett élményei, az egészségügyben tapasztalt hátrányos megkülönböztetésről

Kutatásunk¹ országos, reprezentativitásra törekvő mintájában 1200, magukat romának valló válaszadót kerestünk fel kérdéseinkkel.

Az előre kiképzett kérdezőbiztosok közel 100, többnyire zárt kérdésből álló kérdései között volt néhány nyitott kérdés is. Az egyik kérdés így szólt:

„Az egészségügyi ellátás során érte-e Önt vagy családtagját hátrányos megkülönböztetés ?”

Az alábbiakban ezen kérdésekre adott válaszokat, illetve szöveges kifejtéseket elemezzük.



145 fő (12,1 %) válaszolt igennel. Ebből 134 fő (összes kérdezett 11,2 százaléka) mesélt el több-kevesebb részletességgel valamilyen esetet a kérdezőbiztosnak

Abban kimondva vagy kimondatlanul egyeznek a panaszok, hogy a megkülönböztetések oka a beteg cigány volta, sötétebb bőrszíne volt.

Ellenkező véleményeket is olvashattunk a kérdőívekben. Kétszer is volt, hogy a betegtárs részéről érte sérelem, megaláztatás a beteget, és egy esetben az egészségügyi dolgozó védte meg. „Étkezés közben egy magyar nő elküldött a helyéről, a védőnő a pártomra állt, és visszaülhettem a helyemre.”

Két ember szerint is nem a bőrszíne, hanem szociális helyzete miatt érik hátrányos megkülönböztetések: „Szegénység miatt néznek le, de nem szoktak cigányozni”

Előfordult, aki megvédte orvosát: „Diszkrimináció mindennap, orvosnál soha.”

1 Roma felnőtt népesség egészségi állapota, egészségmagatartása, és a romák, valamint az egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolat vizsgálata.

Az Egészségügyi Minisztérium megbízásából készítette 2001-2002.:

Hátrányos helyzetű népesség egészségügyi kutatását végző munkacsoport:

Dombainé Arany Vera, Solymosy József, Kanyik Csaba, Daróczi Gábor

A kisebbségi hovatartozás alapján történő hátrányos megkülönböztetés, diszkrimináció értelmezése a magyar jogrendben sem egységesen rögzített. Mi, a válaszadók nem kifejtett egyéni értelmezését fogadtuk el adatgyűjtésünk során. Ezért, a kérdezőbiztosok, amennyiben a válaszadó kérte, csak annyit segítettek az értelmezésben, hogy olyan esetekre kérdeznek, amikor a cigány származása miatt másként bántak a válaszadóval az egészségügyi ellátás során, mint amilyen bánásmódot nem cigányként kapott volna.

Mivel a felmérés célja a kérdezett célcsoport hátrányos megkülönböztetésének vizsgálata, a szubjektív tapasztalatok összegzése volt, ezért az „indokoltság” és/vagy „megalapozottság” illetve „jogosság” tartalmi feltárása további alapos kutatást tenne szükségessé.

Ezért ezen adatok értelmezésében nem lehet a valóságtartalmot firtatni. A két véglet között lehet valahol az „igazság”:

- a. az egészségügyi ellátás során a romáknak több mint 10%-át nemzeti-ségi alapon éri diszkrimináció,
- b. az egészségügy kommunikációja a romák felé legalább 10%-ban félreérthető, diszkriminációnak minősíthető.

Összesítve az alábbi részeredmények jellemzik az egészségügyben a romák hátrányos megkülönböztetésének tartalmát.

- Az általános válaszok (7%), a roma származás miatti hátrányos megkülönböztetést egyértelműen jelölték, a konkrét eset bemutatása nélkül.
- A nem megfelelő kezelés (29%) kategóriába azon ismertetések kerültek, mikor a válaszoló szerint az orvos nem kezelte őt vagy valamelyik családtagját rendesen, vagy egyáltalán nem törődött vele. Előfordult, hogy „az orvos nem vizsgálta meg kártya ellenére sem, vagy nem végezte el a szűrést, egyáltalán nem

fogadta őket, nem látta el rendesen, nem volt alapos a vizsgálat, megkínozta, félrekezelte.” Néha a tisztaság valós vagy csak az előítéleteken alapuló vélt hiánya lehetett az ok: „Nem részesülök megfelelő ellátásban, vizsgálatkor nem mernek hozzám nyúlni.”

- A megalázás (26%) kategóriában a válaszolók arra panaszkodtak, hogy a rendelés, bennfekvés és gyógyítás folyamán látványosan megkülönböztetik nem cigány társaiktól, nyilvánosan megalázzák őket. Néhány kiemelés: „*kiabáltak, lekezelők voltak, flegmán beszéltek, lenéznek, megaláztak származásom miatt, nem vesznek emberszámba, lecigányoznak, nem úgy beszélnek velem, mint egy magyarral, durvák voltak, félvállról vesznek,*” stb. Néha erőszakig is fajulhat a gyógyítás, amikor a beteg nem tűri tovább a megaláztatást: „*Az orvos a kezemet varrta, fájt, szóltam is, mire az orvos rám szólt, az arcomba spriccelt valamit, amire én a széket hozzávágtam.*”

„Kiegészítő panaszként” említette - ezért nem soroltuk külön kategóriába - a válaszadók 9%-a, hogy a rendelésre várakozás során érte hátrányos megkülönböztetés. „Nem az érkezési, várakozási sorrendbe szólítottak be.” „A magyarokat előbbre veszik, a romákat utolsónak hívják be a rendelőbe.” „Sorszám szerint volt a rendelés, mégsem a szerint hívtak be.”

A „nem megfelelő kezelés” és a „megalázás” kategóriákba sorolt egyéni tapasztalat súlya jelentős, hiszen több, mint felét teszik ki az eseteknek. Talán közös bennük, hogy az egészségügyi dolgozók, romákkal szembeni negatív attitűdjére utaló, aktív magatartást tükröznek.

A következő csokor, a legjobb szándékkal is az egészségügyi dolgozók passzív magatartásából eredeztethető.

- Hálapénz hiánya (9%). Összesen 14 megkérdezett számolt be arról,

hogy a pénzt elvárták az egészségügyi dolgozók, vagy annak hiányában nem kapott megfelelő figyelmet tőlük. „Aki tudott hálapénzt adni, azal többet törődtek.” „A kórházban, amíg nem fizettem, nem foglalkoztak velem.” „A cigányt nem kezelik rendesen, ha nem ad pénzt.”

- Sokszor a pénzhiány is szerepet játszik az ellátás elmaradásában. „Az orvosnak nem tudok fizetni, ezért az nem jön ki hozzánk, régebben tudtam, akkor az orvos kijött.”
- Nem hajlandó kijönni a házi orvos (8%) kategóriába azon esetek kerültek, ahol a vélt okot „csak” a származásában tüntette fel a válaszadó. Az ellátás elmaradásának egyik válfaja, amikor a házi orvos nem hajlandó kimenni házhoz, ha hívják. Ilyenről 12 fő számolt be. „Nem jön ki az orvos este, az ügyelet sem jön ki, súlyos beteghez sem.”
- A gyermekeket érintő elmaradt kezelés (7%), külön kategóriába való feltüntetését az indokolta, hogy itt nem a válaszadó személyét, hanem családtagját érte vélt vagy valós hátrányos megkülönböztetés. „A körzeti orvos a cigány gyerekeknek egyáltalán nem vagy brutálisan adja be az injekciót.”
- A szülészeti ellátási hátrány (6%). Mintegy 9 fő említette, hogy a szülészetben cigány mivoltuk miatt nem kaptak tisztességes ellátást. Öten arra panaszkodtak, hogy a bőrszínük miatt elkülönítették, külön szobába helyezték őket: „Szüléskor külön szobába tettek, ahova a romákat, szóltam, pénzt is adtam, akkor áthelyeztek máshová.” Előfordult, hogy „a szülész gúnyolódott az öltözékén”, vagy „az orvos úgy kiabált, hogy az egész folyosó zengett.”

- Szimulánsnak tartják (3%). Hárman említették, hogy szimulánsnak tartották őt, és azért nem hisz neki az orvos, vagy egyáltalán meg se vizsgálja. „Amikor rosszul lettem, az orvos azt mondta, hogy szimulálok, mire kihívtunk egy másik orvost, aki rendesen ellátott.”
- Életveszélyes helyzetet teremtett az orvos (2%) Három esetben – a szülők érzései szerint – életveszélyes helyzetet teremtett az orvos, pl. a gyerek majdnem teljesen kiszáradt.
- Rokkantosítási folyamat megakadályozása (2%). Hárman arra panaszkodtak, hogy a leszázalékolásnál nem segített az orvos neki, vagy az orvos miatt nem sikerült a rokkantosítás.
- Magzat halálát okozta az orvos (1%). Két szülő szerint a magzata, illetve csecsemője halálának a hátterében is az orvosok hozzáállása, félrekezelése, illetve a kezelés hiánya áll.
- Táppénz kiírás megtagadása (1%). Két beteg szerint az orvos nem akarta kiírni őket táppénzre, annak ellenére, hogy betegek voltak.

A diszkrimináció típusai szempontjából

Az esetek 7%-át nem tudtuk besorolni. További 7% került a nyílt/rejtett átmeneti, aránytalan bánásmód diszkriminációs kategóriába.

Az esetek 41%- egyértelműen a rejtett diszkriminációba sorolható (39% aránytalan bánásmód, 2% aránytalan hatás kategóriában).

Az esetek 52%-a egyértelműen nyílt, többségükben közvetlen diszkrimináció (12% aránytalan bánásmód, 5% aránytalan hatás kategóriában).

hogyan	milyen hatás	mi	konkrét eset	A hátrányos megkülönböztetés tartalma	
-	-	-	általánosság	10	7%
	aránytalan bánásmód	rejtett diszkrimináció	nem megfelelő kezelés	43	29%
közvetlen		nyílt diszkrimináció	megalázás	40	26%
	aránytalan bánásmód	rejtett diszkrimináció	hálapénz hiánya	14	9%
közvetett		nyílt diszkrimináció	nem hajlandó kimenni a házi orvos	12	8%
	aránytalan bánásmód	nyílt/rejtett diszkrimináció	gyermekeket érintő elmaradt kezelés	10	7%
közvetlen	aránytalan bánásmód	nyílt diszkrimináció	szülészeti ellátási hátrány	9	6%
közvetlen	aránytalan bánásmód	nyílt diszkrimináció	szimulánsnak tartják	3	2%
	aránytalan hatás	rejtett diszkrimináció	életveszélyes helyzetet teremtett	3	2%
közvetlen	aránytalan hatás	nyílt diszkrimináció	rokkantosítási folyamat megakadályozása	3	2%
	aránytalan bánásmód	rejtett diszkrimináció	magzat halálát okozta	2	1%
közvetlen	aránytalan hatás	nyílt diszkrimináció	táppénzkiírás megtagadása	2	1%
összesen				141	100%

Egy, a kérdőívet záró nyitott kérdésben a válaszadási hajlandóság erős csökkenése mellett további személyes benyomásokat ismerhettünk meg.

„Van-e még valami, amit elmondana az egészségével kapcsolatban?”

A kérdésre a kérdezettek mindössze 6,7 százaléka (80 fő) válaszolt valamilyen formában.

- Többen az egészségi állapotukra panaszkodtak általában, de volt, aki az önkormányzatot szidta, vagy a fizetése vagy segélye összegét kevesellte, hogy nem fut belőle se gyógyszerre, se élelemre. Néhány válaszoló szerint nincs pénze kezelni magát, de volt, aki még egészségesen fél attól, hogy pénz hiányában beteg lesz a jövőben.
- A megjegyzések egy csoportja (5 fő) elégedettséget tükröz az egészségügyben dolgozókkal kapcsolatban: *„Az orvossal nagyon elégedett vagyok, a védőnő rendszeresen jár, figyelemmel kíséri a gyermekek fejlődését, jó tanácsokat ad, néha még pénzzel is kísérik.”*
- Ennél többen (8 fő) azonban negatív véleményüket hangoztatták, elsősorban a heti egy rendelést keveslik, vagy általában nincsenek megelégedve az orvossal.
- Meglepően sokan (6 fő) a környezet szennyezettségére, a közművesítés

hiányára panaszkodtak, volt, aki erre fogta a gyermeke megbetegedését, néhányan patkány- és bogárrinváziókat emlegettek.

- A leszázalékolásról is szót ejtettek páran (4 fő), volt, aki korrupciót emlegetett – *„Aki tud fizetni, azt leszázalékolják.”* –, volt, aki csak panaszkodott, hogy őt a betegsége ellenére sem „rokkantosították le”.

A hátrányos megkülönböztetés helyszíneként többségében szakrendelők, kórházak a megjelölt helyszínek. Úgy is értelmezhető, hogy a szűkebb lakókörnyezetben éri kevesebb diszkriminációs élmény a romákat. Ez a magasabb arány azért jelentős, mert a romák kutatásunk szerint kevésbé kerülnek a szakrendelésekre és a kórházakba. Lehet ez a rejtett diszkrimináció megjelenése.

A kórházakban eltöltött idő, viszont a romák esetében magasabb, ami arra utal, hogy rosszabb egészségállapotban kerülnek be.

Egy másik kérdésorban azt térképeztük fel, hogy a válaszadó és családja milyen társas támogatottsággal élhet, illetve, hogy milyen preferencia sorrendet állít fel a felsorolt, előre megadott lehetőségek között.

„Kire számíthat, ha gondja, problémája van?”

Szükség esetén számíthat-e az itt felsoroltak segítségére?	IGEN, MINDIG (%)
Saját családjára	71
Háziorvosra	33
Rokonságára	25
Védőnőre	20
Barátaira	15
Roma érdekképviselőre	12
Polgármesterre	10
Ápolónőre	9
Gyermeke(i) osztályfőnökére	7
Papra	4
Szociális gondozóra	4

A preferált személyek sorrendjében a család után közvetlenül a háziorvost említik. Majd a rokonság után a védőnőket, a barátok elé helyezve. A preferencia sorrendiség kedvező helyzetben tünteti fel az egészségügyi dolgozókat, alapellátásban résztvevő csoportját. A család magas preferenciája (71%-ban első helyen jelölték meg) után jelentős a szóródás, mert a második helyen említett háziorvost, válaszadóink 33%-a választotta. A rokonságot 25%, a védőnőket 20% jelölte meg a harmadik, illetve negyedik helyre sorolva őket.

Az 1200 felnőtt roma válaszadó preferenciái nem valószínűsítik, hogy az alapellátással, mint intézmény rendszerrel kapcsolatosan lennének diszkriminációs élményeik, mert akkor a háziorvos és a védőnő nem kerültek volna ennyire előre.

Kik jelezték a hátrányos megkülönböztetési tapasztalataikat a roma mintában?

A nemek alapján nem tapasztaltunk szignifikáns különbséget.

A korcsoportok szerint már jelentős (szignifikancia= $0,037 < 0,05$) különbségeket láthatunk. A fiatal (30 éves alatt) korcsoportban az átlagnál (12,2%) magasabb a sérelmet elszenvedett vagy azt érző személy, a középkorúak között átlaghoz közeli (11,5) a negatívan nyilatkozó aránya, míg az idősebbek (45 év felett) között lényegesen kisebb a panaszkodók aránya (8,8%).

Az iskolai végzettség alapján szintén nem tudtunk szignifikáns összefüggést találni. A minta eleve aránytalan, mivel a felsőbb végzettségűek jelentősen alulreprezentáltak.

A betegségek, betegségi panaszok mentén vizsgálva a mintát szintén nem találtunk szignifikáns eltérést.

Jelentős okozati kapcsolat van viszont, a depresszióra hajlamosak és a diszkriminációt megélték között. Az átlagos 12 %-kal szemben a depressziós tünet-együttes által nem érintettek között csak 9,2 % számolt be hátrányos megkülönböztetésről. A közepes, és a súlyos depressziós tünet-együttesre utaló válaszolók között ez az arány 17 és 16,4 %. Vagyis a depressziós tünet-együttes magyarázza, befolyásolja a diszkrimináció vélelmét. Ezért, biztossággal az jelenthető ki, hogy az általunk elért 1200 roma közül 9% biztos, hogy hátrányos megkülönböztetési élményről számolt be.

A diszkriminációra utaló válaszok területi eloszlása

Ezen tájékoztató adatok egyértelműen jelzik, hogy a romák az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során élnek meg számukra kellemetlen élményt nyújtó diszkriminatív helyzeteket. Jelentős földrajzi eloszlási jellegzetességet, a diszkriminációra vo-

natkoztatott adatok alapján kimutatni nem lehet.

Azon feltételezések, miszerint a gazdasági helyzet, kommunikációs képességek, valamint az egészségügyben dolgozók előítélet kezelési képességeinek fejlettsége jelentősen befolyásolná a diszkrimináció mértékét, önmagukban helytállóak. Ennek lehetnek földrajzi – eloszlási vetületei is. A teljes mechanizmus megismerésére, egy alapos, külön célkutatás adhatna választ.

Összegezve - diszkrimináció az egészségügyben

Az egészségügy felhasználó szempontú működési elemzésének hiányában, az a tény, hogy az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő romák, körülbelül 9-12%-a tapasztalt hátrányos megkülönböztetést, nem viszonyítható adat. Sok ez, vagy kevés, nem értelmezhető. Ugyancsak jelentős lenne megtudni, hogy a romákon kívül más csoportok hátrányos megkülönböztetési élményeihez képest mennyi a 10%. Nem vitatható, hogy a jelenleg is érvényben lévő törvények alapján semennyi diszkriminációs történés nem elfogadható. Ebből a megközelítésből a „9-12%” magas szám, hiszen azt tükrözi, hogy az egészségügyi szolgáltatást igénybevevő cigányok közül minden tizediknek volt már a kisebbségi hovatartozása miatt hátrányos megkülönböztetési élménye.

A regisztrált esetek fele, nyílt diszkriminációnak tekinthető. Az egyének szempontjából, akik a sérelmeket elszenvedték, biztos, hogy tarthatatlan helyzetet tükröz. Ez, mint az alapvető emberi jogok sérelme az egészségügyben sem megengedhető. A konkrét esetek feltárása idő és költségigényes munkát és feltehetően tüneti kezelési lehetőségeket eredményezne.

Statisztikai módszerekkel az adatok „finomíthatóak”, így a megkérdezett 1200 főből, a depressziós tünet-együttes által nem érintettek panaszait figyelembe véve, a diszkriminációra utaló esetek 9%-ra változnak. A felső-

rott panaszokból kiemelhetjük a nem megfelelő kezelést, a megalázást, a hálapénz hiányát, mely összefügghet azzal, hogy nem hajlandó kimenni a házi orvos. Említést érdemel még, a másodlagosan említett panaszok között a sorban állás szabályait sértő hátrányos megkülönböztetés.

Alapos feltárást igényelne az is, hogy az egészségügyi dolgozók társadalmi státusza és/vagy az egészségügy hierarchikus felépítése mennyire teremti meg a diszkrimináció előfordulásának lehetőségét.

A romák szempontjából, mint rasszjegyeket viselő, anyaország nélküli etnikum, nem csak a negatív sztereotípiákkal szembeni fellépés, hanem az **alacsony iskolázottság-rossz lakhatási minőség - - nehezített munka-erőpiaci érvényesülés - szegénység** - ördögi köréből való kilépéshez szükséges társadalmi összefogás, párbeszéd aktív részeseként kell(ene) együttműködniük.

Akár csak a szegénységből fakadó depriváció hatásait tekintve, nem várható a cigány kisebbségtől, a többségi társadalommal arányos mértékű energia befektetés a diszkrimináció felszámolásával kapcsolatos egyéni és társadalmi szintű tevékenység során.

Az egészségügyben előforduló diszkriminációs történések valószínűleg egy szélesebb társadalmi dimenzióban értelmezve szintén „csak” okozati tények. Az okok szintjén az általános társadalmi tolerancia fejlesztése, a diszkrimináció egyértelmű tiltása melletti állásfoglalás és a felhasználó szempontú szolgáltatási elv érvényesülése lehetnek a fő kezelési irányok.

Ezért érdemes az egészségügyi dolgozók, betegjogi képviselők képzésébe, továbbképzésébe az elméleti szociálpszichológiai alapismeretek tanítása mellett, az agresszió mentes kommunikáció gyakorlat-orientált tanítását is beépíteni.

Talán nem véletlen, hogy egy közalapítvány támogatásával, az egészség-

ügyi intézményekben kialakították a betegjogi képviselő státuszát, akiknek az ellátás során esetlegesen előforduló jogtalanságok, méltánytalanságok, betegjogi sérelmek facilitáló megoldása a feladatuk.

Az egyértelmű jogi szabályozások és az ismeret és készség fejlesztése együttesen növelhetné a diszkrimináció elleni küzdelem hatékonyságát. Mindezeket, a másság elfogadása melletti egyértelmű és következetes társadalmi kommunikációnak kellene irányítani.

Melléklet

I. A diszkrimináció elméleti rendszerének vázlata

A fogalmak tisztázása² végett tesszük közzé az általunk szakmailag elfogadható osztályozást, mely az egészségügyön belüli interakciók diszkrimináció szempontú leírására alkalmasak:

A diszkrimináció olyan megkülönböztetést jelent, amit bizonyos csoportokra vagy az azokhoz tartozó emberekre – szándékosan vagy erre tudatosan irányuló szándék nélkül – alkalmaznak; ez a megkülönböztetés nem az egyénnek az ügy szempontjából releváns tulajdonságain alapul, hanem a kisebbségi csoportról alkotott véleményen. A figyelembe vett kisebbségi (vagy védett) csoport alapja leggyakrabban a faj, az etnikum, a nemzetiség, az állampolgárság, a nem, a szexuális irányultság, a betegség, a társadalmi réteg. Diszkrimináción általában hátrányos megkülönböztetést értünk. A már meglévő hátrányok kiküszöbölését célzó megerősítő intézkedéseket (*affirmative action*) vagy az ezekre alapuló politikát Magyarországon gyakran pozitív diszkriminációnak nevezik. Ez utóbbi elnevezés véleményünk szerint megtévesztő, mert azt sugallja, hogy valamely csoportoknak „többet adnak”, és nem azt, hogy a meglévő hátrányok kiküszöbölése az intézkedés

2 Fehér Füzet 1998. alapján átdolgozva

célja; ezért a továbbiakban a megerősítő intézkedés elnevezést használjuk. (Előfordulhat, hogy ez a jó szándékú megkülönböztetés negatív hatásokkal is jár.)

Nyílt, közvetlen diszkrimináció

Egy jogszabály, egy intézkedés, vagy magánszemély tudatos cselekedete, amelynek kifejezett célja egy (vagy több) kisebbség kirekesztése vagy más módon való hátrányos megkülönböztetése. A diszkrimináció ténye a „sértett”-ben tudatosul. *(Pl. a cigányok éttermi kiszolgálásának megtagadása, úgy, hogy a cselekvő a megtagadás okát ki is fejezi)*

Nyílt, közvetett diszkrimináció

Egy személy magatartása vagy cselekvése, az adott kontextusban (hatalmi pozíciójából adódóan és/vagy a helyi normákból következően) nem minősül ugyan diszkriminatívnak (a környezet elfogadja ezt az értelmezést), de a „sértett” szempontjából diszkriminációnak minősül. Hatásában a sértett valamilyen helyzetére vonatkozóan hátrányt jelent.

Aránytalan hatás (*disparate impact*)

Az a jelenség, amikor egy jogszabály, intézkedés vagy feltétel látszólag semleges, de a történelem során felhalmozódott hátrányos helyzet miatt a belőle potenciálisan fakadó hátrány jelentősen nagyobb mértékben jelentkezik a védett csoportok esetében, vagyis az hatásában rontja az adott csoport helyzetét, vagy nagyobb terhet jelent számukra, ami miatt pl. nem tudnak munkát vállalni vagy magasabb pozícióhoz jutni. A csoport tagjainak túlnyomó részében tudatosul, hogy ez helyzetüknek szóló hátrányos megkülönböztetés.

Aránytalan bánásmód elve (*disparate treatment*)

Az a fajta diszkrimináció, amikor magánszemélyek, jogi személyek vagy állami szervek nem egyenlő módon bántanak a kisebbségekkel, ennek elismerése (és esetleg felismerése) nél-

kül. A hátrányt szenvedőben tudatosul, hogy csoportba-tartozása alapján éri a hátrányok, bizonyítania viszont szinte lehetetlen.

II. Rejtett diszkriminációk

Történelmi diszkrimináció (*historical discrimination*)

Főleg az amerikai szakirodalomban használt fogalom. A korábbi diszkriminatív jogszabályok, hatósági intézkedések, vagy magánszemélyek – akkor jogszerű – diszkriminatív aktusai következtében a történelem során felhalmozódott hátrányoknak vagy a köztudatban élő előítéleteknek a következménye, ami a ma élő kisebbségek számára a jogszabályokban biztosított egyenlőség ellenére hátrányos helyzetet teremt.

(Pl. az oktatásügyben korábban jogszerű – vagy a jog által nem tiltott – szegregációból eredő mai oktatási problémák; valamint példa a megélhetési problémáknak a korábbi diszkriminációkra visszavezethető része.)

Ennek orvosolására egyes államok megerősítő intézkedéseket (affirmative action) vezetnek be.

(Pl. "cigány felzárkóztató oktatás" [32/1997. (XI. 5.) MKM rendelet.]

Aránytalan hatás (*disparate impact*)

Az előbbieken kifejtettek szerint, de itt nem feltétlenül tudatosul az interakció során a hátrányt elszenvedőben a diszkrimináció.

(Pl. az oktatási szegregációból eredő alulképzettségre visszavezethető munkanélküliség; valamint pl. amikor a – jellemzően sok roma által igénybe vett – lakásépítési állami támogatás hitelkamatait megemelték, éppen egyre súlyosabb gondokat okozott a munkanélküliség, ami jellemzően arányaiban szintén több romát érint, mint nem-romát; így a romák közül feltűnően sokan kényszerültek arra, hogy elárverezzék a házukat.)

Aránytalan bánásmód elve (*disparate treatment*)

Az a fajta diszkrimináció, amikor magánszemélyek, jogi személyek vagy állami szervek nem egyenlő módon bánnak a kisebbségekkel, ennek elismerése (és esetleg felismerése) nélkül. Mivel ez az a fajta rejtett diszkrimináció, amelyet nehezen lehet bizonyítani, Hollandiában, az Egyesült Királyságban és az Egyesült Államokban a statisztikai adatokat is felhasználják az ilyen esetek bizonyítása során. Az USA-ban, ha a felperes bizonyítani tudja, hogy ő **(a)** védett csoporthoz tartozik **(b)** jelentkezett egy (lakás- vagy munkaügyi) hirdetésre **(c)** jelentkezését elutasították **(d)** ezt követően elfogadták egy nem védett csoport tagjának a jelentkezését, aki az ügy számára releváns tulajdonságokban vagy képességekben nem különbözik a felperestől, akkor az alperes részéről fennálló jogellenes diszkriminációs célzatot a bírói gyakorlat bizonyítottnak tekinti.

(Pl. M. Csabáné ügye, amelyben olyan nyilatkozatot kért tőle az önkormányzat, amit más ügyfelétől nem.)

Szándékos diszkrimináció (*intentional discrimination*)

Az az eset, amikor a törvény látszólag "semleges", de az alkalmazása mégis lehet szándékosan diszkriminatív.

(Pl. egy faluban, egymást ismerő emberek között a rendőrségi igazoltatások indokolatlanul nagy száma a romákat érintően; vagy diszkriminatív banki hitelképesség-vizsgálat, a megszokottnál és az indokoltnál több igazolást kérve.)

De jure diszkrimináció ("de jure" discrimination)

Az a jogszabály, amely mind megfogalmazásában, szellemében, mind alkalmazási lehetőségeiben semleges, de hatályba lépése a gyakorlatban mégis diszkriminációt okoz.

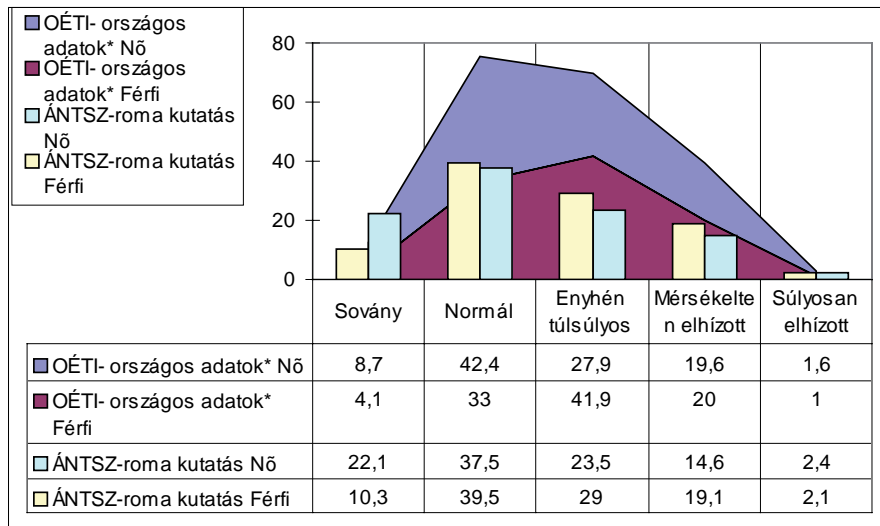
(Pl. bármely szociális támogatás, amelyiknek feltételei egy-egy kisebbségi csoport nagyobb része számára nehezebben teljesíthetők, mint a kisebbségi csoporthoz nem tartozók számára: ilyen lehet anyagi kötelezettség-vállalás – pl. lakáscélú állami támogatások 1/3 rész önerő előírásával –, vagy életvitellel kapcsolatos előírás – amelynek korábban pl. a gyermekek állami gondoskodásba vétele terén volt nagy jelentősége; ugyanezt egyébként az anyagi feltételek is befolyásolták.)

III. A TÁPLÁLKOZÁS SAJÁTOSSÁGAI A ROMÁK KÖRÉBEN

IV. ÖSSZEFOGLALÁS

Az általunk vizsgált mintában, a romák közt magasabb arányban vannak soványak, mint az átlag magyar populációban. Bár az összehasonlítás nem szerencsés, mivel nincsenek romákra vonatkozó adatok az átlagos testsúlyról több évre visszamenően, mindenképpen figyelemfelkeltő az eredmény. Egyértelmű, hogy az átlagosnál alacsonyabb jövedelmű mintánkban mindennapi gondot okoz az étel meg- és beszerzése. Jól mutatja ezt az étkezések alacsony száma, és az ételek tartalma, összetevője: elsősorban az olcsó, energiadús, de egészségtelenebb ételek uralják az asztalt. Az alultáplált szülő nő újszülöttje is kis súlyú lesz, így a hátrányok újra termelődnek. A jövedelem mellett a lakóhely típusa is meghatározza az étkezési szokásokat.

Statisztikai elemzésünk kimutatta, hogy a dohányzás erősen együtt jár az étkezések számával, ami mögött elsősorban az iskolai végzettség, azon keresztül a jövedelem lehet a magyarázó tényező.



*Bíró (www.kfki.hu)

Az utóbbi évtizedekben lezajlott társadalmi-gazdasági változások, köztük a városiasodás együtt járt a táplálkozási szokások átalakulásával. Az étrendfüggő betegségek azonban nem csak a fejlett országok jólétben élő polgárait fenyegeti, hanem megjelentek a fejlődő országok lakossága és a fejlett országok szociálisan hátrányos helyzetben lévő rétegei körében is. Az ötvenes évektől egyre világosabbá vált, hogy az idült, nem fertőző betegségek nagyon szoros kapcsolatban vannak az étrenddel és az életmód más elemeivel, így a dohányzással, a mértéktelen alkoholfogyasztással, és a stressz-helyzetekkel. Kiderült, hogy a táplálkozásnak különösen fontos szerepe van az elhízásban, a szív- és érrendszeri betegségeknél, a felnőttkori cukorbetegség, egyes rosszindulatú daganatoknál, az emésztőrendszeri és a máj bizonyos betegségeinél, a fogszuvasodásnál, a táplálkozási eredetű vérszegénységnél. A fejlett országokban ezek a betegségek az összes halálozás okainak 70 százalékát képviselik. (Bíró, www.kfki.hu)

Az OÉTI koordinálásával egy országos kutatást végeztek 1992-94-ben, amelynek során 2559 fő táplálkozásait és tápláltsági állapotát tanulmányozták. A kutatás eredményei megmutatták, hogy annak, hogy Európában Magyarországon a legalacsonyabb a

születéskor és a 75 éves korig várható élettartam, elsősorban táplálkozási szokásokra visszavezethető okai vannak. A táplálkozási függő betegségek közül a mortalitást mindenek előtt a szív- és érrendszeri betegségek és a rosszindulatú daganatok befolyásolják, együttesen a halálokok több mint felét adják. Ha a helytelen táplálkozás szerepét globálisan 30 százalékknak vesszük - ami általánosan elfogadott -, a táplálkozási kockázat minimalizálásával a férfiak élete közel egy évvel, a nők élete mintegy fél évvel hosszabb lehetne.

Elhízás

Az elhízást legegyszerűbben a testtömeg-index (body mass index – BMI) alapján lehet elemezni: BMI = testtömeg osztva a testmagasság négyzetével (kg/m²). A 20-25 kg/m² közötti BMI a normál tartomány, 20 kg/m² alatt soványságról, 25-30 kg/m² között enyhe túlsúlyról, 30-40 kg/m² között mérsékelt, míg 40 kg/m² felett súlyos elhízásról beszélünk.

A válaszolók (N=1142 fő) 38,3 százaléka normál súlyú, 17,6 százaléka sovány, a többiek (44,1 %) a magasságukhoz képest nehezebbek az egészséges élethez kívánatos súlynál.

Elhízás mértéke testtömeg-index (BMI) alapján

Megnevezés	eset	százalék
sovány	201	17,6
túlsúlyos	437	38,3
mérsékelten elhízott	186	16,3
súlyosan elhízott	26	2,3
Összesen	1142	100

A súlycsoportok nemek szerinti megoszlásánál – hasonlóan korábbi kutatásokhoz - szignifikáns (0,000) összefüggést találtunk. A nők között közel kétszer olyan magas arányban találunk soványakat, mint a férfiaknál. Az enyhén túlsúlyosak esetében a férfiak vannak többen, bár a romák esetében nincs nagy különbség (5,5 %) a két nem között. A roma nők –a hiedelmekkel ellentétben- összességében kevésbé vannak elhízva, mint a roma férfiak, vagy mint a nem roma nők, azonban az utcán jobban feltűnő súlyosan elhízottak csoportjában magasabb arányban vannak képviselve (2,4 %), mint bármelyik más kategória képviselői. Igazából a romák közt található soványak magas, az átlag populációt jóval meghaladó aránya a legszembetűnőbb.

Elhízás mértéke a testtömeg-index (BMI) alapján **(százalék)**

Testsúlycsoportok	OÉTI- országos adatok*		ÁNTSZ-roma kutatás	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő
Sovány	4,1	8,7	10,3	22,1
Normál	33,0	42,4	39,5	37,5
Enyhén túlsúlyos	41,9	27,9	29,0	23,5
Mérsékelten elhízott	20,0	19,6	19,1	14,6
Súlyosan elhízott	1,0	1,6	2,1	2,4
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

*Bíró (www.kfki.hu)

Étkezési szokások

Megkérdeztük minden interjúalanyunkat, hogy előző (hétköz)nap, illetve a legutóbbi vasárnap mikor mit evett és ivott. Érdekes, hogy hétköznapról vasárnapra érve az ebédelők amúgy is magas aránya emelkedik tovább (94-ről 98,3 százalékra), a reggelizők, tízórazók és uzsonnázók aránya csökken. Általában a fő étkezések „népszerűek”, tízórazni és uzsonnázni kevesen szoktak.

Egyes étkezések előfordulási gyakorisága a válaszolók körében (százalékban)

Étkezés	Hétköznap	Hétfégen
reggeli	77,8	65,8
tízórai	10,2	5,5
ebéd	94,0	98,3
uzsonna	15,7	16,4
vacsora	83,4	79,4
Válaszolók száma	1103	898

Az alábbi táblázat jól megmutatja, hogy az étkezés gyakoriságát nézve a naponta háromszor étkezők vannak többségben (51,2, illetve 47,6 %), őket követi a kétszer étkezők csoportja. Lényegi eltéréseket nem találunk hétköznap és vasárnap között: érdekes módon hétvégén az egyszeri étkezők aránya nő, valószínűleg a vasárnap ebédelők egy része már nem eszik aznap még egyszer.

Étkezések száma hétköznaponként és hétvégenként

Étkezések száma	Hétköznap %	Hétvége %
1	6,1	11,1
2	26,7	27,8
3	51,2	47,6
4	12,1	11,5
5	3,9	2,0
Összesen	100,0	100,0

Az étkezések átlagos száma hétköznap 2,6, vasárnap csak 2. Megyénként nézve az étkezések számát, feltűnő (szignifikáns) különbségeket láthatunk a régiók között: a délen (Baranya, Bács-Kiskun és Csongrád), valamint az ország közepén (Pest és Fejér megye) kevesebbszer étkeznek a roma emberek a minta átlagánál. Érdekes, hogy a romák által magasabb arányban lakott, elmaradott térségekben is átlagos vagy átlag feletti az étkezések száma.

Étkezések átlagos száma	Hétköznap	Hétvége
Budapest	(2,7)	(1,9)
Baranya megye	(2,2)	(1,2)
Bács-Kiskun megye	(1,6)	(1,1)
Békés megye	(2,5)	(0,9)
Borsod-Abaúj-Zemplén	(2,7)	(2,4)
Csongrád megye	(1,0)	(0,7)
Fejér megye	(1,2)	(1,0)
Győr-Moson-Sopron	(2,6)	(2,8)
Hajdú-Bihar megye	(2,7)	(2,4)
Heves megye	(3,0)	(2,5)
Komárom-Esztergom	(3,0)	(2,6)
Nógrád megye	(3,0)	(2,2)
Pest megye	(1,5)	(1,0)
Somogy megye	(2,8)	(1,7)
Szabolcs-Szatmár-Ber	(2,5)	(2,4)
Jász-Nagykun-Szolnok	(2,8)	(2,3)
Tolna megye	(2,4)	(1,3)
Vas megye	(3,3)	(2,8)
Veszprém megye	(2,5)	(2,6)
Zala megye	(2,7)	(2,0)
Összesen	(2,6)	(2,0)

A mit evett kérdésre adott sokféle választ úgy rögzítettük, hogy említette-e a válaszadó a főtt ételt, volt-e hús, édesség és zöldség az asztalon. Azt is megkérdeztük, hogy mit ittak az étel mellé. Feltűnő a húsos ételek túlsúlya a zöldséget (is) tartalmazó ételekkel (főzelék, saláta, paprika, paradicsom stb.) szemben. Hétfévégén magasabb arányban fogyasztanak a romák (is) főtt ételt, húst és édességet, mint hétköznap. A zöldség inkább hétköznap fogy, de akkor se nagy arányban (12,6 %) jellemző a válaszadókra.

Érdekes, hogy az étel mellé nem szoktak inni az emberek, vagy nem tartották fontosnak az italt megemlíteni az étkezés részeként. Azért is gondolunk az utóbbi tényezőre, mert feltűnően vasárnap nagyobb a semmit nem ívók aránya (62,2 %), ami már valószínűtlenül magas. A válaszolók 17,7 százaléka vizet vagy teát iszik, az egészséges, de drágának tartott ásványvizet és gyümölcslevet alig isznak az emberek.

Ételtípusok előfordulási gyakorisága hétköznap és hétfévégén

		Hétköznap %	Hétféve %
Étel	főtt étel	52	64,4
	Húsos étel	47,1	62,1
	édesség	4,4	6,8
	zöldség	12,6	9,1
Ital	semmi	54,8	62,2
	víz, tea	20,4	17,7
	szénsavas	5,7	5,1
	tej, kakaó	8,3	6,1
	ásványvíz, gyümölcslé	1,0	0,4
	Kávé	8,4	7,3
	alkohol	1,4	1,1

Érdekességként megvizsgáltuk a különféle ételek előfordulását településtípusok szerint is. Általában az egyes ételek fogyasztása a településeken lakók arányában oszlik el. Azonban pár kiemelkedő adatra felhívjuk a figyelmet. Az édesség a mintában szereplő arányukon felül fogy a budapestiek és a községben lakók körében, ezzel párhuzamosan kevesebb édességet esznek városokban. Kiemelkedik a falusiak szénsavas üdítő, kávé és alkoholfogyasztása, szemben a fővárosiak átlag alatti fogyasztásával. Ezek az adatok megerősítik, hogy a községben élők egészségtelenebbül táplálkoznak, hasonlóan az országos populációhoz.

		% III. Település típusa				
		Budapest	Megyei jogú város	Egyéb város	község	Összesen
Étel	főtt étel	7,9	10,7	26,3	55,1	100,0
	húsos étel	8,9	9,2	28,1	53,8	100,0
	édesség	15,6	5,9	20,0	58,5	100,0
	zöldség	10,0	11,5	26,1	52,4	100,0
Ital	semmit nem ivott	12,0	9,9	24,0	54,1	100,0
	vizet, teát	4,1	13,4	28,5	53,9	100,0
	szénsavas üdítőt	1,1	13,1	23,3	62,5	100,0
	tejet, kakaót	10,1	14,4	28,4	47,1	100,0
	ásványvizet	6,5	9,7	35,5	48,4	100,0
	kávét	5,4	13,4	19,2	62,1	100,0
	alkoholt	4,7	20,9	20,9	53,5	100,0
	Összesen	8,9	11,6	24,9	54,6	100,0

Az étkezéshez kapcsolható tényezők

Nem meglepő, hogy a legerősebb összefüggést az mutatja, hogy ki hányszor étkezik hétköznap és hétvégén. Vagyis 55 százalékos valószínűséggel ugyanannyi alkalommal étkezik a minta egy tagja hétköznap és hétvégén. Szignifikáns összefüggést találtunk a (hétköznapi és hétvégi) étkezések gyakorisága és a dohányzás között. Minél többször étkezik valaki, annál nagyobb az esélye, hogy nem dohányzik, vagy legalábbis nem minden nap. Fordítva is mondhatjuk: ha valaki minden nap rágyújt, nagy valószínűséggel az átlagnál kevesebbszer étkezik. Az étkezések száma és az (anyagi kényszerből) meg nem vett ételek közt negatív összefüggés van. Ha valaki minél többször étkezik naponta, annál lényegesen kisebb arányban fordul elő, hogy, hogy szívesen enne valamit, de nem jut hozzá. Máshogy fogalmazva, ha valakivel gyakrabban fordul elő, hogy valamilyen étel után hiába áhítozik, akkor nagy bizonyossággal tudható róla, hogy naponta ritkábban jut neki egyáltalán étel is.

A táblázatban még a dohányzás és a testtömeg index (BMI) kapcsolata is feltűnik. Itt nem kell nagy merészség ahhoz, hogy az összefüggés ok-okozati irányát is meghatározzuk: ha valaki naponta dohányzik, akkor szignifikánsan soványabb is lesz, mint a nem dohányzó társa.

Correlations

						28.Szívese n enne,de nem jut
		29.Dohán				
ETKEZ1	Pearson Correlation	1,000	,547**	,100**	,001	-,146**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,001	,983	,000
	N	1103	895	1102	1056	1084
ETKEZ_V1	Pearson Correlation	,547**	1,000	,088**	-,035	-,115**
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,008	,298	,001
	N	895	898	897	863	885
29.Dohányzik Ön?	Pearson Correlation	,100**	,088**	1,000	,170**	-,047
	Sig. (2-tailed)	,001	,008	,	,000	,105
	N	1102	897	1199	1147	1177
BMIIND	Pearson Correlation	,001	-,035	,170**	1,000	-,044
	Sig. (2-tailed)	,983	,298	,000	,	,141
	N	1056	863	1147	1148	1127
28.Szívesen enne,de nem jut hozzá?	Pearson Correlation	-,146**	-,115**	-,047	-,044	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,105	,141	,
	N	1084	885	1177	1127	1178

**.

Hálapénz az egészségügyben

Egy korábbi kutatás (Bognár Géza- Gál Róbert Iván- Kornai János Hálapénz a magyar egészségügyben. Társadalmi-politikai Tanulmányok 17. Budapest, 1999.) a paraszolvenciával kapcsolatos attitűdöket vizsgálva megállapította, hogy az orvostársadalom, hasonlóan a lakossághoz, nem szereti és elítéli a hálapénzt, de elfogadják. Mindkét csoportban 80 százalék azok aránya, akik szerint a hálapénz szükséges rossz. Egyik különbség a két csoport között, hogy a lakosság kevésbé (65,7%) menti fel erkölcsileg az orvosokat a hálapénz elfogadása miatt, mint az orvosok magukat (89%).

A hálapénz gyakoriságát nézve jelentős különbség fedezhető fel az általában feltételezett, és az egyéni kiadásokban elismert hálapénz-fizetési gyakoriság között. A lakosság véleménye szerint 10 páciensből 5-6 ad hálapénzt a házi orvosnak, az orvosok szerint csak 4, a házi orvosok szerint csak 2. Azonban a házi orvosnál ténylegesen megfordult betegek – saját bevallásuk szerint – 14 százaléka adott hálapénzt a legutóbbi kezelés alkalmával, az utóbbi egy évben pedig 26 százalék. A lakosság egyéb ellátás esetében (járóbeteg szakrendelés, kórházi ellátás) is számottevően gyakoribbnak véli a hálapénz-fizetést, mint amennyit egyéni kiadásai között elismer belőle. Feltételezhető azonban, hogy az elismert hálapénz-fizetés nem azonos a tényleges hálapénz-fizetéssel, mivel az előbbi – a felejtési hatására és az eltitkolás szándék miatt – valamelyest alábecsüli az utóbbit.

A kutatók szerint a falusiak és a budapestiek gyakrabban adnak hálapénzt, mint a városokban élők. A kemény szociológiai változók (jövedelem, iskolai végzettség, életkor) nem határozzák meg, hogy ki ad, és ki nem ad hálapénzt.

Becslések alapján (95 százalékos valószínűséggel) egy év (1998) alatt 33 milliárd forint közötti összeget fizetett ki a lakosság hálapénz gyanánt, amiből 29 milliárdot (88 %) kaptak az orvosok, a maradék 4 milliárdot (12 %) az egészségügyi személyzet többi tagja kapta. Kornai és társai számításai szerint átlagosan egy orvos a hivatalos nettó fizetésének bő másfélszeresét kapja hálapénz gyanánt. (Bognár és társai 1999)

Egészségügyi roma kutatásának adatai szerint a kórházi bennfekvés, műtét alkalmával az orvosnak adtak legtöbben (14,6 %) és a legmagasabb összegeket a betegek (átlagosan 17.277 Ft). Hasonló „részvételi” aránnyal (14,3 %), de alacsonyabb összegekkel (4.265 Ft) jutalmazták a házi orvosokat. A védőnők munkáját hálálják meg legkevésbé az emberek, a legkisebb arányban (1,2 %) és a legkisebb összeget (1.558 Ft) kapják ők.

V. HÁLAPÉNZ BEVALLOTT ÖSSZEGEI

Kinek, mikor?	Adott (1200 kérdezett százalékában)	Hálapénz átlaga (Ft)	Hálapénz minimuma (Ft)	Hálapénz maximuma (Ft)	Hálapénz összege (Ft)
Házi orvosnak	14,3	4.265	200	80.000	733.600
Orvosnak, járóbeteg rendelésen	6,7	10.327	200	100.000	836.500
Orvosnak, kórházi bennfekvéskor	14,6	17.277	500	500.000	3.023.500
Orvosnak, szanatóriumban	1,4	6.100	200	20.000	103.700
Ápolónőnek	7,1	3.361	200	30.000	285.700
Védőnőnek	1,2	1.558	200	3.000	18.700

A már említett Tárki-tanulmányban (Bognár és társai 1999) ismertetett adatokkal szembeesítve az eredményeinket, kiderül, hogy az általunk megkérdezett romák jóval magasabb összegeket vallottak be, mint a Tárki által megkérdezett emberek. A két adatfelvétel között eltelt két év inflációjával nem lehet megmagyarázni a jelentős különbséget. Elképzelhető, hogy amíg a magasabb jövedelmű országos populációban az elhallgatás és titkolózás következtében a valóságnál kisebb adatokat kaptak a kutatók, addig az alacsony szociális szinten élő roma mintában a többnek mutatkozás, a nagyotmondás inkább a valóságnál magasabb összegeket eredményezett.

Hálapénzek átlagai (forintban)³

Hol?	EÜM-roma kut	Tárki
Házi orvosnál	4.265	1.182
Járóbeteg szakrendelésen	10.327	778
Kórházban	17.277	2.579

A hálapénz táblázatban feltüntetett hat célszemélyét összesítve átlagosan 14.711 Ft a hálapénz átlagos nagysága.

Megvizsgáltuk, hogy mekkora átfedés van a különböző egészségügyi dolgozóknak hálapénzt adók körében, vagyis mennyire jellemző, hogy egy személy több helyre is adott már pénzt. Összességében a válaszadók 71,7 százaléka egyáltalán nem adott hálapénzt az utóbbi egy évben, 17,3 százalék adott az egyik egészségügyi dolgozónak (nem biztos, hogy egyszer), 7 százalék legalább két külön helyre adott

³ A kérdezettek által bevallott értékek

pénzt, és 3,9 százalék 3 vagy több helyen is paraszolenciával fejezte ki véleményét.

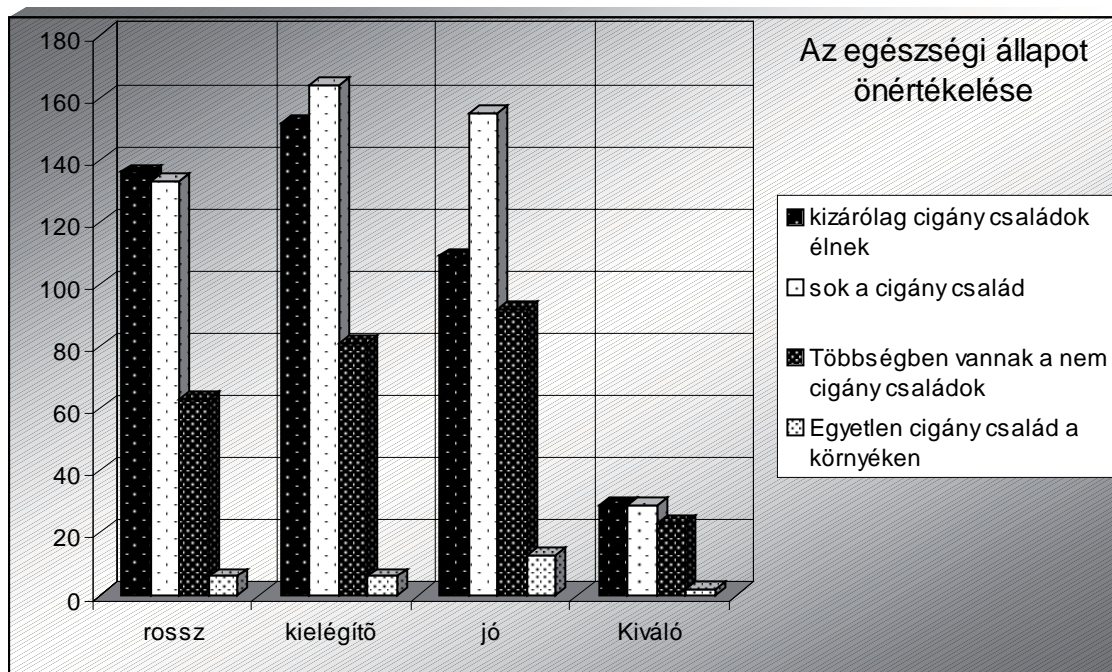
Hálapénzt adók megoszlása

			Összesített
Valid	0	860	71,7
	1	208	17,3
	2	84	7,0
	3	34	2,8
	4	10	,8
	6	4	,3
	Total	1200	100,0
Total	1200	100,0	

Érdekes, hogy átlagban azok adták a legkevesebb hálapénzt, akik egy (8891 Ft), illetve hat (9.475 Ft) helyen is gondolták ennek szükségességét. A legtöbbet (átlag 33.691 Ft) azok fizették, akik három helyen is fizettek hálapénzt.

VI. TELEPI LÉTFORMA SAJÁTOSÁGAI, HATÁSUK A ROMÁK ÉLETÉRE

A településtípus szerinti és a regionális hátrányok mellett a lakóhelyen belüli elkülönülés és elkülönítés is növeli a romák gazdasági és társadalmi hátrányait, sélyeit. A romákat a többségi társadalom felől érő szegregációk közül a lakóhelyi szegregáció, vagyis a cigánytelepek léte a legsúlyosabb, állandósága és az érintettek magas száma következtében.



Ezért úgy gondoltuk, hogy a fontosabb kérdéseket megvizsgáljuk telepi-nem telepi bontásban is, megmutatva, hogy a magyarországi átlagnál amúgy is rosszabb életkörülmények között élő cigányságon belül található még egy, az átlagrománál lényegesen sanyarúbb életesélyekkel küzdő, és jól körülírható csoport is.

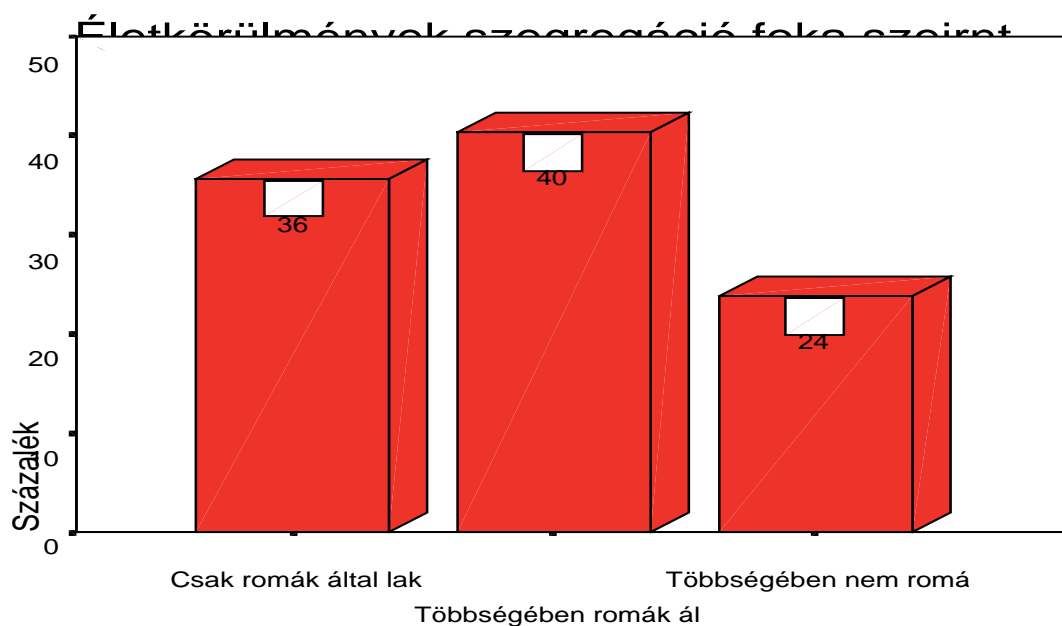
Kemény és társai adatai szerint az 1990-es években a romák közel kétharmada (kb. 60 százaléka) erősen szegregált körülmények között élt, vagyis környezetükben kizárólag vagy túlnyomórészt cigányok, vagy nagyjából fele-fele részben cigányok és nem cigányok laktak. (Havas 1999) Ettől az aránytól kissé eltér a kutatási adatunk: az általunk megkérdezettek 76,1 százaléka él többségében vagy kizárólag cigányok által lakott környéken. Az 1994-es adathoz képest történő eltérésnek több oka is lehet. Az adatfelvétel sikeressége érdekében – hogy minél zökkenő mentesebb legyen az interjúalanyok kiválasztása és kérdezése – a romák által az országos mértéknél nagyobb arányban lakott településeket választottunk a mintába, ahol természetesen nagyobb esélye volt egy telepen lakónak bekerülni a mintába. Ezen kívül a kérdezőknek kellett megítélni az interjúalanyok lakókörnyezetét a kérdezés után, ami szubjektív, és a Kemény-féle kutatás módszereivel nem összehasonlítható módszer. Azt is figyelembe kell venni az eltérés magyarázatai közt, hogy az eltelt nyolc évben jelentősen, az országos, sőt, az átlagos cigány népesedést is meghaladó mértékben szaporodtak a telepen élő családok, újratermelve a nyomort, és növelve a gettósodás mértékét.

Milyen a kérdezett környezete?

Milyen a kérdezett környezete?		
	eset	%
kizárólag cigányok élnek környezetében	429	36
többségében cigányok élnek környezetében	485	40
többségében nem cigányok élnek környezetében	259	22
egyetlen cigány család a környéken	27	2
összesen:	1200	100

A szegregáció mérésénél pontosabb képet ad a konkrét telepek felmérése. Egy 1997-es kormányhatározat alapján indított telepösszeírás szerint ma a hazánkban élő romák kb. 20 százaléka (mintegy 100 ezer fő) él telepen (Miklóssy 2000). Ez az arány magasabb, mint amit Kemény és társai mértek az 1993-94-es országos reprezentatív vizsgálaton. Eredményeik szerint akkor a magyarországi cigányság 14 százaléka, vagyis kb. 70 ezer ember élt telepeken. (A lényeges eltérést a definíciók pontatlan értelmezésével magyarázzák a kutatók.)

A kérdőívünkben nem határoztuk meg külön a telep definícióját, nem is kérdeztünk rá konkrétan. Azonban a szegregáció fokára utaló, kérdezőknek feltett kérdés alapján megközelítőleg el tudjuk különíteni a telepen lakókat a mintánkban. Mivel mind a Kemény-vizsgálat, mind a Miklóssy-féle kutatás 100 százalékban romának veszi a telepen lakókat, ezért a továbbiakban a mintánk 35,7 százalékát kitevő, kizárólag cigányok által lakott környéket telepeknek vesszük.



Életkörülmények szegregációja foka szerint

A településtípus erősen meghatározza (szignifikanciaszint: $p=0,00$), hogy hol milyen arányban élnek a romák telepeken. Budapesten és a nagyobb városokban az átlagos 35,7 % alatti a telepi romák aránya a mintánkban, míg a kisebb városokban és a községekben átlag feletti a teljesen szegregáltan lakók aránya.

Lakóhelyi szegregáció településtípus szerint (százalékban)

Településtípus	Telepen él	Többségében romák által lakott környéken él	Többségében nem romák által lakott környéken él	Összesen
Budapest	23,5	38,2	38,2	100,0
Megyei jogú város	28,5	27,1	44,4	100,0
Egyéb város	37,6	38,9	23,5	100,0
Község	38,4	44,5	17,2	100,0
Összesen (Átlag)	35,7	40,4	23,9	100,0

A telepi lakóhely lényegesen befolyásolja az iskolai végzettséget: a telepeken élők részvétele az átlagnál magasabb arányú a 8 általánosnál kevesebbet végzetek kategóriáiban, a 8 általános (!) és annál magasabb végzettségűek között pedig alulreprezentáltak.

Életkörülmények szegregáció foka szerint * 2. Kérdezett iskolai végzettsége Crosstabulation

			nem járt	kev.,mint		szakmunkás, szak				
Életkörülmények szegregáció foka szerint	Csak romák által lakott, telepserű környék	Count	39	150	199	30	6	3		427
		% within Életkörülmények szegregáció foka szerint	9,1%	35,1%	46,6%	7,0%	1,4%	,7%		100,0%
		% of Total	3,3%	12,6%	16,7%	2,5%	,5%	,3%		35,9%
	Többségében romák által lakott környék	Count	25	124	271	47	9	3	2	481
		% within Életkörülmények szegregáció foka szerint	5,2%	25,8%	56,3%	9,8%	1,9%	,6%	,4%	100,0%
		% of Total	2,1%	10,4%	22,8%	3,9%	,8%	,3%	,2%	40,4%
	Többségében nem romák által lakott környék	Count	13	59	150	51	7	1	2	283
		% within Életkörülmények szegregáció foka szerint	4,6%	20,8%	53,0%	18,0%	2,5%	,4%	,7%	100,0%
		% of Total	1,1%	5,0%	12,6%	4,3%	,6%	,1%	,2%	23,8%
Total	Count	77	333	620	128	22	7	4	1191	
	% within Életkörülmények szegregáció foka szerint	6,5%	28,0%	52,1%	10,7%	1,8%	,6%	,3%	100,0%	
	% of Total	6,5%	28,0%	52,1%	10,7%	1,8%	,6%	,3%	100,0%	

A gazdasági aktivitást nézve nem találtunk statisztikailag igazolható összefüggést, hogy befolyásolja-e a telepi lét a munkanélküliség arányát.

Lakásviszonyok

A lakásviszonyokat a jövedelmi viszonyok határozzák meg leginkább, ezért előzetes várakozásunk szerint az általunk megkérdezett cigányemberek az országos átlaghoz képest rosszabb lakáskörülmények között élnek.

A tulajdonviszonyokat vizsgálva a válaszolók közel háromnegyede (74 %) saját tulajdonban lakik, 16 százaléka bérlő önkormányzattól. A lakás tulajdonviszonyát szignifikánsan ($p=0,017$) befolyásolja az, hogy milyen környéken található. A telepeken és a romák által nagyobb arányban lakott környékeken alacsonyabb arányban találhatóak önkormányzati bérlakásban élők (16 százalék alatt), mint a nem romák által lakott környékeken. Ezzel ellentétes összefüggést találunk a saját tulajdon esetében: a roma többségű területeken magasabb arányú a saját tulajdon (76,1%), mint máshol (67,6%). Az albérlet a telepeken az amúgy is alacsony átlagnál (2,7 %) is ritkábban fordul elő (0,9%).

Lakás tulajdonviszonyának alakulása a környék roma lakosságának aránya szerint

Tulajdon fajtája	Telepeken	Roma többségű környéken	Nem roma többségű környéken	Összesen
Saját tulajdon	76,1	76,0	67,6	73,9
Bérlakás	15,5	15,1	20,1	16,4
Ingyen lakják	5,9	3,1	5,3	4,7
Albérlet	0,9	3,5	3,9	2,7
Egyéb	1,6	2,3	3,2	2,3
Összesen	100	100	100	100

Eredményeink szerint legtöbben kétszobás lakásban élnek (38 %), a kérdezettek kétharmada egy- vagy kétszobás lakásban lakik. Néhányan (2 %) azonban még ennél is rosszabb körülmények között élnek, nekik nincs külön szobájuk, mindössze egy helyséből áll a lakásuk. A válaszadók egynegyede hámszobás lakásban, hat százaléka pedig még nagyobb (4-7 szobás) lakik. Összességében a szobával rendelkezők átlagosan 2,11 szobában laknak.

A telepi életforma meghatározza a szobák számát. Minél kisebb arányban laknak romák a környéken, annál valószínűbb, hogy több szobás a lakás. Amíg a telepeken a lakások 33,9 százaléka egy szobás, ugyanez a nem romák által lakott környékeken csak 23,4 százalék.

Szobaszám alakulása a környék roma lakosságának aránya szerint

Szobaszám	Telepeken	Roma többségű környéken	Nem roma többségű környéken	Összesen
1	33,9	27,7	23,4	28,8
2	33,2	39,0	42,7	66,6
3	24,5	26,7	24,8	92,2
4 vagy több	4,9	5,3	8,5	6,0
Egy helység van	3,5	1,2	0,7	1,9
Összesen	100	100	100	100

Azonban nem elég magában nézni a szobaszámot. A lakásokban lakók sűrűségét kiválóan jelzi a száz szobára jutó személy (személy/ szobaszám) mutatója. Ezek szerint Magyarországon 1999-ben – mindenkit egybevéve, hajléktalanokkal stb. együtt - 103 fő jutott 100 szobára (Vukovich-Harcsa 2000), ezzel szemben az általunk felkeresett cigánylakásokban átlag 225 fő esik 100 szobára. A jelentős eltérés egyik oka az egy lakásra jutó alacsony 2,11 átlag szobaszám. A másik ok a háztartásokban élők magas száma.

A telepi lakásokra még alacsonyabb szobaszám (átlag 2,02 szoba/lakás) jellemző, ezért a romaminta átlagánál lényegesen nagyobb a lakósűrűség, 246 fő jut 100 szobára jut.

A telepeken élők összezsúfoltságát a kicsi lakások mellett a nagyobb háztartások is magyarázzák. Az átlag magyar háztartásnál (2,58 fő) többen élnek az általunk kapott átlag roma háztartásban (4,67), azonban még ennél is többen vannak egy telepi háztartásban (4,81 fő).

A lakás mérete mellett a felszereltsége is sokat elárul a benne lakók szociális helyzetéről. A kérdezettek saját bevallása szerint 44 százalékuk lakik „CS” lakásban, vagyis csökkentett komfortfokozatú lakásban. Azt, hogy valaki Cs-lakásban él, erősen (0,000) meghatározza, hogy milyen környéken lakik. A telepen élők 56,5 százaléka lakik csökkentett komfortfokozatú lakásban, ugyanez az arány a többiségében nem romák által lakott körzetekben csak 25,1 százalék.

Cs-lakások aránya a környék roma lakosságának aránya szerint

	Telepeken	Roma többségű környéken	Nem roma többségű környéken	Összesen
Nem Cs-lakás	43,5	56,0	74,9	56,2
Cs-lakás	56,5	44,0	25,1	43,8
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

A felkeresett lakások 55 százalékában van csak fürdőszoba, ami az országos átlagnál (91 %) jóval alacsonyabb szám (Biro-Manolisz 2001). Fürdőszoba hiányában 90 százalékuk lavórban, műanyag kádban vagy dézsában oldja meg a tisztálkodást, két százalék szomszédnál vagy rokonnál szokott fürödni.

Hasonlóan erős ($p=0,000$) hatást mutat a telepi lakóhely a fürdőszoba léteire vagy hiányára is. A telepi házak 58,6 százalékában nincs fürdőszoba, a romák által ritkán lakott környékeken csak a házak 27,3 százalékára igaz ez.

Fürdőszoba-ellátottság alakulása a környék roma lakosságának aránya szerint

Fürdőszobaellátottság	Telepeken	Roma többségű környéken	Nem roma többségű környéken	Összesen
Van	41,4	57,6	72,7	55,4
Nincs	58,6	42,4	27,3	44,6
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0

A fürdőszoba ellátottsághoz hasonló különbségeket találunk a telepi és nem telepi romák között a különböző közművek tekintetében. A telepeken még a romák által adott átlagokhoz képest is jelentős a lemaradás. Minden közmű esetében szignifikáns ($x<0,05$) a telep, mint lakóhely magyarázó ereje.

A lakásokban elérhető közüzemi szolgáltatások

Szolgáltatás típusa	ROMAKUTATÁS	Telepeken	MAGYARORSZÁG
Hideg folyóvíz	64	48,6	85*, 94**
Meleg folyóvíz	48	31,9	
Villanyáram	97	95,8	
Központi fűtés	16	6,8	
Vezetékes telefon	24	15,2	75**
Csatorna	31	18,1	44*
Emésztő gödör	42	38,7	
Vezetékes gáz	22	8,9	42*, 72**

* KSH adatai (Vukovich- Harcsa 2000)

** TÁRKI 2001-es adatai (Biro-Manolisz 2001, Polonyi 2001)

Az egészségállapot jellemzői a telepeken élők között

Az egészségi állapot szubjektív értékelésénél szignifikáns különbséget találtunk a lakóhelyi környezet szempontjából. A telepen élő cigánycsaládok válaszadói nagyobb eséllyel tartoznak a rosszabb egészségi állapotúak közé, mint azok, akik nem itt élnek. Valószínűleg nem kíván részletes magyarázatot az összefüggés, hiszen a cigánytelepek tragikusan elmaradott infrastrukturális szintje már önmagában sem teremt lehetőséget az egészséges életmódra.

Az egészségi állapot értékelése a lakóhely környezete szerint (EÜ.Min. roma kutatás 2001.)

	Egészségi állapot önértékelése				Összesen
	rossz	kielégítő	jó	Kiváló	
kizárólag cigány családok élnek	136	152	109	29	426
sok a cigány család	133	164	155	29	481
többségben vannak a nem cigány családok	63	81	92	23	259
egyetlen cigány család a környéken	6	6	13	2	27
Összesen	338	403	369	83	1193
	28,3%	33,8%	30,9%	7,0%	100,0%

A soványság a romák körében feltűnően magas arányú az átlag magyarországi adatokhoz viszonyítva. A mélyebb elemzést az tenné lehetővé, ha lennének roma adatok több évre visszamenőleg is, így a feltételezések szintjén kell maradni. E mögött több tényező állhat, közülük itt az anyagi nélkülözésre térünk ki, hiszen azok körében, akiknek az élelmiszerek megvásárlása gyakran problémát jelent és/vagy a telepeken élnek szignifikánsan magasabb a soványak aránya, különösen igaz ez a nőkre. Ebből az adatból feltételezhető, hogy a cigányok táplálkozásához kötődve nem csak az alacsony testsúly a jellemző, hanem az éhezés is. Ugyanakkor eredményeink azt is jelzik, hogy a legrosszabb helyzetű csoportokban, jelesül a telepi cigányok között a soványak aránya az átlagnál magasabb, a normál testsúlyúak aránya csökkent.

Az elhízás mértéke a testtömeg index alapján lakókörnyezet szerint

Telepi	TTI index				Összesen
	sovány	normál testsúly	túlsúlyos	elhízott	
cigány-e	105	338	161	141	745
	14,1%	45,4%	21,6%	18,9%	100,0%
nem	96	177	59	71	403
	23,8%	43,9%	14,6%	17,6%	100,0%
igen	201	515	220	212	1148
	17,5%	44,9%	19,2%	18,5%	100,0%

Ugyancsak a kedvezőtlen táplálkozási lehetőségekre utal, hogy a romák 35%-a gyakran nem jut hozzá olyan ételekhez, amelyeket szívesen enne. Ez az arány a

telepeken élő romák esetében 45%. Amihez nem jutnak hozzá, az elsősorban a húsos ételek, az édességek. Okként 85% a pénziányt említette.

“Milyen gyakran fordul elő, hogy szívesen enne valamit, de nem jut hozzá?” kérdésre adott válaszok lakókörnyezet szerint

Telepi cigány-e	Gyakoriság				Összesen
	soha	néha	gyakran	mindig	
nem	262	250	200	45	757
	34,6%	33,0%	26,4%	5,9%	100,0%
igen	138	108	139	36	421
	32,8%	25,7%	33,0%	8,6%	100,0%
Összesen	400	358	339	81	1178
	34,0%	30,4%	28,8%	6,9%	100,0%

A depressziós tünet-együttes előfordulása a mintában jelentősen eltér kedvezőtlen irányba az országos adatoktól. Mindössze a válaszadók egynegyedét kerülte el a szorongásos betegség. A lakóhelyi környezet hatását juttatja kifejezésre, hogy a kizárólag cigányok közt élők körében a súlyos (12,7%) és a közepes (18%) depresszió aránya közel kétszerese azokénak, akik nem romák közt élnek.

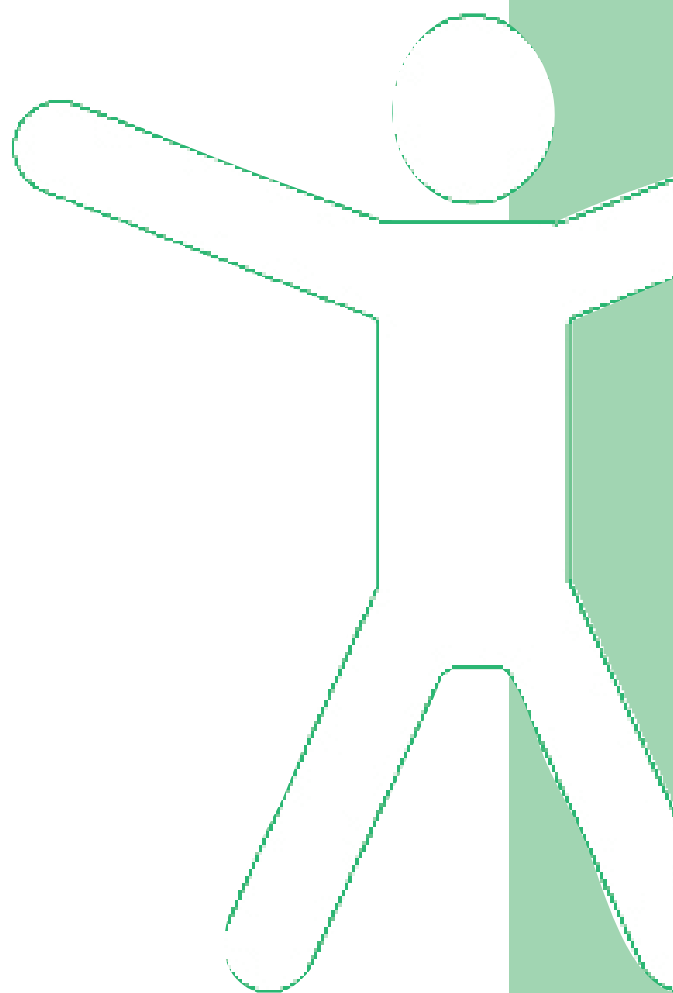
A depressziós tünet-együttes megoszlása a lakóhelyi környezet szerint

EÜ.Min. roma kutatás 2001.

Lakóhelyi környezet	Depressziós tünetegyüttes				Összesen
	nincs	enyhe depr.	közepes depr.	Súlyos depr.	
kizárólag cigányok	100 24,9%	178 44,4%	72 18%	51 12,7%	401 100,0%
sok cigány család	99 21,3%	254 54,7%	76 16,4%	35 7,5%	464 100,0%
többségében cigány	71 28,6%	128 51,6%	29 11,7%	20 8,1%	248 100,0%
egyetlen cigány cs.	12 44,4%	11 40,7%	2 7,4%	2 7,4%	27 100,0%
Összesen	282	571	179	108	1140
	24,7%	50,1%	15,7%	9,5%	100,0%



**Az egészségügyi
ellátórendszer és a
roma populáció.
Cselekvési javaslatok**



A magyar egészségügyi ellátórendszer

Angyal Magdolna

Napjainkban az egészségügy átalakuló félben van, az ellátás reformját éljük. A szerkezeti változások mellett ma is érvényes elv, hogy az egészséges élethez minden embernek joga van. Az egészség alapvető érték, és az értékmegőrzés ezen válfajában az egyénnek is – saját érdekében – részt kell vállalnia.

Az egészségügynek általában, – így a magyar egészségügynek is alapvető célja a lakosság egészségi állapotának javítása. Ezen szándék fő prioritásként természetesen a betegségek megelőzése szerepel. Az ellátás során fontos feladat a holisztikus szemlélet előtérbe helyezése, továbbá korszerűen a betegség-centrikus ellátás helyett végre a beteg-centrikus ellátást kell egyre inkább preferálni.

Az egészség megőrzését és visszaállítását komplex intézményrendszer szolgálja.

Hazánkban az egészségügyi ellátórendszer kétpólusú, amely az alapellátásból és a szakellátás (járó- és fekvőbeteg szakellátás) különböző formáiból tevődik össze.

A fenti ellátó szintek igénybevétele során a beteg élhet a szabad orvos- és intézményválasztási jogával.

A magyar egészségügyi szolgálat felépítése és működése

Alapellátás

Az alapellátás olyan ellátási forma, ahova az állampolgárok egészségi problémáikkal bármikor és közvetlenül fordulhatnak. Magyarországon az alapellátáshoz tartozik:

- a háziiorvosi (általános, felnőtt és gyermek-) ellátás,
- a fogászati ellátás,

- a munka- és üzem-egészségügyi ellátás,
- a védőnői szolgálat körébe tartozó anya- gyermek- és ifjúságvédelem,
- valamint néhány speciális ellátási forma.

A házi orvosok feladatkörébe tartozik az akut betegségek ellátása, a krónikus betegségek gondozása, továbbá a közvetlen közegészségügyi feladatok, stb. elvégzése. Falvakban, községekben a vegyes körzeteket ellátó általános házi orvosok feladatkörébe tartozik a fentebb említetteken túl a várandósgondozás, a csecsemő- és gyermekvédelem, az iskolaorvoslás és bizonyos szakgondozói teendők. A várandósgondozást, a csecsemő- és gyermekellátást szakmailag a Mozgó Szakorvosi Szolgálat segíti. A gyermek házi orvosok a 0-14-18 éves korú gyermekek gyógyító-megelőző ellátásában tevékenykednek. Munkájukban jelentős hangsúlyt kap a prevenció.

Az anya-, gyermek- és ifjúságvédelem kulcsfontosságú szakembere a védőnő, aki a gondozótevékenységét az általános- és gyermek házi orvossal, valamint iskolaorvossal együtt végzi. A védőnői szolgálat elsődleges feladata – prevenció keretein belül – a komplex családgondozás. Tevékenységének alapja az egészségnevelés és egészségfejlesztés, amely egész működését áthatja.

Az iskolás és ifjúkorú gyermekpopuláció egészségügyi ellátása az iskola-egészségügyi szolgálat feladata a nevelési-oktatási intézményeken belül. A szolgálat orvos és védőnő tagjainak elsődleges feladata a rendszeres szűrővizsgálatok elvégzése valamint egészségnevelési- és fejlesztési feladatok ellátása. Tevékenységének célja a gyermek és serdülőkorban kezdődő betegségek megelőzése, a kialakult elváltozások korai felismerése és gyógyítása, az egészséges életmódra nevelés, a helyes szokások, azaz a célirányos és a korunknak leginkább megfelelő egészségkultúra kialakítása. Az iskola-egészségügyi ellátás körébe sorolandó az iskolafo-gászati gyógyító és megelőző ellátást magában foglaló munkakör, melyet fogszakorvos lát el.

Az üzem-egészségügyi szolgálat munkatársai elsősorban a dolgozók egészségvédelmében, gyógyításában tevékenykednek, de feladatuk közé tartozik a munkahelyek egészségkárosító hatásainak felmérése és kivédése is.

Szakellátás

Az egészségügyi ellátás második szintje a szakorvosi ellátás, amely funkció és feladat alapján válik ketté járóbeteg-szakellátásra és fekvőbeteg szakellátásra.

A járóbeteg-ellátás keretein belül szakrendelési, szakkonziliáriusi és gondozási feladatok ellátása valósul meg. Ez az ellátási forma segítséget nyújt az alapellátás részére a diagnosztikai és terápiás szakfeladatok ellátásában. A járóbeteg-szakellátást a szakrendelő-intézetek hálózatában és a kórházi szakambulanciákon végzik.

Betegségük súlyossága miatt a folyamatos orvosi és betegápolási ellátásra és felügyeletre szoruló kórházi kezelésük során speciálisabb és bonyolultabb diagnosztikai és terápiás ellátásban részesülnek.

Nem túl messzi múltra nyúlik vissza a házi szakápolás rendszerének mű-

ködése. Az idős korúak, krónikus betegségekben szenvedők vagy rokkantak bizonyos körének állapota nem elsősorban kórházi kezelést igényel, hanem otthonukban történő és megvalósuló ápolást és gondozást. A házi szakápolás célja tehát a kórházi ellátás kiváltása. A házi orvos rendelése alapján a beteg otthonában nyújt szakápolást az egészségügyi szakdolgozó (pl. betegoktatás, felfekvés okozta sebek kezelése, szondán keresztül történő mesterséges táplálás, infúzió bekötése, katéterezés, stb.)

A romák egészségügyi ellátásának speciális probléma forrásai

Az egészségi állapot meghatározója az egészség előfeltételeinek megléte vagy hiánya. Az előfeltételek megléte esetén az életmód jelentősen befolyásolja az egészségi állapotot. A romák rossz egészségi állapota elsősorban a szegénységből, sőt a mélyszegénységből adódik, de esetenként ehhez hozzájárulnak a tradicionális életforma egyes elemei is, amelyek tovább ronthatják az életminőséget (pl.: helytelen táplálkozási szokások). A zsúfolt és alacsony komfortú lakóhely és lakókörnyezet, az elégtelen higiénés viszonyok, a rossz anyagi körülmények, az ebből fakadó egyoldalú táplálkozás, az egészségtelen munka- és életkörülmények mind növelik az egészségvesztés kockázatát. Az objektív feltételekhez járuló pszichés teher tovább generálja a roma népcsoportok pszichoszomatikus betegségeinek mind gyakoribb megjelenését és elmélyülését.

(A magyarországi roma közösségek egészségi állapotáról átfogó, magas tudományos bizonyíték szintű vizsgálat, felmérés nem készült; mivel a célcsoport objektív meghatározása hiányzik és a nemzetiségi alapon történő adatgyűjtés jelentősen nehezített, így a roma lakosság egészségi mutatóira, magas tudományos bizonyíték szintű adatok híján csak keresztmetszeti vizsgálatokból következtetni lehet.)

Nem reprezentatív adatgyűjtés eredményeként elmondható:

A roma közösségek egy része az „ön-gyógyítók” körébe tartozik. Főleg az idősebb emberek ismerik és alkalmazzák a természet adta gyógyítási lehetőségeket, népi gyógymódokat. A roma közösségek jelentős hányada csak ritkán vagy egyáltalán nem alkalmaz egészség-megőrzési vagy a betegségeket megelőző módszereket, technikákat – főleg szegénységük okán.

A romáknak az egészségügyi ellátórendszerből való részesezésében nagy különbség észlelhető. Az alapellátást nyújtó egészségügyi dolgozókkal többnyire jobb viszonyt tudnak kialakítani, mint az intézményes kórházi vagy szakellátást nyújtó csoport tagjaival. Ennek oka abban keresendő, hogy amíg a háziorvosoknak, és védőnőknek a munkájuk során lehetőségük nyílik megismerni a roma ellátottak szociális helyzetét és beleláthatnak az ebből adódó mindennapos problémáik kialakulásába és megnyilvánulásába is, addig a kórházi orvosoknak és szakdolgozóknak nem áll módjukban közvetlenül betekinteni és megismerni a romák otthoni körülményeiből adódó feszültségforrásokat és egészségkárosító hatásokat. Az utóbbi, – a romák számára idege-nebb – ellátási forma esetenkénti elutasításának oki tényezői között kell megemlíteni az időnként tapasztalható személytelen intézeti ellátás következményét, az empátia hiányát, valamint a nem megfelelő tájékoztatást. Az ellátás folyamatában előfordul, hogy roma páciensek nem tudják a különféle kezeléseik során, hogy valójában mi történik velük. Az ilyen esetek a roma betegekből bizalmatlanságot válthatnak ki. Előfordul, hogy a roma betegek a kórházi kezelés esetén saját felelősségükre távoznak az intézményből. Ilyenkor gyakran távozásuk okaként kell megemlíteni, hogy a kórház sajátos légkörében – mely a többségi társadalom követelményrendszerét tükrözi – nem érzik jól magukat, magányosakká válnak az otthon megszokott világának hiányérzetétől, nehezen tudják leküzdeni a

szegényérzetüket, és így nem ritkán fordulnak elő orvos-beteg vagy szakdolgozó-beteg közötti konfliktusok.

Sajnálatos tény a közgyógyellátás fokozatos szűkítése, ami igen hátrányosan érinti a rossz anyagi helyzetben lévő roma betegek gyógyulási esélyeit, hiszen nem vagy csak részben tudják az orvosok által felírt gyógyszereket megvásárolni állapotuk javítása érdekében alkalmazni. A szegény családok elsősorban az alapvető szükségleteik kielégítésére törekednek, a gyógyszereszedés pusztán elkerülhetetlen esetekben tüneti megoldásként jöhet csak szóba.

Az alacsony jövedelmű, többnyire segélyekből élő cigányság azon egészségügyi ellátási formák esetében van rendkívül hátrányos helyzetben, amelyekért fizetni kell. (Ez azon néhány szolgáltatást jelenti, amelyre a társadalombiztosítás nem vonatkozik.)

Szégyenteljesen, de tartozom megállapítani, hogy az etnikai megkülönböztetés az egészségügy minden szintjén megtalálható még napjainkban – kimondva vagy kimondatlanul és kisebb-nagyobb mértékben, ám egyre inkább bizonyított, hogy a cigánysággal szembeni előítéletek részben az ismeretek hiányaként vagy a félreismerés következményeként vannak jelen az egészségügyi ellátás színterein. A problémák leküzdésében jelentős szerepet játszhatna, ha az egyetemeken és a főiskolákon oktatnák a romák kultúrájából eredő ismereteket.

A romák katasztrofális egészségi állapotának javításában (később e rendkívül rossz állapot megszüntetésében) döntő szerepet nem játszhat az egészségügyi és a szociális ellátó rendszer. Csak attól az embertől várható el, hogy saját (és szűkebb környezete) egészségét óvja és megóvja, akinél az egészség előfeltételei adottak és részesül a társadalmi szerepvállalásban, munkamegosztásban és elismertségben – egyszóval a társadalmi hierarchiában fontosnak érezheti magát.

A XX. század második felének világ-hírű amerikai klinikai pszichológusa, Dr. Thomas Gordon szerint „...ha úgy érezzük, hogy valaki őszintén elfogad olyannak, amilyen vagyok, akkor máris hajlandó vagyok elmozdulni, elgondolkodni, hogyan szeretnék megváltozni, fejlődni, mássá válni, még inkább azzá, amivé válnom csak lehetséges.”

Felhasznált irodalom:

- o Szuhay Péter 1999. *A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája* Budapest: Panoráma
- o Puporka Lajos – Zádori Zsolt 1999. *A magyarországi romák egészségi állapota* Budapest: Világbank Mo. Regionális Képviselő
- o Forgács Iván – Paksy András – Pataka Tibor (szerk.) 1995. *Népegészségtan* Budapest: HIETE
- o Gyukits György: *A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere* 1999. Budapest,

Cselekvési kézikönyv a védőnői ellátásra roma közösség tekintetében

A védőnő az egészségügyi alapellátásban dolgozó, felsőfokú végzettséggel rendelkező, önálló munkát végző, preventív tevékenységre kiképzett egészségügyi szakdolgozó, aki meghatározott földrajzi területen látja el feladatát, vagy oktatási intézményben dolgozik.

A védőnő a gyógyító-megelőző ellátás ma ismert leghatékonyabb, legfejlettebb módszerét, a gondozást alkalmazza. A védőnői gondozó tevékenység jellemzői:

- *folyamatos*, mert a gondozás nem egyszeri találkozással korlátozódik a gondozottal, hanem rendszeres;
- *egyénre szabott*, mert az egyéni problémák figyelembevételével az adott személynek szóló tanácsadás, illetve gondozási folyamat történik;

- *célzott*, mert az aktuálisan fennálló gondok, problémák figyelembevételével folyik a gondozótevékenység;
- *komplex családgondozó tevékenység*, melyet áthat az az elv, hogy a gondozott személyt a környezetéből nem kiragadva, hanem környezetének ismeretében kell gondozni, ellátani.

A védőnő gondozómunkája során közreműködik a nő-, anya-, csecsemő-, gyermek-, ifjúság- és családvédelemmel összefüggő preventív, egészségfejlesztő feladatok ellátásában, valamint a beteg gyermekek és szüleik egészségnevelésében, felvilágosításában.

A védőnő gondozottai között különböző személyek és személyiségek találhatók. Eltérés jelentkezik a gondozottak között *korban, nemben, egészségi és érzelmi állapotban, szociális helyzetben, vallásban, kultúrátalásban és nemzeti, etnikai hovatartozásban*. A fennálló különbségeket figyelembe kell venni, és a gondozó tevékenységet ahhoz kell igazítani.

A Magyarországon elsőként létrehozott és – jelen formájában – a világon egyedülálló módon, hálózatként működő védőnői szolgálat sikeresen végzi gondozó tevékenységét több mint kilenc évtizede.

A védőnői szolgálat megalakulása óta a védőnőnek három komoly veszélyfaktorkal kellett és kell számolnia. (Ezeknek, a veszélyfaktoroknak az évtizedek során egymáshoz mért belső arányai változhattak az ország különböző térségei tekintetében.)

- 1) *A szegénység*, - amely a XX. század eleji magyar társadalomra is jellemző volt. Az évszázad végén bekövetkezett társadalmi és gazdasági változások kedvezőtlen hatásai (munkanélküliség, alacsony jövedelem, stb.) elsősorban a sokgyermekes és alulképzett családokat érintették. (A rendszerváltás nagy vesztesei a romák voltak: a gyárak bezárásával nem volt szük-

ség a képzetlen munkaerőre. Sokuk számára ma a családi pótlék, a szociális juttatások a megélhetéshez szükséges kizárólagos jövedelemforrás.) A Betegségek Nemzetközi Osztályozásában (BNO) Z.59.5. kódszámmal szerepel!

- 2) A második veszélyfaktorként a *betegség* tekinthető. Világjárványok ugyan nem tizedelik jelenleg a lakosságot, de jelentősen emelkedik az egyes krónikus betegségekben szenvedők száma, – ez pedig szoros összefüggésbe hozható az egészségtelen életmóddal, a káros szenvedélyekkel, a nem megfelelő egészségmagatartással. (Napjainkban a romák körében magasabb számban fordulnak elő krónikus betegségek, és a szegény cigány népesség körében megjelentek újra egyes fertőző betegségek is.)
- 3) Végül a *tudatlanságot* kell megemlíteni, melynek oka az aluliskolázottságból fakadó alacsonyabb szintű egészségkultúra. A hagyományos roma kultúrában megtalálható, élénken élő hiedelmek és sajátos szokásrendszerek is sok esetben kedvezőtlenül befolyásolják az egészséget.

A mai kor védőnője is naponta folytat harcot, – ám azt az egészségnevelés és az egészségfejlesztés mind korszerűbb módszereivel teheti meg.

A XXI. századi védőnői feladatok közé tartozik és egyre fontosabbá válik az, hogy a védőnő a gondozottai körében elsőként szembesül a felmerülő pszichés problémákkal, vagyis előtérbe kerül a lelki segítségnyújtás, mint a pszichés problémák okait feltáró, *járvékos* szociális tevékenység. (A pszichés problémák jelentős hányada a megélhetési nehézségekből adódik, így a lelki segítségnyújtás határossá válhat a szociális tevékenység elemével.)

Társadalmunk multikulturális jellege egyre erősödik. Az etnikumok kulturális örökségének megismerése különösen fontos az olyan szakterületeken,

ahol egészségügyi és szociális jellegű munkát végző szakemberek tevékenykednek, hiszen az ellátás ezen relációiban a kliens/gondozott/beteg kiszolgáltatott, és a vele szemben elkövethető diszkrimináció fakadhat akár abból a félreértésből is, amely az egymás kultúrájának és szokásainak nem- vagy félre-ismeretéből táplálkozik.

A legnagyobb magyarországi kisebbség, a cigányság esetében sincs ez másképp. Mindennapi munkája során a védőnő gyakran találkozik cigány/roma családokkal. A sikeres gondozó munka érdekében fontos, hogy a védőnő előítélet-mentesen tevékenykedjen, megismerje a roma emberek szokásait, értékrendjét, gondolatvilágát, elfogadja másságukat, az eltérő kultúrára, mint értékhordozóra tekintsen. Meg kell ismernie tehát a családokon belüli szocializációs folyamatokat, és meg is kell érteni azokat.

A védőnői szolgáltatásokról a roma közösségek tekintetében:

CSALÁDGONDOZÁS:

A védőnő a roma családokban egészségnevelési és egészségfejlesztési tevékenységet végez. Feladata segíteni a családban meglévő egészségkárosító helyzetek megszüntetését, felszámolását, megelőzését, különös tekintettel a helytelen táplálkozási szokások és a szenvedélybetegségekkel élő családtagok viselkedési attitűdjének megváltoztatására.

A roma emberek többsége az egészséget a betegség hiányaként definiálja, és ezzel összefüggésben a betegség-megelőzési technikákat ritkán vagy nem alkalmazza. Ritkábban járnak a romák szűrővizsgálatokra is, bár ez nem nemzeti kisebbségi, hanem szegénység specifikus faktor. A védőnő preventív családgondozó feladatai közé tartozik a szűrővizsgálatok érdekében történő figyelemfelkeltés, a részvételre való buzdítás, a vizsgálatokról történő tájékoztatás.

A szegény sorban élő roma családoknál az egészségügyi és szociális jellegű feladatokat nem lehet teljesen külön választani, – azok szoros kölcsönhatásban vannak egymással. Az egészségügyi probléma háttérében többnyire szociális probléma, a segítségnyújtás szükségessége van. A védőnő a családokkal fenntartott kapcsolatai során az egyetlen személy, aki a leggyorsabban képes észrevenni a szociális jellegű problémákat, hiszen ő az egyetlen, aki munkaköri feladataként és rendszerességgel átlépi gondozottai házainak küszöbét. Tőle könnyebben fogadnak el bármit, mint mástól, mert otthonaikba nem hatóságként, hanem önkéntes segítőként érkeznek. A védőnőknek tehát szükség-szerűen időt kell szakítani a roma családok szociális jellegű ellátásában való részvételre is, és segítségül kell hívnia más szociális és karitatív szervezeteket, amelyek segítséget nyújthatnak ezen gondok megoldásában.

NŐVÉDELEM:

A védőnő holisztikus szemléletű gondozása során a család nőtagjai körében, a nők biológiai sajátosságait, életciklusát, a szociális és környezeti tényezőket, valamint a gondozott egyéni szükségleteit figyelembe véve egészségfejlesztő tevékenységet végez. Tevékenységének célja a női lakosság egészségének megőrzése, családtervezési tanácsadás, valamint a betegségek megelőzése, korai felismerése.

A roma nők egyes köreiben a pozitív és negatív családtervezési ismeretek hiányosak. Kevésbé ismertek és alkalmazottak a modern születésszabályozó módszerek, így a roma nők között nagyobb arányban fordulnak elő a fiatalkori várandósságok, esetleg nem kívánt terhességek. (Minden egészségügyi szakdolgozónak figyelembe kell venni azonban azt a tényt, hogy a roma családokban a nagyobb gyermekszaporulat a cigányok számára még manapság is a tradíciók követéséből adódik, amely tradíciók jelentős szerepet játszanak a közösségben.)

A postnatális nővédelmi gondozómunka kiemelt területként kell kezelnie roma nők körében a védőnők azokat az egészségnevelési és egészségfejlesztési feladatokat, melyek a káros szenvedélyek elleni küzdelemben, az elhízás elleni egészséges táplálkozás propagálásában, a csontritkulás megelőzésében, a nőgyógyászati betegségek szűrésének figyelemfelkeltésében és a családtervezési ismeretek átadásában nyilvánul meg.

VÁRANDÓSGONDOZÁS

A védőnői várandósgondozás a jogszabályok és a szakmai irányelvek alapján történik. Családlátogatások, tanácsadások és közösségi programok alkalmával a várandós anya szükségleteinek és családi környezetének megfelelően. A roma várandósok gondozásánál sem szabad figyelmen kívül hagyni a kedvezőtlen szociális hátteret, a népcsoport hagyományaiból, kultúrájából eredő, a többségi társadalométól eltérő szokásokat.

A várandós anyák gondozásának célja az anya egészségének megőrzése, a magzat egészséges fejlődésének elősegítése és a veszélyeztetettség megelőzése annak érdekében, hogy egészséges gyermek jöjjön a világra. A védőnő felhívja a roma várandós anya figyelmét a környezetében előforduló veszélyekre, kockázatokra, különös tekintettel azokra az ártó tényezőkre, melyek koraszüléshez, perinatális halálozáshoz vezetnek. (pl.: várandósság alatti dohányzás, minőségileg elégtelen táplálkozás, stb.) E gondozási területen szükséges a részletes tájékoztatás és magyarázat a szakvizsgálatok menetéről és fontosságáról. A roma nők félnek a vizsgálatoktól, az idegen kultúrát közvetítő többségi társadalom egészségügyi intézményrendszerétől. Nagyfokú tiszteletet és toleranciát kell tanúsítani a várandós nő irányába. Szülészeti szakvizsgálatok alkalmával például fokozottan tiszteletben kell tartani a roma nők szeméremérzetét.

ÚJSZÜLÖTT, CSECSEMŐ és KISGYERMEKGONDOZÁS

Védőnői feladat a csecsemők és kisgyermek szomatikus, pszichomotoros, mentális és szociális fejlődésének figyelemmel kísérése, a fejlődés folyamatát gátló tényezők felismerése, a betegségek korai kiszűrése, a beteg gyermekek és családjuk fokozott és speciális gondozása.

A védőnő ismeri meg legelőször a szociális okból veszélyeztetett gyermek helyzetét. Roma családok többségében rossz szociális és anyagi körülmények között nevelkednek csecsemők és kisgyermek. A fűtetlen szoba, az elégtelen, hiányos táplálkozás valahol konkrét betegségbe torkoltnak. A gyermek rossz szociális környezete, vagy az abból fakadó higiénés hiányosságok, a mennyiségi és/vagy minőségi éhezés a nem túl távoli jövőben „visszaköszönnek” a roma populáció egészségi állapotáról szóló statisztikákban.

A gyermekkori védőoltások kötelezőek a társadalom minden gyermek tagja számára. A roma szülőknek fontos hangsúlyozni az oltások betegség elleni védő funkcióit. Prioritást élvez az oltandó személy, a szülő, illetve a törvényes képviselő tájékoztatása, felvilágosítása.

Az otthoni balesetek megelőzésében is fontos lehet a védőnő megelőző tájékoztatása.

A védőnőnek összekötő szerepe van a kórházban ápolat gyermek szülei és a fekvőbeteg intézmény között. Sokszor a védőnő magyarázata kell ahhoz, hogy a roma szülők megértsék gyermekük kórházi ellátásának szükségességét és fontosságát, – vagyis bízzanak az intézményben a gyógyulás érdekében.

ISKOLÁSKORÚ GYERMEKEK GONDOZÁSA ÉS AZ IFJAK VÉDELME:

Oktatási és nevelési intézményekben a védőnő kiemelt figyelmet fordít a gyermek pszichoszomatikus fejlődésére,

a szocializációra, a pályaválasztás előkészítésére, gondoskodik a szűrővizsgálatok, a védőoltásokról és az életkornak megfelelő egészséges életmódra nevelésről, felvilágosításról.

Az iskola és ifjúság-egészségügyben tevékenykedő védőnő kezdeményezője lehet egy „tanulási” folyamatnak, amelyet a roma gyermek és fiatal el-sajátíthat a saját egészségének érdekében, sőt hatással lehet a családja és szűkebb környezete egészségkultúrájának alakításában. Jelentős vívmány, hogy minden oktatási intézménynek kell egészség fejlesztési tervet is készítenie.

Ajánlások a roma kliensek védőnői gondozásához, melyek mindegyike érvényes a nem roma kliensek esetében is:

- A cigány családok gondozásában még ma is az egészségnevelő és felvilágosító tevékenység dominál, hiszen a táplálási, gondozási, higiéniai tanácsok adása a védőnő napi feladatai közé tartozik.
- Roma gyermekekkel és emberekkel történő foglalkozás során mindenképp az empátiának, a türelemnek, a toleranciának és az előítéletmentességnek kell érvényesülnie.
- Elengedhetetlen a védőnő határozottsága, (pl.: védőoltások kérdésében), de a kevésbé fontos kérdésekben lehet „megengedő” a védőnő a roma gondozottakkal.
- Fontos az alkalmazkodás a roma családok szokásaihoz, azaz életmódjuk sajátosságainak megértő elfogadása.
- A hiányosságok hangsúlyozását célszerű elkerülni – megtalálva azt, hogy mit lehet megdicsérni (még ha az apróság is, hiszen mindannyian vágyunk az elismerésre).
- Építeni kell gondozómunka során arra, hogy a gyermek nagy értéket képvisel a roma családban, és fontos a szülő számára.

- Fontos megérteni a roma emberek értékítéletének és értékrendszerének „működését”. Ez, ami értő és aktív meghallgatás nélkül nem lehetséges.
- Nélkülözhetetlen a családi hierarchia megismerése, és tiszteletben tartása. A család vezéregyénisége többnyire a nagymama, hasznos a védőnőnek vele jó és bizalmas kapcsolatot kialakítania.
- Csak olyat szabad kérni a roma gondozottaktól, amit anyagi, szociális hátrányukból fakadó és társadalmi korlátaik ellenére teljesíteni tudnak.
- A jó védőnő támogatja és elősegíti a cigány gyermekek identitásának megtalálását, kultúrájuk megtartását, ápolását.
- Elsődleges célcsoportnak a felnövekvő generáció tekintendő. A védőnőnek meg kell győznie a roma családokat, hogy a cigány gyerekek rendszeresen járjanak óvodába, iskolába.
- Az iskolai egészségnevelő és egészségfejlesztő tanfolyamok jó lehetőséget kínálnak arra, hogy a roma gyerekek elsajátítsák az egészséges életmód és szokások szemléletét, gyakorlatát. Jó tudni és ismerni, hogy mi az érték a cigány gyermekek számára, mi az, amit csak ők tudnak megcsinálni, vagy ők jobban tudnak megcsinálni, és ezt be kell építeni az iskolai egészségnevelési tevékenységbe.
- A védőnő segíti elő elsősorban az integrációt, elutasítva a szegregáció minden formáját gondozó tevékenysége során.
- A védőnő attitűdje a cigány gondozottakkal szemben meleg, elfogadó, következetes és hiteles legyen, ébresszen bizalmat bennük, legyen képes elfogadtatni magát. Helytelen szemlélet a tekintélyelvű és fegyelmezésen alapuló gondozási mód. Tudni kell, hogy a roma családokkal is a kapcsolatok lassan és hosszan

épülnek ki, de a jól kiépített kapcsolat biztos gyümölcsöt hoz.

- A tradíciók szerint élő roma családok hiedelmeinek tiszteletben tartása a jó együttműködés alapja lehet, feltéve, ha a tradíciók mentén alakuló életvitel nem hordoz magában az egészségre ártalmas elemeket. A hiedelmekbe, babonás szokásokba történő direkt beavatkozás vagy tiltás nem vezet eredményhez. Az óvatos, meggyőző rábeszélés pozitív eredményt hozhat.

Bármely etnikum kulturális örökségének megismerése különösen fontos az olyan szakterületeken, ahol egészségügyi és szociális jellegű munkát végző szakemberek tevékenykednek, hiszen az ellátás e relációiban a kliens/gondozott/beteg kiszolgáltatott, és a vele szemben elkövethető diszkrimináció fakadhat akár abból a félreértésből is, amely az egymás kultúrájának és szokásainak nem ismeretéből táplálkozik. A legnagyobb magyarországi kisebbség, a – közel sem homogén csoportot mutató – cigányság esetében sincs ez másképp. A roma családok eredménytelen vagy nehézségekbe ütköző gondozásának okai többnyire a kultúrájuk nem megfelelő ismeretében és az eltérő kommunikációban keresendő.

A gondozás hatékonyságát és sikerét jelentősen befolyásolja kommunikáció megfelelő módja, ezen belül is az aktív és figyelmes meghallgatás, bátorítás, megerősítő reagálás, párbeszéd alkalmazása, a gondozott számára könnyen érthető szavak, kifejezések használata, a verbális és non-verbális kommunikáció összhangja. Kerülni kell a kommunikációs gátak kiépülésének lehetőségeit, mint pl.: utasítás, kioktatás, lejárata, a tisztelet hiánya vagy szakzsargon használata.

A szolgáltatást nyújtók szakmai kötelessége az előítéletek kezelésének megtanulása, az általános tolerancia feltétele a jó kooperációnak, mely a szolgáltatás minőségét alapvetően befolyásolja. A védőnő lehet az a sze-

mély, aki munkája, empátiája révén a többség és kisebbség között kultúra és érték közvetítővé válhat.

A védőnők többsége tiszteletet, megbecsülést kap a cigány gondozottaktól. J. Steward írja a „Daltestvérek” című könyvében a következőket: *„Valamennyi állami alkalmazott közül a védőnő az egyetlen, akinek rendszeres és baráti kapcsolata van a cigányokkal. Ezért, amikor a gyerekek egészségének megóvásáról van szó, a védőnőt kedvezően fogadják. Ugyanakkor, mivel a fogamzásgátlás propagálása s tevékenységének része, a cigány férfiak gyakran kevésbé udvariasan bánnak vele.”*

A multikulturális társadalommal való együttélés és ezen együttélésre történő pontos felkészítés új elem - többek között - a védőnőképzés számára is. Az előítéletek és sztereotípiák kezelésének megtanulása érdekében elengedhetetlen tehát nem csak olyan ismereteket beépíteni a védőnők képzésébe és továbbképzési rendszerébe, amely foglalkozik a roma társadalom történetiségével, kultúrájával, érték- és normarendszerével, a cigány népcsoportok szokásaival, hanem az általános másság-elfogadási technikák

elsajátítása mellett agresszió mentes kommunikációt is tanulni kell.

„Szembe kell nézni saját kulturális tudásunk 'örökölt' és egyszerűsített ítéleteivel.” –írja Szuhay Péter.

Felhasznált irodalom:

- Csordás Ágnes – Odor Andrea – Tóth Gyuláné (szerk.) 2004. *A védőnő preventív feladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban* Budapest: OTH
- Ewles, Linda –Simnett, Ina 1999. *Egészségfejlesztés* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Kiss Tóth Emőke – Bujtásné Szabó Rozália: A cigányság körében élő babonák és szokások a védőnői munka tükrében *Védőnő XIV.* 2004. 1. 14-17.
- Szabóné Kármán Judit 2004. *Családgondozás-krízisprevenció* Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Székely Lajos – Szél Éva – Szeles Veronika 1999. *Védőnői módszertan* Budapest: HIETE
- Szuhay Péter 1999. *A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája* Budapest: Panoráma

Hasznos szavak a roma kultúra jobb megértéséhez

A magyarországi roma/cigány nyelvek – Lakatos Szilvia

Bevezetés

A Nemzeti és Etnikai Kisebbségek Jogairól szóló 1993. évi LXXVII. Törvény a kisebbségek személyi és közösségi jogai mellett a nyelvhasználatra is kitér. A magyarországi cigányok túlnyomó többségében magyar anyanyelvűek, azonban a két, a törvény által kisebbségi nyelvek deklarált cigány nyelv (romani és beás) beszélőinek száma sem elhanyagolható. A fent említett törvény kimondja, hogy a kisebbségek nyelvüket szabadon használhatják, ennek feltételeit az állam biztosítani köteles, illetve a kisebbségi nyelvek oktatását a törvény által előírt módon támogatja. Az említett elvek megvalósítását gátolja, hogy a közigazgatási intézményekben dolgozók nincsenek felkészülve a nem magyar anyanyelvű ügyfelek fogadására, illetve elhanyagolható azon közoktatási intézmények száma, ahol magas színvonalú kisebbségi nyelvoktatás valósul meg. Az utóbbi 2 évben több törekvés irányult a nyelvtanárképzés beindítására, amelyek eddig nem vezettek áttörő sikerre.

A magyarországi cigányok túlnyomó többségében magyar anyanyelvűek, azonban a két, elismert cigány nyelv (romani és beás) beszélőinek száma sem elhanyagolható.

Tekintsük át a magyarországi cigányok nyelvi csoportjait.

1. A **romungrók**, akik közül legtöbben a magyar nyelvet tekintik anyanyelvüknek, köztük egyes csoportok tagjai még beszélnek a romani nyelv úgynevezett *kárpáti* dialektusát (nyelvszigetekként van jelen a kárpáti dialektus Pest megyében Csobánkán és Baranya megyében Versenden, a helyi hagyományőrző közösség tagjai között.)
2. A **beások**¹, akik a román nyelv archaikus, XIX. századi nyelvújítás előtti változatait (árgyelán, muncsán, ticsán) beszélnek. Az árgyelán, muncsán nyelvjárások Baranya megye beás falvaiban élő nyelvjárások. A ticsán nyelvjárás egyes Tiszántúli falvakban élő nyelv.

Az elemző kutatásának összegzésében felhívja a figyelmet a nem cigány környezet beásokról alkotott képének általánosító jellegére, strukturálatlan jelentéstartományára, és a beás kisebbség önmagára vonatkozó, saját anyanyelvén megalkotott kategóriarendszerének (beás cigány/nem beás cigány/ nem cigány) differenciált voltára.²

3. Az **oláh cigányok** közül a legtöbben a lovári dialektust beszélnek, azok közül is, akik nagycsaládi körben más nyelvjárást használtak. A cigány nyelv lovári változata hasznos mindazok számára, akik országhatárokon átívelő kereskedelmi, vagy kulturális kapcsolatokkal rendelkeznek, mert ezt a nyelvjárást igen sokan ismerik és fogadják el a legkülönbözőbb csoportok közötti közvetítőként.

1 SZALAI Andrea: A beások. Az etnikai identitás határai a nyelvhasználat tükrében *Kritika* 1997/12. 7-9. o.

2 SZALAI (1997) im.

A magyarországi cigány csoportok nyelvi csoportjainak felosztása³

Magyarországi cigányok
kb. 500.000 fő

Csak magyarul beszélő cigányok

ROMUNGRÓK
/kárpáti cigányok/
71%

Kétnyelvű cigányok

cigány anyanyelvűek

OLÁH CIGÁNYOK
/kolompárok/
21%

román anyanyelvűek

BEÁSOK
/teknővájók/
8%

Nyelvük:

Döntően magyar, már csak nyelvszigeteken/pl. Versend, Csobánka/ beszélik a romani nyelv kárpáti cigány nyelvjárását

A romani nyelv nyelvjárásait beszélik, melyek foglalkozások szerint /kb. 13/ különülnek el.

- lókereskedők
- üstfoltozók
- rézművesek
- fémművesek
- szőnyegkereskedők
- köszörűsök
- kovácsok
- sátorosok
- stb.

A román nyelv archaikus nyelvjárásait beszélik.

- árgyelán¹
- muncsán²
- ticsán³

Lakóhelyük

Budapest és környéke
/Pl.: Pomáz, Zsámbék/

Dunántúl
/Pl.: Pécs, Mohács, Bábócsa/

Az egész országban szétszór-
tan élnek

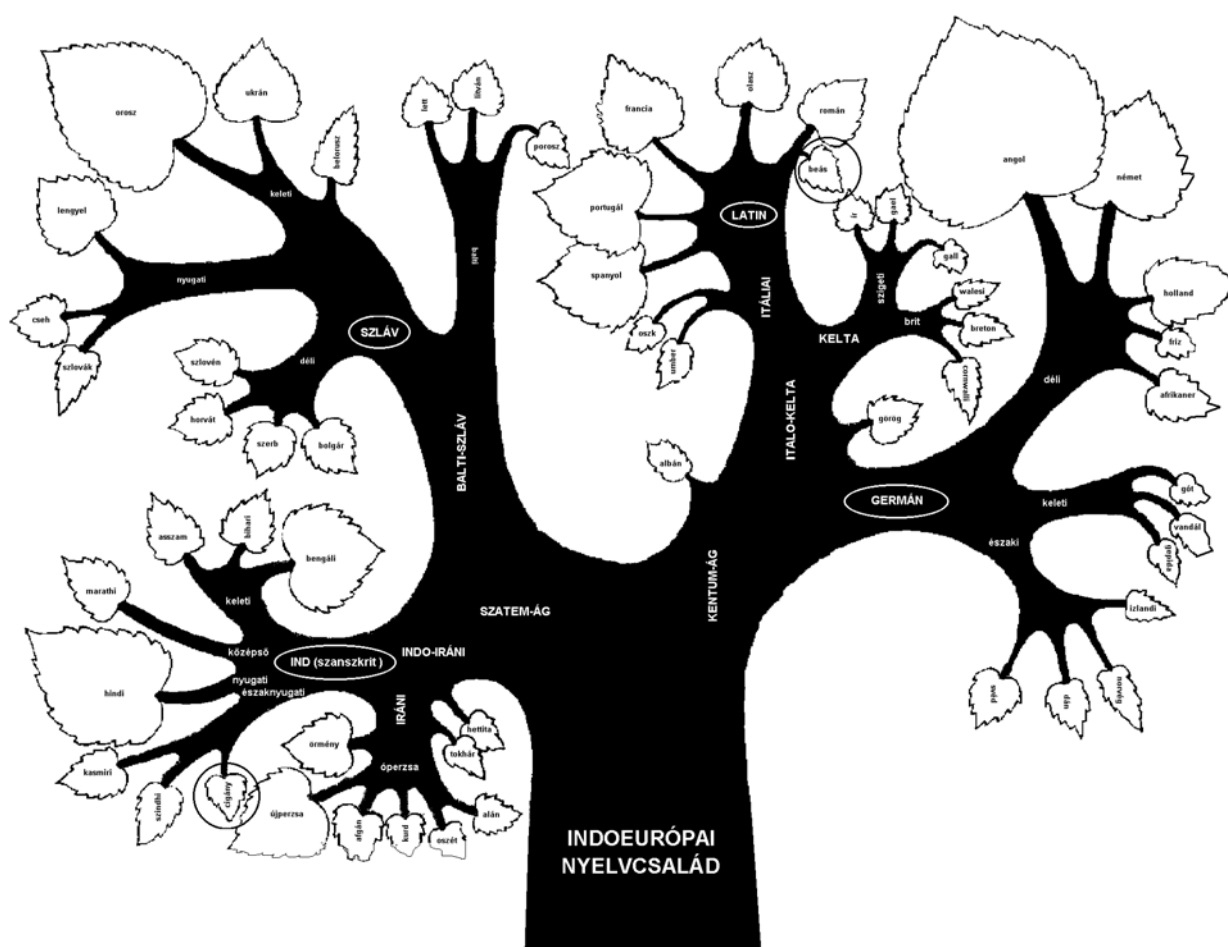
/főleg városokban/

¹⁻²A Dunántúlon, főleg Somogy, Tolna, Zala és Baranya megyékben élnek.

³A Tiszántúlon, Tiszafüred környékén laknak.

A cigány csoportok indoeurópai nyelvcsaládban elfoglalt helyük alapján világosan látható, hogy két, különböző nyelvcsoporthoz tartozó, egymástól eltérő állapotban lévő nyelvet beszélőkről van szó.

³ Erdős Kamill felosztása alapján készítette Pálmainé Orsós Anna.



Tótfalusi István: Bábel örökében című könyve alapján Pálmainé Orsós Anna által készített rajz.

Romani nyelv

Magyarországon a romani nyelvet az oláh cigányok beszélik anyanyelvként, akik hazánk cigány lakosságának kb. 21 %-át teszik ki. (Kemény István, 1971)

A romani nyelvnek számos dialektusa van Magyarországon és az egész világon, melyek elnevezésüket a vicákról (nemzetségek) és azok foglalkozásairól kapták. E dialektusok közül a legelterjedtebb a lovári. A lovári név eredetét illetően különböző nézetek vannak. Az egyik, legkomolyabbnak tekinthető elterjedt nézet arra támaszkodik, hogy a lovári dialektust beszélők fémművesek is voltak (Loha = fém, lohári = fémmunkás). Más nézet szerint viszont a lovári, mint csoport megnevezés a love = pénz szóból származik. A harmadik elmélet szerint a lókupeczek, lókereskedők voltak, akiknek felmenői a lovári dialektust beszélték, illetve beszélik. A lovári dialektus elterjedtségének oka, hogy a Magyarországon elsőként megjelent romani nyelvkönyv, a Zhanes Romanes (Choli-Daróczi - Feyér), ebben a dialektusban jelent meg, valamint a későbbiekben ezt a nyelvjárást akkreditálták az állami nyelvvizsgaközpontban. Szintén ezt a dialektust tanítják a Gandhi Gimnáziumban és a Pécsi Tudományegyetem Romológia és Nevelésszociológia Tanszékén is.

A romani nyelv attól válik színesebbé, hogy a világon sok dialektusát beszélik, például Magyarországon a következőket: kherari (jelentése: „házzal bíró”), colari (szőnyegkereskedő), kelderashi (üstfoltozással és edényjavítással foglalkozó), mashari (halászzal foglalkozók), cerhari (sátorosok) és a churari (késesek), stb.

Annak ellenére, hogy a lovári dialektus a legelterjedtebb, a többi nyelvjárást beszélő csoportokkal azonos értékű, nincs alá-fölérendeltségi viszony a romani nyelv dialektusai között, melyek beszélői tökéletesen megértik egymást.

A nyelv főbb jellemzői

A nyelvnek írásbelisége nem volt, az írásbeliség csak az 1980-as évek második felétől formálódik hazánkban.

A magyar nyelvvel ellentétben a romani nyelvben – mint az indoeurópai nyelvekben ez általános – megkülönböztetünk nyelvtani nemeket, ezért a nyelv elsajátításának egyik nehézsége a folyamatos nem, szám, időbeli egyeztetés szükségessége.

A romaniban két különböző nemet különböztetünk meg, hímnemet és nőnemet, valamint természetesen ezeknek többes számát. A határozott névelőt egyeztetni kell a főnévvel, a többes szám esetében is. Ez nem azt jelenti, hogy nincsenek határozatlan névelők, természetesen azok is jelen vannak a romani nyelvben.

A legtöbb romani főnévnek nyolc esete van: az alanyeset, tárgyeset, részes határozó eset, birtokos eset, eszközhatározó vagy társhatározó eset, helyhatározó eset, távolító eset és megszólító eset. Az eseteket ragok jelenítik meg, de prepozíciókkal is kifejezhető némelyikük.

A mellékneveknek három csoportja van: háromalakú, kétalakú és egyalakú mellékneveket ismer a nyelv. A melléknevek fokozását tekintve megkülönböztetünk alap-, közép- és felsőfokot.

Az igéket kijelentő módban és feltételes módban lehet ragozni, illetve van felszólító igealak is. A kijelentő módon belül jelen időt, múlt időt és jövő időt használ a romani nyelv. A feltételes mód a jelen időt és a múlt időt ismeri. Alkalmaz szenvedő szerkezetet is, és ki tudja fejezni az igék jelen és múlt időben való folyamatosságát, gyakoriságát, illetve befejezettségét. A szabályszerűségek mellett – mint minden nyelvben – számos eltérés és speciális nyelvtani megoldás létezik. Az ige-nevek csoportjai a főnévi, melléknévi és határozói ige-nevek.

A határozók fajtái a mód-, hely-, és időhatározók, melyek a cselekvés/történet módját, helyét és idejét határozzák meg.

Az előjárósók és kötőszók is megjelennek a romani nyelvben.

Meg kell tanulni a névmásokat, ezek ragozását és illesztését, a helyeslítés, a tagadás, a birtokviszony sajátos nyelvi szerkezetét és így tovább. A névmásokon belül megkülönböztetünk személyes, birtokos, visszaható, vonatkozó, kérdő, mutató és határozatlan névmásokat.

A számneveknek két nagy csoportja van: a határozott és határozatlan számnév.

A romani nyelvben csak tegeződési forma létezik, de ez nem jelenti azt, hogy az udvariassági formákat nem használja a nyelv. Ebben például az angolhoz hasonlít. Az idősek tiszteletben tartása a megszólítás révén is kifejezésre jut.

Általában a megszólításnak, a kiválasztott nyelvi formáknak, a köszöntéseknek, a nyelv udvariassági szabályainak rendkívül fontos szerepe van. Az alkalomhoz illő nyelvi formáknak fontos szabályai vannak. A nyelv elsajátítása csak a benne kifejeződő kultúra megtanulásával együtt lehetséges.

A vándorlás során a letelepedés színhelyéül szolgáló országok nyelvéből a közösség átvett szavakat, amit a mai napig is használnak, melyek az együttélés kölcsönösségén alapulnak. A magyar nyelv is használ cigány eredetű jövevényszavakat,

ilyen például a hóhányó, mely a xoxamno szóból ered, ismertek egyebek között a csaj, csávó, lóvé szavak. A romani nyelvben is megtalálhatóak a magyar nyelvből átvett jövevényszavak, mint például a gindo, amely a gond szóból ered. Ez nem jelenti azt, hogy a romani nem önálló nyelv, illetve azt sem jelenti, hogy könnyű megtanulni. Nyelvjárásainak eltéréseit is elsősorban az határozza meg, hogy melyik területen mi volt a „gazdanyelve”.

Beás nyelv⁴

Ahogy a romani nyelvnek, úgy a beásnak sem volt írásbelisége, az 1990-es évek elején indult el az írásbeliség megteremtése.

Magyarországon a beás nyelvet a beás cigányok beszélik anyanyelvként, akik hazánk cigány/roma lakosságának kb. 8 %-át teszik ki. (Kemény István 1971).

A beás nyelvnek három dialektusa van, melyek a következők: árgyelán, muncsán, ticsán. Ezek közül a legelterjedtebb az árgyelán, amely a bánáti román dialektus nyelvújítás előtti változata. Ez a nyelv ma is őrzi a román nyelv archaikus nyelvjárási jellegét. A muncsán nyelvjárást a Dél-Dunántúlon (Alsószentmárton és környékén) beszélik. Ez a nyelvjárás, csakúgy, mint a ticsán – melyet hazánk keleti részén beszélnek – közelebb áll a mai román nyelvhez. A muncsán és az árgyelán dialektus szókészlete azonos, csak kisebb eltérések mutatkoznak. Ezt a két nyelvjárást beszélő csoportok teljes mértékben megértik egymást.

A nyelv főbb jellemzői

A beás nyelvben a főneveknek három nemét különböztetjük meg: hímnem, nőnem, semlegesnem. A főnevek ragozásának egyes és többes számában is négy eset van: alanyeset, tárgy eset, birtokos eset és részes határozó eset.

A névelőket két csoportra osztjuk: határozott és határozatlan névelők.

A melléknevek állhatnak a főnév előtt és után, melyeket nemben, számban és esetben egyeztetni kell a főnévvel. Végződéseik szerint megkülönböztethetünk kettő-, három- és négyvégződésű mellékneveket. A beás nyelvben a melléknév fokozható, melynek a magyar nyelvhez hasonlóan három esete van: alap-, közép- és felsőfok. Ezeket szintén nemben, számban és esetben szükséges egyeztetni a főnévvel.

A névmásokon belül megkülönböztetünk személyes, birtokos, visszaható, vonatkozó, kérdő, mutató és határozatlan névmásokat.

A számneveknek két nagy csoportja van: a határozott és határozatlan számnév.

Az igék a cselekvés irányultsága szerint lehetnek tárgyas és tárgyatlan, a cselekvés és a cselekvő egymáshoz való viszonya alapján pedig lehetnek cselekvő, szenvedő és visszaható igék. A beás nyelvben öt igemódot használunk, ezek a kijelentő, feltételes, kötő, felszólító, és tiltó mód.

Az igenevek csoportjai a főnévi, melléknévi, határozói igenevek és a szupinum.

A határozók fajtái a mód-, hely-, és időhatározók, melyek a cselekvés/történet módját, helyét és idejét határozzák meg.

Az előjárósók és kötőszók lehetnek egyszerűek és összetettek.

A beás nyelvben csak tegeződési forma létezik, azonban az idősek tiszteletben tartása itt is fontos, csakúgy, mint a romaniban.

4 Pálmainé Orsós Anna munkája alapján

Összegzés

Az eddigiekben áttekintettük a Magyarországon beszélt cigány nyelvek általános jellemzőit. Köztudott, hogy a világon több nyelvet – és többségében valamely kisebbség által beszélt nyelvet – a kihalás veszélye fenyeget, hiszen beszélőinek száma, presztízsének mértéke napról napra csökken. Magyarországon több nem hivatalos műhely működik a cigány nyelvek leíró nyelvtanának kidolgozása céljából. Reményeink szerint az itt dolgozó szakemberek munkájának köszönhetően sikerül elérni, hogy Magyarországon mindkét cigány nyelv megítélése megváltozik. Nagy segítséget nyújt ebben a pécsi Gandhi Gimnázium és a Pécsi Tudományegyetem Romológia és Nevelésszociológiai Tanszék tanárainak munkája. Évről évre nő azon cigány/roma származásúak száma, akik újratanulják szüleik, nagyszüleik nyelvét, illetve azon nem-cigányok száma, akik főleg szakmai okokból megtanulják valamelyik cigány nyelvet. Mára mindkét nyelvből lehet államilag elismert nyelvvizsgát tenni az ITK Origo Vizsgaközpontban, ezenkívül beás nyelvből pedig a Pálmainé Orsós Anna által kidolgozott Profex Állami Nyelvvizsga is egyre elismertebbé válik. Mindezek alapján remélhetjük, hogy a letagadhatatlanul létező nyelvcsere ellenére a két magyarországi cigány nyelvet nem fenyegeti közvetlenül a kihalás veszélye.

Felhasznált irodalom

1. Erdős Kamill Cigánytanulmányai, Békéscsaba, 1989
2. Kemény István: A magyarországi cigányság szerkezete a nyelvi változások tükrében, Régio 1991/1.
3. Kemény István (szerk.) A magyarországi romák, In: Változó Világ, Press Publica, 2000
4. Labodáné Lakatos Szilvia, Pálmainé Orsós Anna, Varga Aranka: A magyarországi cigány nyelvek. Roma tanulók iskolai pszichológiája, László János - Forray R. Katalin (szerk.) PTE, Pécs, 2002
5. Orsós Anna: A magyarországi cigányok nyelvi csoportjai: Cigány Néprajzi Tanulmányok 6., Budapest
6. Orsós Anna: A magyarországi cigány nyelvek szociolingvisztikai, nyelvpolitikai megközelítése - kézirat-
7. Réger Zita: A cigány nyelv: Kutatások és vitapontok - Műhelymunkák a nyelvészet és társtudományai köréből, MTA Nyelvtudományi Intézet, Budapest, 1988
8. Réger Zita: A cigányság helyzetének nyelvi és iskolai vonatkozásai, In: Szociálpolitikai értesítő, 1984/2.
- Réger Zita: Cigány gyerekek nyelvi problémái és iskolai esélyei, In: Iskolakultúra, 1996/24.
9. Szalai Andrea: A beások. Az etnikai identitás határai a nyelvhasználat tükrében, In: Kritika, 1997/12.

Néhány fontosabb szó lovári nyelven:

Rom	Roma férfi (romnyi: roma nő).
Familija/ Chalado	család
Shavo	Roma fiúgyermek (shej: roma lánygyermek, shavorra: gyerekek)
Phure manusha	Idős roma emberek
Patyiv	A roma közösség szabályai, melyek a szokásokra, tradíciókra épül.
Terni Shej	Hajadon lány.
Gazho	Nem roma férfi. (többes szám: gazhe)
Mangaibe	Kéretés, lánykérés
Kuzino	Fiú unokatestvér (lány unokatestvér: kuzinka)
Nano	Nagybácsi (lala: nagynéni)
Sastipen	Egészség
Szimbólumok	Roma zászló (flako), himnusz: „Gelem, Gelem” Köszöntések: - férfinak: T’aves baxtalo - nőnek: T’aves baxtali - többes szám: T’aven baxtale
Szüzlesség	Patyi vali shej: tisztességes lány. A roma közösségen belül nagyon fontos a lány szüzességének megtartása az esküvőig. Ez az egyik legfontosabb hagyomány.

A magyar nyelv több cigány szót vett át, ilyenek például: a kaja (étel), xal (eszik), pia (ital), apel (iszik) szóból származik. A cigány nyelvből a hóhányó (hazudó, lódtító, füllentő) és az uzsgyi! (gyerünk!, futás!) a xoxamnó (hazudós), illetve az ushtjél (feláll, felkel) ige felszólító alakjából (ustjí!) erednek.

Böjas/Cigany	Roma férfi
Sjiljéd	család
Kupil	Roma fiúgyermek
Fatö	Hajadon lány
Ungur	Nem roma férti
Insarkö	Kéretés, lánykérés
Uncs	Nagybácsi
Szönötosz	Egészség
Szimbólumok	Roma zászló (flako), himnusz: „Zöld az erdő” Köszöntések: Bunö zua-Jó napot
Szüzesség	Fátö in pör: tisztességes lány. A roma Közösségen belül nagyon fontos a lány szüzességének megtartása az esküvőig. Ez az egyik legfontosabb hagyomány.

Egészségügyi programok három dunántúli megye roma közösségeiben –

Dr. Csépe Péter, Dr. Forrai Judit, Solymosy József, Lökkös Attila

Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet¹, Szex Edukációs Alapítvány², Országos Egészségfejlesztési Intézet³, Társutas Alapítvány⁴

Összefoglalás

Több kutatás is jelzi, hogy a rossz egészségi állapotú, kedvezőtlen egészségmagatartású, valamint a roma⁵ népesség között jelentős az átfedés. Egyes kutatások arra utalnak, hogy életmóddal kapcsolatos tényezők mellett az orvos-beteg kapcsolat problémái is hozzájárulnak a cigányok rossz egészségi állapotához. A magyarországi roma populáció egészségi állapotának javítása érdekében új módszerek bevezetésére van szükség. A prevenció munkáinak hatékonyságának fokozását, valamint a romák és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatának javítását csak szociokulturálisan adaptált programok bevezetése segítheti érdemlegesen.

Szerzők a Nemzetközi Migrációs Szervezet támogatásával 76 egészségklubból álló hálózatot hoztak létre Tolna, Somogy és Zala megyékben több mint kétezer, második világháborús sérelmei miatt kollektív kárpótlásra jogosult⁶ idős cigányember számára. A szervezési és adminisztratív munka jelentős részét, felkészített roma mediátorok, valamint a helyi közösségek vezetői⁷ végezték.

Előzetes állapot- és igényfelmérés után a romák három alkalommal interaktív előadásokat hallhattak a szív-érrendszeri, daganatos valamint a mozgásszervi betegségekről és a kockázati tényezőkről, különös tekintettel a dohányzásra és a táplálkozásra. Az előadásokat látogatni nem képes, idősebb, beteg embereket a felkészített roma mediátorok otthonukban keresték fel, többször a területileg illetékes egészségügyi és szociális ellátórendszer képviselőivel. A részvételt élelmiszerjegyek szétosztásával ösztönöztük. Az előadásokon, valamint a családlátogatások során szociális és jogi problémák felvetésére is lehetőség nyílt. Tapasztalataink, a program értékelése, valamint a programban résztvevők visszajelzései alapján megállapíthatjuk, hogy a közösség szükségleteit és igényeit figyelembe vevő, klubokban folyó egészségnevelés, valamint a roma betegek és az egészségügyi ellátó rendszer kapcsolatát javító akciók hatásos és hatékony eszközök a roma népesség egészségi állapotának javításában.

Háttér

Az Európa Parlament meghatározása szerint a szegénység fogalma az anyagi erőforrások szűkösségéhez vagy elégtelenségéhez kapcsolódik. Nem kétséges, hogy a Magyarországon élő cigányok többsége az átlagosnál jóval kedvezőtlenebb, igen szerény anyagi körülmények között él. Az utóbbi évtizedek szociálpolitikájában a szegénység mellett a kirekesztés/kirekesztődés, a társas támogatottság hiánya és az érdekérvényesítési nehézség is gyakran használt fogalom. A társadalmi

5 A cigány és roma jelzőket, mint szinonimákat használjuk

6 A „kollektív kárpótlás” olyan, nem anyagi közösségi juttatás, mely a NewYorki Egyezmény alapján jár minden, a második világháború befejezése előtt született, kollektív bántalmazást elszenvedett csoport tagjának, akik a kárpótlást nyújtók látóterébe kerülnek és igénybe szándékoznak venni az emelt szintű szociális és/vagy egészségügyi ellátást

7 A formális és informális vezetők megismerése esetén az informális, valódi vezetővel igyekeztünk együttműködni

életből való kirekesztés/kirekesztődés magában foglalja a társadalmi, gazdasági, politikai és kulturális életben való részvétel egyenlőtlenségeit, az átlagosnál alacsonyabb szintjét vagy teljes hiányát. A kirekesztés/kirekesztődés a társadalmi elszigetelődéstől a társadalomból való teljes kivaszításig terjedhet, nemcsak az anyagi szegénységgel kapcsolatos, hanem más, forrásokból, lehetőségekből, cselekvésekből, jogokból, információkból való kirekesztettséget is jelent, hozzájárulva az egészségi állapot további romlásához. A diszkrimináció olyan aktív kirekesztő cselekedet, amelyek révén egy adott csoport tagjait, pusztán a csoporthoz való tartozás vélelme alapján megfosztanak más csoportokkal összehasonlítva egyenlő bánásmódtól vagy szolgáltatástól. A törvényileg is tiltott diszkrimináció mögött többnyire téves sztereotípiák, előítéletek állnak. Az előítéletek, szűkebb értelemben⁸ fogalmazva ellenséges vagy negatív attitűd valamilyen csoporttal szemben, mégpedig olyan attitűdön alapuló viselkedés, amely téves vagy nem teljes információkból származó általánosításokon alapul. Az egészségmegőrzésben és az egészségügyi ellátásban nemritkán tapasztalt előítéletes gondolkodás, akár a szolgáltatók, akár a szolgáltatást igénybe vevők (vagy éppen hogy igénybe *nem* vevők) szempontjából hozzájárulhat a szegények, a romák, különösen a szegény romák prevenció és egészségügyi ellátásában tapasztalható problémákhoz. Az előítéletek kialakulásának egyik oka tehát a tudatlanság vagy félretájékoztatás. Az előítéletek és sztereotípiák hatékony megváltoztatása legtöbbször csak egyéni interakciók szintjén lehetséges.

Közismert, hogy hazánkban számos, egészségi állapottal kapcsolatos mutató (egészségmagatartás, morbiditás, mortalitás) az általános populációt illetően is igen kedvezőtlen, de különö-

sen érvényes ez a rossz szociális körülmények között élőkre. Több kutatás is jelzi, hogy a rossz szociális helyzetű, az átlagosnál rosszabb egészségi állapotú, kedvezőtlen egészségmagatartású, valamint a roma népesség között jelentős az átfedés. Bizonyos vizsgálatok utalnak arra is, hogy az életmóddal kapcsolatos tényezők mellett az orvos-beteg kapcsolat problémái hozzájárulnak a cigányok rossz egészségi állapotához. Tudomásunk szerint helyi vagy országos egészségügyi és szociális programok mindezekig nem eredményeztek szignifikáns javulást a szegények és a romák egészségi állapotban, így a morbiditási és mortalitási mutatókban sem. Megállapíthatjuk, hogy a magyarországi roma populáció egészségi állapotának javítása érdekében új módszerek bevezetésére van szükség (itt jegyezzük meg, hogy a hátrányos helyzetű nem roma populáció egészségi állapotának javítása hasonló módszerek bevezetését kívánná, de ennek részletes ismertetése meghaladja jelen dolgozat kereteit). A prevenció munkája valamint az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának növelését, beleértve a romák és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatának javítását, csak szociokulturálisan adaptált, a szociológia és a kulturális antropológia módszertanát használó programok bevezetése segítheti. Nem kétséges, hogy a szolgáltató és a szolgáltatást igénybevevő kapcsolatának javítása hatékonyságot növelő faktor. A romák és a házi orvosok (nővérek, védőnők, az egészségügy más területén dolgozók) személyes kapcsolatának javítása nem csak a szakmai, egészségnevelési üzenetek hatékonyságát javítja, és eredményezve ezzel az egészségállapot javulását de a sztereotípiák és előítéletek attitűd szintű megváltoztatását is elősegíti. Ezen és hasonló programok bevezetésére a hivatalos egészségügyi és szociális ellátórendszer keretei között az emberi és anyagi erőforrások, vagy talán az erre irányuló szándék hiánya miatt általában nincs, vagy csak igen korlátozottan van lehetőség.

8 Tágabb értelemben az előítéletek jelentős evolúciós előny, hiszen pl.: a konnektorba való belenyúlás egyedi kipróbálása komoly katasztrófákhoz vezetne.

Módszer

A romáknak „kollektív jogon” járó kárpótlás értelmezése kettős. Nem csak a sérelmet szenvedett közösség kaphatta meg például egy közösségi ház vagy hasonló létesítmény formájában illetve közvetítésével, hanem arra minden, az üldözött csoporthoz tartozó, 1945. május 9. előtt született, anyagilag rászorult, önmagát cigánynak valló személy egyén jogosult volt humanitárius segély formájában. Kárpótlás gyanánt étkezési támogatás, orvosi ellátás, otthoni ápolás, ruhacsomag és téli segélycsomag volt adható. Nemzetközi bírósági döntés alapján a Nemzetközi Migrációs Szervezetet (IOM) bízták meg a II. világháborúban származásuk miatt anyagi és nem anyagi sérelmet szenvedett, cigányemberek közösségi kárpótlásának megszervezésére. Meg kell jegyeznünk, hogy a kárpótlásra jogosultak összeírása évekkorábban, nem pontosan kidolgozott metodikával történt. Az összeírt személyekből részben az elhalálozások, részben a lakóhelyváltozás miatt számos személyt törölni kellett, másfelől a lista kiegészítésre szorult. A rendelkezésünkre bocsátott, korábban készített címlista alapján keresték meg a jogosult romákat. A Nemzetközi Migrációs Szervezet pályázatot írt ki a programok megvalósítására. A HSP (egészségügyi és szociális segítségnyújtás) programhoz való csatlakozás lehetőségéről az Szex Edukációs Alapítvány az IOM felhívásából szerzett tudomást. Az Alapítvány, mely korábban számos roma egészségügyi programot szervezett és valósított meg, az egészséggel és egészségüggyel foglalkozó, valamint szociális és jogi segítséget nyújtó klubhálózat (HSP) létrehozását vállalta Tolna, Somogy és Zala megyékben, több mint kétezer, a fentiek szerint kárpótlásra jogosult cigányember számára. Sikeres pályázat, majd az IOM-mel történt többnapos egyeztetés után alakult ki az egyéves HSP projekt, mely keretében az Alapítvány Tolna, Somogy és Zala megyében egészségügyi és szociális,

úgynevezett kollektív kárpótlási programot valósított meg.

A HSP program kezdetén az egészségi állapottal, egészségmagatartással, az egészségügyi ellátás igénybevételel és a szociális helyzettel kapcsolatos strukturált, személyes interjú formájában végzett felmérés történt, melyet a Társutas Egyesület felkért kérdezőbiztosai végeztek korábbi roma programokban részt vett, cigány származású mediátorok, valamint a közösségek formális és informális vezetői segítségével. A felmérés eredményeit a későbbiek során külön közleményben ismertetjük.

A roma lakosság helyzete az egészségi állapot mutatóiban is messze elmarad a magyar átlagtól: alacsonyabb a születéskor várható élettartam, lényegesen magasabb a szív- és érrendszeri és a légúti megbetegedések száma, valamint az egészségkárosító magatartás gyakorisága. Ugyanakkor a cigány emberek ritkán és általában későn fordulnak orvoshoz, az orvos-beteg kapcsolat pedig sok helyen problémákkal terhes. Az egészségi gondokhoz számos esetben szociális, néha jogi problémák (diszkrimináció) is társulnak. A program keretében a kárpótlásra jogosult idős romák életkilátásait leggyakrabban rontó szív-érrendszeri és légzőszervi betegségek szűrését végeztük, valamint az ezen betegségekkel, illetve kialakulásuk kockázati tényezőivel és kezelésével kapcsolatos tanácsadást nyújtottunk a három megyében kialakított 76 egészségklubban.

A program elsődleges célja az egészségügyi alapellátásban dolgozó háziorvos, védőnő és az idős romák személyes találkozásának elősegítése, az interakció motiválása, a szociális segítségnyújtás, valamint az egészségügyi állapotfelmérés és a személyes tanácsadás volt. A kedvezményezetteket arra ösztönöztük, hogy részt vegyenek a számukra szervezett igényfelmérő felmérésben és egészségügyi szűrő-programban. Mind a betegeket, mind az orvosokat támogattuk abban,

a krónikus betegek megfelelő gondozásban részesüljenek, a meglévő egészségügyi infrastruktúra igénybevétele. A másodlagos és harmadlagos megelőzés mellett jelentős hangsúlyt kapott a primer prevenció, vagyis az egészséggel kapcsolatos tudás, attitűd és magatartás formálása. Javítani akartuk a roma populáció és az egészségügyi dolgozók kapcsolatát. A hatékonyság és hitelesség érdekében, valamint gyakorlati szempontokat figyelembe véve, ebben az általunk képzett, a területen már korábban is dolgozó roma mediátorok voltak segítségünkre. Összefoglalva a program következő tevékenységeit emelhetjük ki:

- Roma egészségügyi és szociális mediátorok képzése
- A kedvezményezettek egészségi és szociális állapotának, valamint igényeinek felmérése, a szív-érrendszeri, valamint a légúti betegségek részben szűrővizsgálatának megszervezése
- Standardizált adatfelvétel (testsúly, magasság, testtömeg-index, vérnyomás, betegséggel kapcsolatos ismeretek, egészségre kockázatos magatartási jellemzők és az életminőséggel kapcsolatos tényezők felmérése), kérdőbiztosok segítségével, kérdőíves módszerrel és eszközös méréssel
- Kapcsolatfelvétel a célcsoport háziorvosaival, az orvosok asszisztenseivel, szociális munkásokkal és a térségben dolgozó roma közösségfejlesztőkkel
- Egészségfejlesztő és problémamegoldó klubok létrehozása, ahol az egészségkultúra alakítása önfejlesztő módon történik. A célcsoport tagjai három alkalommal klubfoglalkozáson vesznek részt a roma egészség- és szociális mediátorok segítségével, a családorvosok szakmai útmutatásával
- A részvétel ösztönzése élelmiszerutalványok szétosztásával

- Szociális segítségnyújtás

Eredmények

- Sikeres egészségügyi és szociális mediátor képzés
- Munkahely-teremtés a kiképzett roma mediátorok számára
- Térségi egészség-felmérés az idős romák körében (a felmérés eredményei később kerülhetnek publikálásra)
- Szervezett szűrővizsgálat az 1945. május 9. után született roma populációban
- Szervezett gondozás és egészségügyi ellátás a fentebb említett csoportban
- Az családorvos-beteg kapcsolat javítása, esetenként a kapcsolatfelvétel elősegítése
- Az egészség, mint értéket szolgáló attitűd és életmódváltozás elősegítése
- Segítségnyújtás élelmiszerutalványok szétosztásával
- Szociális segítségnyújtás

A program első fázisában végzett állapot- és igényfelmérés eredményei megerősítették az irodalmi adatokat, melyek szerint a szív-érrendszeri, daganatos valamint a mozgásszervi betegségekről betegségek kockázati tényezői a legfontosabbak a romák egészségi állapotának meghatározásában. A testmagasság, testsúly és vérnyomásmérés után a romák három alkalommal interaktív előadásokat hallhattak a fentebb említett betegségek kockázati tényezőkről, különös tekintettel a dohányzásra és a táplálkozásra. Mellékletben ismertetjük két előadás vezérfonalának kivonatát.

A foglalkozásokat az esetek túlnyomó többségében a területileg illetékes háziorvosok vezették, így azok az orvos-beteg kapcsolat javításához is hozzájárultak. A foglalkozásokat megelőzően az orvosok szóbeli tájokoztatásban

részesültek és információs anyagot is kaptak, mindazonáltal a klubtalálkozón a személyes hozzáállásuknak és a résztvevők igényének megfelelően ettől természetesen eltérhettek. Az előadásokat látogatni nem képes, idősebb, beteg embereket a házi orvosi szolgálat munkatársai és a roma mediátorok otthonukban keresték fel. A foglalkozásokon való részvételt élelmiszer- utalványok szétosztásával segítettük, mely nemcsak motivációt jelentett, hanem az egészséges táplálkozást népszerűsítő szórólapokkal egészségnevelési célt is szolgált. Az utolsó foglalkozáson illetve látogatás során a résztvevők képes egészségnevelési füzetet kaptak.

Összefoglalás

Tapasztalataink, valamint a programban résztvevők visszajelzései alapján megállapíthatjuk, hogy a közösség szükségleteit és igényeit figyelembe vevő, egészség-klub formában folyó egészségnevelés, valamint a roma betegek és az egészségügyi ellátó rendszer kapcsolatát javító tevékenység hatásos és hatékony eszköz

- a az interakciókon alapuló attitűd formálásában
- b a roma népesség egészségi állapotának javításában
- c egyes szociális problémák megoldásában

Mindemellett kedvező tapasztalatokat szereztünk az akadémiai (Sемmelweis Egyetem) és a nem-kormányzati szervezetek, valamint a helyi közösségek és a kisebbségi önkormányzatok együttműködését illetően. Anyagi erőforrások hiányában jelentős, szinte megoldhatatlan problémát jelent a program fenntarthatósága és kiterjesztése.

Ezúton mondunk köszönetet a program megvalósítását segítő roma vezetőknek, mediátoroknak, megyei koordinátoroknak, az orvosoknak és egészségügyi dolgozóknak, a Nemzetközi Migrációs Szervezet magyar-

országi képviselőinek, a program valamennyi résztvevőjének.

Irodalom

1. Ambrus P, Csépe P, Forrai J: (szerk): Kisebbségek, kommunikáció, egészség, Soros Alapítvány – Medicello Bt., 2002.
2. Ambrus P.: Dzsumbuj. Gyorsuló Idő, 1987.
3. Bakó A., Kósa Zs.: Szűrővizsgálati modellprogram a szájüregi daganatok korai felismerésére Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. Magyar Fogorvos, 4, 2001.
4. Dombi Cs., Czeglédi Á, Bánóczi J.: Tüdő-ernyőképszűrő szolgálathoz kapcsolódó stomatoonkológiai vizsgálatok. Magyar Onkológia, 39, 194-198, 1988.
5. Elekes A.: Egészségnevelés a cigánylakosság körében. Egészségügyi Felvilágosítás, 1975.
6. Ferge Zs.: Elszabaduló egyenlőtlenségek. Állam, kormányok, civilek. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, Budapest, 2000.
7. Fuchs, S., Case, C.E.: Az előítélet, mint életforma. In: Lengyel Zs.(szerk.): Szociálpszichológia. Osiris, 1997.
8. Giddens, A.: Szociológia. Osiris, 1995.
9. Gyukics Gy.: A krónikus betegségek gyakorisága a roma lakosság körében. LAM, 11, 237-239, 2001.
10. Gyukics Gy.: A krónikus betegségek gyakorisága a roma lakosság körében. LAM, 11, 237-239, 2001.
11. Gyukics Gy. Ürmös A.: A roma nők véleménye egészségi állapotukról és egészségügyi ellátásukról. Mentálhigiéné és pszichoszomatika, 10, 54-60. 1999.
12. Hajio S., McKee M.: The health of the Roma people: a review of the published literature. J Epidemiology

and Community Health, 54, 864-869, 2000.

13. Kopp M., Csoboth Cs.: Önkárosító magatartásformák a magyar népesség körében. Magyar Onkológia 45, 2, 139-142, 2001.
14. Kósa K., Lénáer B., Ádány R.: A magyarországi cigányság egészségi állapota. Orvosi Hetilap, 143, 43, 2219-2426, 2002.
15. Puporka L., Zádori Zs.: A magyarországi romák egészségi állapota. The World Bank, Magyarországi Regionális Iroda, NGO tanulmányok, 2. szám 1999.
16. Prónai CS.: A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében. Kisebbségkutatás, 9, 631-637, 2000.
17. Solymosy J.: A kecskeméti, telepen élő romák jellemzői (kézirat), 2002.

1. SZ. MELLÉKLET

A magas vérnyomásról, egyszerűen

Magyarországon több mint egymillió, magas vérnyomás betegségben szenvedő ember él. Normális vérnyomásról, 130/85 Hgmm alatt beszélünk, 140/90 Hgmm felett pedig egyértelműen magas vérnyomásról van szó. Három alkalommal, megfelelő körülmények között elvégzett mérés után dönthető csak el, hogy valakinek magas-vérnyomás betegsége van-e. A magas vérnyomás kialakulásának számos összetevője van, de az esetek nagy részében nem tudjuk pontosan megállapítani az okot. A betegek eredményesen kezelhetők, de véglegesen nem gyógyíthatók meg. A gyógyszerekkel sikeresen csökkentett, normalizált vérnyomás nem jelent gyógyulást, Ez azt jelenti, hogy ha a magas vérnyomásban szenvedő beteg a beállított kezelést elhagyja, vagy nem tartja be, magas vérnyomása újból fel fog lépni. Ezért fontos hangsúlyozni, hogy ezért a gyógyszerek ne hagyjuk el. A magas vérnyomásnak ritkán okoz tüneteket és

panaszokat, a közhiedelemmel ellentétben például ritkán oka fejfájásnak, hosszú távon viszont súlyos betegségeket okozhat. A szív erein koszorúér szűkületként megjelenve szívinfarktus kialakulására hajlamosít. Az agyi erekben azok szűkületét okozva keringési zavart, vagy azok hirtelen megrepedésével szélütést hozhat létre. A vese ereit károsítva veseelégtelenséghez vezethet. A szívizomzatra fokozott terhet ró, mely szívelégtelenséggel végződhet. A szem kis ereit károsítva látásromlás alakulhat ki, mely elhanyagolt esetben akár vakvághoz is vezethet. Az érrendszer elmeszesedése alsóvégtagi érszűkület kialakulásával jár. Hangsúlyozni kell, hogy mindezek a veszélyek egy dohányzó betegen hatványozottan jelentkeznek. A cukorbetegség vagy magas vérzsír-szint kedvezőtlen hatásai is összeadódnak.

2. SZ. MELLÉKLET

Tizenkét lépés az egészséges táplálkozáshoz

1. Együnk sokféle tápláló ételt, amely főleg növényi eredetű, tehát nem állati forrásból származó legyen.
2. Együnk kenyeret, gabonát, tésztát, rizst, vagy krumplit naponta több alkalommal.
3. Együnk többféle, lehetőleg friss, helyi termesztésű zöldséget és gyümölcsöt, naponta több alkalommal (legalább 400 grammot egy nap).
4. Tartsuk testsúlyunkat az ajánlott határok között (20 és 25 BMI érték között) lehetőség szerint napi rendszerességgel végzett testmozgással.
5. Ellenőrizzük zsírfogyasztásunkat (ne legyen több, mint a napi energiabevitel 30%-a), és helyettesítsük a telített zsírsavakat telítetlen zsírsavakat tartalmazó növényi olajjal, vagy margarinnal.
6. Helyettesítsük a zsíros húskészítményeket hüvelyes zöldségekkel (babbal, borsóval, és lencsével),

- hallal, baromfi hússal vagy más sovány hússal.
7. Fogyasszunk só- és zsírszegény tejet, és tejtermékeket (kefirt, tejfölt, joghurtot és sajtót).
 8. Olyan ételeket válasszunk, amelyek kevés cukrot tartalmaznak, takarékosan használjuk a tiszta cukrot, korlátozzuk a cukros italok és édeségek fogyasztását.
 9. Fogyasszunk sószegény ételeket. Az összes napi sóbevitel (beleértve a kenyérben, a feldolgozott, kezelt és tartósított ételekben található sómennyiséget is) nem szabad, hogy több legyen egy kiskanálnyinál (6 gramm). A só jódozása általános gyakorlat, ahol a jódhány gyakori jelenség.
 10. Ha fogyasztunk alkoholt, azt napi két italra (10 gramm tiszta alkohol italonként) kell korlátozni.
 11. Az étel elkészítésének módja legyen tiszta és biztonságos. Pároljunk, süssünk sütőben, főzzünk, vagy készítsük az ételt mikrohullámú sütőben annak érdekében, hogy csökkentjük az ételhez adott olaj mennyiségét.
 12. Hangsúlyozzuk a kizárólag anyatejjel való táplálás fontosságát, és a megfelelő, biztonságos kiegészítő táplálás bevezetését 6 hónapos kor körül, de semmiképpen sem korábban, mint a 4 hónapos életkor, miközben az anyatejes táplálás egy éves életkorig folytatódhat.

Közösségfejlesztő és egészségügyi ismeretfejlesztő reprodukciós program roma-nő klubok részére –

Dr Forrai Judit, Solymosy József, Dr. Csépe Péter

Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet¹, Szex Edukációs Alapítvány², Országos Egészségfejlesztési Intézet³

Előzmény

A roma lakosság hátrányos egészségügyi állapotáról és ellátásáról már számtalan tanulmány jelent meg európai⁹ és a hazai szakirodalomban¹⁰. A legnépesebb, többszörösen diszkriminált, hátrányos helyzetű csoport a roma nők csoportja.

A roma nőknek esélyegyenlősége a társadalomban és a családon belül is hátrányos helyzetük van.¹¹ A roma nőket fokozottan fenyegeti a prostitúcióra kényszerítés, az emberkereskedelem és a munkahelyi szexuális zaklatás, különösen nehéz jogaik védelme családon belüli erőszak esetén, ideértve a leánygyermek elleni, a családtagok által bátorított, a lánygyermeknél jelentősen idősebb „udvarló” általi fizikai és szexuális erőszakot is. Kutatásaink szerint az utcai prostituáltak önbevallása szerint 60 %-a mondta magát cigány származásúnak.¹²

A roma női vizsgálatokon belül kevés kutatás foglalkozik a reprodukcióval és a reprodukciós gyakorlattal¹³ a roma közösségen belül. Corinne Packer¹⁴ kutatásainak összegzéseként nagyon találóan ír azokról a problémákról, amelyek hátrányosan érintik a roma nők szexuális és reprodukciós egészségét. A korai szexuális élet kezdetén kívül a reprodukciós ismeretük hiányosságán túl a hagyományos társadalmi és családi szerkezetük miatt, bizonyos roma közösségekben, a reprodukciós gondok is kizárólag rájuk hárul. Amennyiben igény lépne fel a fogamzásgátlók használatára, az orvoshoz jutás is komoly problémákat vet fel részben a segítségkérés szégyenérzete miatt részben az egészségügyi ellátás személyi állománya, azok gyakori diszkriminatív magatartása miatt.

9 Anna Pomykala and Sally Holt: Romani Women - A Priority for European Public Health Policy: <http://www.eumap.org/journal/features/2002/sep02/romwomenprior>

10 Kopp MS, Skrabski Á, Szedmák S, Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society, *Social Science & Medicine* 51(2000) 1351-1361, Kopp MS, Csoboth CT, Purebl Gy, Fiatal nők egészsége, Szerepváltozások 1999, Nőképviselési Titkárság, 5, Gyukits Gy., Ürmös A., Csoboth Cs., Purebl Gy., A depressziós tünetegyüttes előfordulása a fiatal roma nők körében, *LAM* 2000; 10 (11-12): 911-915

11 Juhász Géza, Wirth Judit: [A Magyar Női Érdekérvényesítő Szövetség az egyenlő bánásmódról .2003.](http://habeascorpus.hu/allaspont/kritika/antidiszkr.noi.erdek.pdf) <http://habeascorpus.hu/allaspont/kritika/antidiszkr.noi.erdek.pdf>

12 dr. Forrai J.: Szegénység és bűnözés különös formája a budapesti utcákon: a férfi és női prostitúció. *Belügyi Szemle.* 2. sz. 1999. 91-102.

13 *Magyari-Vincze Enikő: Social Exclusion at the Crossroads of Gender, Ethnicity and Class, A View through Romani Women's Reproductive Health / Excluderea socială la intersecția dintre gen, etnicitate și clasă, o privire din perspectiva sănătății reproducerii la femeile Rome, Editura Fundației pentru Sturii Europene, Cluj, 2006, 9-133*

14 Corinne Packer: The Health Status of Roma: Priorities for Improvements. *Human Rights Tribune des droits humains.* Volume 11, Nş 1

A nemek közötti megkülönböztetés szintén akadályozó tényező abban, hogy szexuális és reprodukív egészségügyi ellátást vegyenek igénybe. A szigorúan meghatározott nemi szerepek, közöttük a nők alárendeltsége a férfiakkal szemben, a napi élet sok területén szinte minden roma közösségben megtalálható. Emiatt a roma nőknek alig van lehetőségük választani, hogy mikor, kivel és milyen védekezés mellett éljenek szexuális életet. Ha azt javasolják nekik, hogy partnerük használjon óvszert, azt úgy vehetik, mintha hűtlenségre biztatnák őket. Egyesek azért nem mennek orvoshoz, mert attól félnek, hogy a partnerük, családjuk, vagy közösségük erőszakos lesz velük, elhagyja, vagy kiközösíti őket.

Módszer

Magyarország 5 különböző településen működő roma női klubot indítottunk. A szervezésben segítettek a Kisebbségi Önkormányzatok és a Közéleti Roma Nők hálózata¹⁵. Az öt hely az országban szétszórtan lett kiválasztva, ezek a következők voltak: Ötvöskónyi, Kecskemét, Karcag, Sződcsörög és Edelény.

A program célja az volt, hogy roma nőklubokon keresztül a roma lakosság egészségügyi és közösségfejlesztő kézségét és képességét elősegítsük, elinduljon egy közösségen belüli diskurzus a szexualitásról, a szexuális egészségmagatartásról, a veszélyek megelőzéséről. A klubokban résztvevő 8-10 ember felkészítése arra szolgált, hogy saját környezetükben a megfelelő információkkal és megtanult módszerrel az egyén, a család és a közösség szintjén speciális kérdésekben segítséget tudjanak nyújtani és a későbbiekben önszerveződve támogassák közösségüket.

A program indításának első lépése a kiválasztott klubvezetők együttes találkozásán a megismerkedésen túl célunk volt, hogy személyes kapcsolatokat építsék ki egymás között a

program sikere érdekében. Tekintettel arra, hogy a téma egyáltalán nem volt általános nagy segítséget jelentett az új kapcsolat a résztvevőknek.

A kezdeti egyeztetések után minden városban, településen kétnapos képzésben vettek részt a klubvezetők által kiválasztott nők.

A 2 napos tréning témái:

1. Magyarországi romák és roma nők szociodemográfiai adatai, egészségállapota, vélemények megosztása az országos adatok összevetését a helyi helyzettel. (egyéni értékek – csoport értékek). Az előítélet szociál-pszichológiai leírása, fogalmak, „szakszavak” vélemények megosztása - egyéni élmények alapján.
2. A kommunikáció, az erőszakmentes kommunikáció fogalmak, modellek, tipikus szituációk. A diszkrimináció fogalmi értelmezése egyéni, csoportos, intézményi szintek, jogi kategóriák, EU-s értelmezés, állami és civil segítő szervezetek (önkormányzatok, betegjogi képviselők, jogvédő irodák, civil szervezetek, sajtó). Problémamegoldó stratégiák, a probléma megfogalmazása, jelen- és kívánt állapot közötti „fekete doboz” elemzése, dimenzióváltás, problémák sablon-elemzése.
3. Egészség - betegség fogalma, elmélete és gyakorlata. Szegénység és betegség. Romák egészségi állapota.
4. Gyógyító-megelőző és egészségnevelő tevékenységek. Önsegítő csoportok jelentősége a betegség-megelőzésben és a gyógyításban. Önsegítő csoportok és a hivatalos egészségügy. Önsegítő csoportok szerepe a roma közösségben. Házi orvos a cigánytelepen, orvoshoz fordulás.
5. Szexuális felvilágosítás módszertana és gyakorlata. Szexuális felvilágosítás a roma közösségben, speciális problémák. Fogamzásgátlás, terhesség abortusz. Fiatalok szexualitása.

15 IOM RCA/2 programja 2002.

6. Higiéné. Fertőző és nem fertőző betegségek. Szexuális úton terjedő betegségek és megelőzésük. HIV/AIDS jelentősége és megelőzése.
7. Erőszakos cselekmények, szexuális erőszak. Orvosi és társadalmi megközelítése. Estemeg-beszélés.
8. Szenvedélybetegségek: dohányzás, drog, alkohol. Dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos betegségek. Szenvedélybetegségek elterjedése roma közösségben. A gyógyítás lehetőségei. A megelőzés lehetőségei.

Eredmények

1. A tréning első bevezető szakaszában elmondott és megbeszélte témáit, mint pl. a cigányságot társadalmi és szociodemográfiai ismertetését nagy érdeklődéssel hallgatták, élénken részt vettek a nyitott kérdések megválaszolásában. Tapasztalataink szerint nagyon zárt, lakhelyükhöz szorosan kötött életet élnek. A televízióból merítik ismereteiket a világról, elszigetelten élnek.
2. A roma közösségen belül az asszonyoknak nagyon jó a kommunikációjuk, mindenki majdnem mindenről tud, mi történik a közösségben. Disz-kriminációval naponta szembesülnek, különösen a gyermekek iskolai oktatása kapcsán. Több panaszkodtak az iskola kirekesztő magatartása miatt, a roma gyerekeket külön kezelik, máshova és egy csoportba ültetik az osztályokban és már az első osztályban a tanárok többsége determinálja sorukat azzal, hogy teljesítményüket másképpen kérik számon, több helyen labdával a kezükben játszásra buzdítják a gyerekeket a tanítási idő alatt, hogy addig a „többségi” gyerekek haladhassanak a tanulásban. A jogorvoslatot adó szervezetekhez utazás, pénz és ismeret nélkül nem tudják elérni.
3. Már csecsemőkorban szembesülnek az egészségi állapot megváltozásával. Sok gyermek légúti beteg-

ségekben, vagy asztmában állandó immunrendszeri problémával küzd. A munkanélküliség száma nagyon magas. Csak néhányan dolgoznak a településeken. Az aktív nők civil munkát végeznek, a férfiaknak idénymunka jut. Ennek megfelelően a családra jutó jövedelem a megélhetési küszöböt is alig éri el, így az egészségre nem jut semmilyen anyagi ráfordítás, még ha lenne is igény rá.

4. A családorvossal több helyen megfelelő a kapcsolatuk, különösen a védőnő az, akivel szót tudnak érteni, ám az orvosok között sajnos vannak olyanok, akik nem megfelelően alakítják ki a kapcsolatot a rájuk bízott roma lakosokkal. Ugyanakkor vannak választott „cigány-barát” orvosok, akikhez a romák ragaszkodnak, mert bizalmuk van bennük pl. Kecskeméten. Öngyógyító csoportok nincsenek, inkább csak a hagyományosan bevált népi gyógyászat, nagymamák receptjei szerint küzdenek a különböző betegségekkel néha csak hiedelmek alapján. Orvoshoz fordulás saját esetükben ritka, ha valamiért, hát a gyermekek betegsége miatt keresik fel a családorvost, a gyermek szakrendelést.
5. A kezdeti zárkózott magatartás után néhány „jégtörő” módszer alkalmazása után a nők, asszonyok megnyíltak a szexuális élettel kapcsolatos felmerülő problémák megbeszélésére. Tekintettel arra, hogy a fogamzásgátlás nincs elterjedve a romák körében, ennek okait együtt próbáltuk meghatározni. Első helyen vetekedve az ismeretanyag hiányát, az anyagi lehetőséget és a férjek elutasító magatartását említették.

Karcagon a klubvezető egy egészségügyi szakember volt, aki nagy lelkesedéssel adta át egészségügyi ismereteit a reprodukciós problémákkal kapcsolatban, önállóan megszervezte a kórházi vizsgálatot és beavatkozást azoknál, akik intrauterin fogamzásgátlót kívántak

férjük beleegyezésével használni. Ezzel szemben egy másik településen a klubfoglalkozáson hallottak a résztvevők először a különböző fogamzásgátlókról.

A fogamzásgátló tabletták ára megfizethetetlen a roma családok részére. A férfiek többsége nevetségesnek tartja és elutasítja az óvszer használatát. Az elkötés pedig szóban sem jöhet, mivel a házaspár mindkét tagja elutasítja részben a drasztikus beavatkozás miatt, a fájdalom (tűszúrás, műtét, kórházi ápolás, stb.), az otthoni munkából, a családegészségügyi kariese miatt.

Az abortuszról nem mindenki kívánt beszélni, de sokszor alkalmazták fogamzásgátló módszerként. Azonban figyelemmel vannak arra, hogy közös elhatározás esetén annyi gyermekáldásuk legyen, amennyit valóban kívánnak.

6. A szexuális higiénéről elfogadható ismeretük volt, s valószínűleg a gyakorlatban is a beszélteket tartják mérvadónak. Az általános ismeretekben új ismereteket jelentett a fertőző és nem fertőző betegségekről való beszélgetés. Ennek kapcsán az egyik telephelyen kiderült, hogy a családorvossal való rossz kapcsolat miatt néhány gyerek nem kapta meg a kötelező oltást, amelyet egyéni megkeresésünk után pótolták. A szexuális úton terjedő betegségekről volt a legnehezebb beszélgetni, hiszen a nők hűségéhez a családi tradíciók miatt nem férhet kétség. Azonban a férfiek más helyen töltött időmunkája következtében felmerülhetett a nemi úton történő fertőzés lehetősége. Általános szemlélet volt, hogy a HIV/AIDS fertőzés távol áll a közösségtől.

A fiatalok szexuális neveléséről viszont minden asszony szívesen vett néhány információt, kért nevelési tanácsot, osztotta meg problémáját akár fiai, akár lányai voltak. Fokozott törődés, aggodás és odafigyelés hatotta át e probléma tárgyalását.

7. Az erőszakos cselekményekről, a szexuális erőszakról csak, mint jelenségről tudtunk beszélgetni. Szinte egyetlen család sem volt, ahol erőszakos cselekmény lett volna a házaspár között. A gyerekek nevelésében viszont gyakori volt a „füles” pedagógiai alkalmazása. A prostitúció témája egyik közösségben sem volt élet-közeli probléma.

8. A szenvedélybetegségek, mint dohányzás, alkohol a mindennapi élet velejárójaként merült fel. A dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos betegségek ismertetése, a betegségek kimenetele sem elég hatásos ahhoz, hogy bárki is feladná eddigi szokását. A drog viszont a tizenéves gyerekek esetében merült csak fel a félelmek szintjén. A megelőzés módszereinek, illetve szintjei közül mindenhol a primer prevenció elsőbbségében látták és a szülők felelősségét első helyre tették a megelőzésben.

Összefoglalás

A programban résztvevők roma asszonyok visszajelzései alapján megállapítható, hogy nagy szükség volt a „Közösségfejlesztő és egészségügyi ismeretfejlesztő reprodukciós program”-ra az ún. roma-nő klubok létrehozására hiszen olyan témákról beszélhettek, amelyekről általában nem szoktak nyíltan véleményt cserélni.

Ez a speciális női egészség klub formában folyó egészségnevelés nemcsak információkat adott a szexualitással kapcsolatban és reprodukciós témában, hanem egymás közötti kapcsolatépítésen túl segítette a helyi családorvossal, nőgyógyással, egészségügyi szolgálattal e témában is kiszélesíteni a kapcsolatot.

Irodalom:

Forrai J.: Szegénység és bűnözés különös formája a budapesti utcákon: a férfi és női prostitúció. Belügyi Szemle. 2. sz. 1999. 91-102.

Juhász Géza, Wirth Judit: [A Magyar Női Érdekérvényesítő Szövetség az](#)

[egyenlő bánásmódról .2003.](http://habeascorpus.hu/allaspont/kritika/antidiszkr.noi.erdek.pdf) <http://habeascorpus.hu/allaspont/kritika/antidiszkr.noi.erdek.pdf>

Kopp MS, Skrabski Á, Szedmák S, Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society, *Social Science & Medicine* 51(2000) 1351-1361, Kopp MS, Csoboth CT, Purebl Gy, Fiala női egészség, *Szerepváltozások* 1999, Nőképviselési Titkárság, 5, Gyukits Gy., Ürmös A., Csoboth Cs., Purebl Gy., A depressziós tünetegyüttes előfordulása a fiatal roma nők körében, *LAM* 2000; 10 (11-12): 911-915

Magyari-Vincze Enikő: Social Exclusion at the Crossroads of Gender, Ethnicity and Class, A View through

Romani Women's Reproductive Health / Excluderea socială la intersecția dintre gen, etnicitate și clasă, o privire din perspectiva sănătății reproducerii la femeile Rome, Editura Fundației pentru Sturii Europene, Cluj, 2006, 9-133

Packer, Corinne: The Health Status of Roma: Priorities for Improvements. *Human Rights Tribune des droits humains*. Volume 11, Nş 1

Pomykala, Anna and Holt, Sally : Romani Women - A Priority for European Public Health Policy: <http://www.eumap.org/journal/features/2002/sep02/romwomenprior>



Felhasznált irodalom

Handbook for Action in the Area of Health Services with the Roma Community. Fundación Secretariado Gitano 2005.

Health and the Roma Community. Fundación Secretariado Gitano-Egészségügyi Minisztérium 2003.

This report was produced by a contractor for Health & Consumer Protection Directorate General and represents the views of the contractor or author. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and do not necessarily represent the view of the Commission or the Directorate General for Health and Consumer Protection. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this study, nor does it accept responsibility for any use made thereof.