

# CIGÁNY EGÉSZSÉG, CIGÁNY BETEGSÉG

## MITŐL BETEGEBBEK?

**A**Z EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET (WHO) meghatározása szerint az egészség az ember testi, lelki és szociális jólétét jelenti, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát. Az egészség nem csupán cél, hanem erőforrás is, amelyet a mindennapokban használunk. Ez vagy a hasonló más meghatározások témánk szempontjából azért fontosak, mert jól érzékeltetik, hogy az egészség a jóléttel van szoros összefüggésben. A jólét hiánya az egészség hiányával jár együtt: minden hazai becslés szerint a cigány nők és férfiak átlagos élettartama több mint tíz évvel kevesebb a Magyarországon jellemző értékeknél.

A magyarországi cigány, roma népesség természetesen szociális helyzete szempontjából nem tekinthető homogén társadalmi csoportnak. Tagjait megtaláljuk társadalmunk valamennyi rétegében, akár a társadalmi szerep, akár az iskolázottság, akár a lakóhely szempontjából vizsgálódunk. A magasabb társadalmi pozíciókban azonban arányuk igen alacsony, az alacsony státusú csoportokban, a társadalom margóján viszont egyre magasabb. Amikor az egészséggel kapcsolatos kérdéseket vizsgáljuk, akkor nem tekinthetünk el ettől a rétegzettségűtől, nem egyszerűsíthetjük a kérdést arra, hogy a szegénység az egyetlen „betegítő” komponens.

*Wilkinson (1996)* arra a következtetésre jutott, hogy a társadalmi egyenlőtlenségnek minden egyéb tényezőnél nagyobb szerepe van a kisebbségek kedvezőtlen megbetegedési és halálozási arányaiban. Minél nagyobb egy országon belül a gazdagok és a szegények közötti távolság, annál rosszabbak a leszakadó rétegek egészségügyi mutatói, életkilátásai. Úgy vélem, ez a – növekvő – társadalmi távolság is szerepet játszik a cigány, roma lakosság egészségi helyzetében.

Az életkörülmények színvonala a termelőágazatok fejlettségének, a település-hálózati adottságoknak, a közlekedési helyzetnek, a jövedelmi viszonyoknak stb. függvénye. A hazai cigányok hátrányos helyzete sok esetben kettős. Társadalmi annyiban, amennyiben alacsony képzettségük, nagy családjuk s a velük szemben táplált előítélet megfosztja őket a társadalmi mobilitásba való bekapcsolódás lehetőségétől. Ugyanakkor többségük egy földrajzi hátrányt is elszenved, ami a gazdasági centrumtól távol eső, hátrányos helyzetű lakóhelyükből következik.

Az elmúlt évtizedek során az elnéptelenedő kistélepülések és a hanyatló városrészek mágnesként vonzották a cigányok tömegeit. Ez a gettósodási folyamat nemcsak a városokban, hanem egész régiókban jelentkezik, térbelileg a cigány, roma népesség jelentős részének fokozatos elkülönülését eredményezheti a társadalom nagyobbik felétől.

## A cigány lakosság szociokulturális jellemzői

A cigány népesség létszáma Magyarországon a különböző becslések szerint 600 ezer körülire tehető – bár a becslések között természetesen jelentős különbségek vannak. Számos fontos jellemzője közül kiemelhető, hogy térben egyenlőtlenül helyezkedik el. Míg az ország lakosságának a kilencvenes években 38 százaléka községi lakos, a cigány/roma népességnek viszont 58–64 százaléka községekben élt. A megyei adatokat vizsgálva kitűnik, hogy lényegében négy megyében és a fővárosban él az ország cigány lakosságának több mint a fele (Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Baranya, Pest megyék és Budapest). Legnagyobb számban Borsodban és Szabolcsban élnek, és itt a legmagasabb az össznépességen belüli arányuk (9,2 és 7,1 százalék).

A demográfiai viszonyokról részint a népszámlálási adatokból, részint becslésekből vannak információink. A közelmúltban elhunyt Hablicsek László demográfiai prognózisa jelentőségénél messze túlmutató visszhangot váltott ki. A népszámlálás és az országos vizsgálatok szerint a roma nők gyermekeinek száma a nyolcvanas évek 5–6 fős átlagáról a kilencvenes évek végére 2,7 átlagos gyermekszámra csökkent, tehát az országos átlaghoz közelít. Ezzel szemben a korszpecifikus halandóság a becslések szerint a roma férfiaknál 55 év, a nőknél 65 év, jelentősen alacsonyabb a lakosság átlagánál (*Hablicsek 2000*).

Az iskolázottságról sokkal több információnk van. Az egyik, pozitív tendencia az, hogy jelentősen emelkedett az általános iskolát elvégzettek száma és aránya. A másik, inkább negatívan megítélhető jelenség, hogy nyílt az olló a nem cigány és a cigány lakosság iskolázottsága között, azaz a roma népesség iskolázottsága még mindig igen lassan növekedett az országos átlaghoz képest. Már pedig az iskolázottságnak nemcsak a foglalkoztatásban van kiemelkedően fontos szerepe, hanem – részben ezen keresztül – az életfeltételek alakulásában, a családonkénti gyermeklétszámban, a kulturális és ezek között az egészségmagatartásban is. Azt is ki kell azonban emelni, hogy éppen a legrosszabb helyzetben lévő, az ország depressziós falusi térségeiben koncentrálódó cigány lakosság rekesztődik ki legnagyobb mértékben ezekből a folyamatokból, a csonka iskolázottság, esetleg írástudatlanság közöttük újratermelődik, ezáltal megteremtve a nyomor ördögi körét.

A kutatók többsége úgy véli, hogy a cigányságot nem az össznépességgel kell összevetni, ha bármely társadalmi jellemzőt vizsgálunk, hanem a teljes lakosságnak azon részével, amelynek szociokulturális életfeltételei hasonlatosak a vizsgált roma csoportokéhoz. Aggasztó egészségi állapotuk aggasztó szociális helyzetük eredménye.

## Egészségügyi kutatások

Ha az utolsó évtizedek magyarországi romákkal foglalkozó, gazdag szakirodalmát áttekintjük, azt tapasztalhatjuk, hogy az egészségügy területén viszonylag ke-

vés kutatást végeztek, s reprezentatív vagy országos kutatásról alig beszélhetünk. Ezért csak igen korlátozottan fogalmazható meg még a kérdés is: vannak-e olyan egészségi jellemzők, amelyek specifikusan a cigányoké, amelyek tehát akár a genetikai, akár a kulturális örökséggel hozhatók összefüggésbe (Forray 2007). Ha az országos jelentőségű célzott kutatások száma csekély is – ezeket is áttekintem –, annál több országos helyzetjelentés készült. A mindenkori kormányzatot a kilencvenes évek óta foglalkoztatja a cigányság helyzete, a többi között egészségi állapota (Demeter Zayzon 2000; Prónai 2000). Különösen 2004, az Európai Unióba való csatlakozásunk óta szaporodtak meg azok a helyzetértékelések, amelyek kisebb-nagyobb volumenű empirikus kutatásra támaszkodnak. Áttekintésünkben ezeket mutatjuk be.

Szirtesi Zoltán (1994, 1999) kiskundorozsmai – maga is cigány – publikációiban körzeti orvosi tapasztalatai alapján mutat be körzete cigány lakosságában talált olyan betegségeket, amelyek praxisában inkább érintették a cigány, mint a nem cigány embereket. A megfigyelt betegségek többségéről azt állapítja meg, hogy a rossz lakásviszonyok, az elégtelen táplálkozás, a túlzásfolttság okozza és terjeszti ezeket, esetenként robbanásszerűen. Ahol a gyakorló orvos a genetika ingoványos területére lép, ott magyarázatai komolytalannak tűnnek (pl. „a cigányok valamilyen öröklés folytán kissé másképpen reagálnak az alkoholra”).

Puporka Lajos és Zádori Zsolt (1999) a Világbank Magyarországi Irodájának megrendelésére írt jelentést a romák egészségi állapotáról. Szerintük is elsősorban szociális alapú a cigányság egészségügyi helyzete. Járványügyi szempontból sem a cigányság egésze veszélyeztetett, hanem a szegények, köztük is elsősorban a telepen élők. Ugyanezt hangsúlyozza az 1999-ben megjelent jelentés is (Demeter Zayzon 1999). A szerzők felhívják a figyelmet azonban egy általános problémára is: a magyar egészségügyi statisztika legnagyobb problémája, hogy míg a halálozási okokról viszonylag pontos adatokkal rendelkezünk, nincsenek megbízható adatok a megbetegedésekről.

Neményi Mária (1998) a cigány anyák helyzetét vizsgálta az egészségügyben. Azt találta, hogy mindkét oldalon – tehát mind az egészségügyben dolgozók, mind a cigány asszonyok részéről – olyan sztereotípiák, előítéletek rögzültek, amelyek gátolják a kommunikációt, és lehetetlenné teszik az egészségügy iránti bizalom kialakulását. Számos példája közül kiemeljük, hogy az orvos és az ápolónők nyomatékos kérése, utasítása ellenére sem marad a kórházban a veszélyeztetett terhességű kismama, mert otthon szükség van rá. Ez a példa jól érzékelteti, hogy mindkét fél jót akar, mindkét fél ugyanazt akarja, a nagyobb felelősségű, mert képzett „oldal” azonban gyakran nem képes megértetnie magát, és elfogadtatni szakszerű érveit.

Az egészségügy e területével kapcsolatban viszonylag sok kutatási tapasztalat is rendelkezésre áll, amelyek a roma népességnek a szexualitással összefüggő hiedelmeit, tabuit gyűjti össze. Feltehetőleg a szexualitással, szüléssel, gyermekágygal kapcsolatos szokások az egészségügynek egyik olyan szegmense, ahol a cigány/ro-

ma kulturális örökségnek valódi szerep tulajdonítható, miként azt Neményi kutatásában pontosan nyomon lehet követni.

A szociálpolitikus *Krémer Balázs (1998)* is ezt a kommunikációs szakadékot találja alapvető problémának. Szerinte az egészségügyi dolgozók nincsenek felkészülve a szegényebb és iskolázatlanabb emberekkel, kiváltképpen pedig az ebbe a kategóriába tartozó cigányokkal való kommunikációra. Nem empirikus adatok, hanem az egészségügy egyes szakágaihoz való hozzáférés esélyei felől megközelítve a cigány lakosságot sújtó betegségek és egészségkárosodások alábbi területeit emeli ki:

- mozgásszervi problémák és azok késői felismerése,
- pszichiátriai és mentális problémák,
- a szexualitással összefüggő népegészségügyi problémák,
- fogászati problémák.

Hangsúlyozza a preventív ellátás szükségességét, és annak hozzáférhetőségét. Különös jelentőséget tulajdonít annak az egészségpolitikai feladatnak, hogy a cigány lakosság nagy arányával jellemezhető aprófalvas térségeikig is elérjen az alapellátás fejlesztésének programja.

*Gyukits György (1999)* Borsod-Abaúj-Zemplén és Budapest egyes kerületeiben készített interjúkkal törekedett feltárni a cigány lakosságnak az egészségügyhöz való viszonyát. Szempontunkból tapasztalatainak két következtetése érdemel különös figyelmet. Az egyik az, hogy a cigány emberek – de ez általában az iskolázatlan, szegény emberekre jellemző – csak akkor mennek orvoshoz, amikor a fizikai fájdalmakat már nehezen viselik el. A prevenció szemlélet – amelynek erősítését természetesen elsősorban az egészségügytől várhatjuk – hiánya az ország lakosságának jelentős részére jellemző. A másik megfigyelése az, hogy a falusi és a falusias térségben élő cigány emberek a háziorvoshoz még elmennek, gyakran mihelyt kisebb bajokat is megfigyelnek, sőt a legkisebb bajhoz is kihívják a háziorvost. A szakrendelésben dolgozó, vagy kórházi orvosokhoz és egészségügyi személyzethez való viszonyuk pedig egészen más, félelemmel, előítéletekkel terhelt. Ezt interjúpartnerei azzal indokolják, hogy a szakrendelések és kórházak szakemberei előítéletesen, lenézően kezelik őket. Ebből az a következtetés vonható le, hogy a cigány lakosság nem alapvetően áll szemben és ellen az egészségüggyel, tiszteli és elfogadja az őt jól ismerő orvos véleményét.

Országos cigány adatok elsősorban a magyarországi többség és kisebbség viszonyának jellemzésére szolgálhatnak. Ebből a szempontból nem cáfolható kutatási adatokkal, 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 – állapítja meg az *EC EUROPA* EU jelentés. A kutatás maga „Roma felnőtt népesség egészségi állapota, egészségmagatartása, és a romák, valamint az egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolat vizsgálata” címet viseli és az Egészségügyi Minisztérium megbízásából készítette 2001–2002-ben végzett kutatás alapján egy munkacsoport

(Dombainé Arany Vera, Solymosy József, Kanyik Csaba, Daróczi Gábor). A programban kilenc ország vett részt partnerként: Olaszország, Görögország, Szlovákia, Portugália, Románia, Csehország, Bulgária, Spanyolország és Magyarország. A cigányok egészségi állapotáról és munkapiaci lehetőségeinek korlátairól empirikus kutatások adatainak felhasználásával *Babusik (2008)* az előbbiekhöz hasonlóan a diszkrimináció gyakoriságát emeli ki.

A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája munkatársai 2001 és 2002 között felmérést végeztek Északkelet-Magyarország három megyéjében, túlnyomórészt cigányok lakta telepeken (*Kósa 2006*). Vizsgálták az ott lakók demográfiai összetételét és környezet-egészségügyi helyzetét. Telepként definiálták azt a legalább 4 lakásból álló településrészt, amelynek lakásai alacsonyabb komfortfokozattal (víz-, áram-, gázellátás, csatornázás, szemét elhelyezés) és magasabb lakó-sűrűséggel hátrányosan különböznek a település jellegzetes lakókörnyezetétől. A vizsgálat nemcsak cigányokra terjedt ki, igen fontos hangsúlyozni itt is, hogy a szegénység kutatása – még ha főként a cigányságot célozza is – nem etnikai alapú és jellegű feladat, de rávilágít arra, hogy a cigányság nagy hányada a szegények kategóriájába tartozik, és elszenvedője mindannak, amit az anyagi javaktól való megfosztottság jelent.

A *Kurt Levin Alapítvány (2009)* is végzett vizsgálatot a cigányság egészségügyi állapotával kapcsolatban. Megállapítják, hogy a legfontosabb az alap- és szakellátásban jelentkező, a szolgáltatáshoz való egyenlő hozzáférés lehetőségének sérülése. Ez a szempont az egészségügyi ellátási rendszer reformját érinti: az alapvető egészségügyi ellátás megszervezésének kérdését.

A szegénység és a romák szegénysége egyre inkább vidéki, egyre inkább kistéleplési jelenség. Az elmaradottabb területeken nincs megfelelően megszerveve az egészségügyi ellátás. Általános jelenség, hogy négy-öt falvanként van egy-egy családorvos, és a megkérdezett szakemberek véleménye szerint, szakorvosi rendelő, esetleg szűrőállomások még nehezebben elérhetők. (Sok esetben a bejutási költségeket sem tudják fedezni a családok.) Ezen felül olyan védőnői körzetek vannak, melyek 250–300 főt is elláthatnak. Ez olyannyira elaprózza a védőnők tevékenységét, hogy nem érnek el mindenkihez. Fontos továbbá a lakhatási körülményekkel összefüggő általános egészségi állapot javítása is. De megoldásra vár a szolgáltatásban tapasztalható diszkrimináció jelensége is, mely az ellátás minőségét nagyban befolyásolja, s másodrendű betegként kezeli a roma embereket. Az egyik legfontosabb problémának azt látják, hogy a munkanélkülieket – köztük jelentős arányban vannak romák is – gyakorlatilag nem lehet egészségbiztosítással elérni.

2001-ben az Egészségügyi Minisztérium adott ki jelentést a „Roma felnőtt népesség egészségállapota” címmel (*EÜM 2001*). Bár a dokumentum már több mint egy évtizedes, főbb megállapításai tükrözik a cigányság egészségi állapotának leg súlyosabb problémáit. A problémák igen különbözőek: a szervi betegségek mellett pszichés eredetűek is jelentős súlyt képviselnek, a szegénységből eredő gondok

éppúgy megtalálhatók a tünetek hátterében, mint a tudatlanság, a „rossz szokások” okozta egészségkárosodás. Mindezek mellett az egészségügyben megtapasztalt negatív attitűd is elriasztja a betegeket. Érdeemes áttekinteni a felsorolást, és látni azt, hogy különböző megközelítést alkalmazó kutatások alapjaiban hasonló problémákra világítanak rá:

- a depressziós tünetegyüttes valamelyik fokozata a romák 75 százalékát (!) érinti,
- a nagymértékű dohányzás, a táplálkozási problémák, a prevenció hiánya mind felelősek a kedvezőtlen morbiditási és mortalitási adatokért,
- az alultápláltság feltűnően magas a cigány népesség körében,
- a betegségek megelőzésével kapcsolatos ismereteknek a megkérdezettek 43 százaléka nem volt birtokában,
- a roma/cigány nőknél gyakori a spontán és a művi abortusz,
- a cigány betegek szakrendelésre történő utalása jóval alacsonyabb gyakoriságú, mint a többségi lakosságé, s a romák a kórházi kezeléseken, szanatóriumi gyógykezeléseken is alulreprezentáltak.

*Lampek, Törőcsik (2003)* kutatásaikban az életstílus és az egészségi állapot összefüggéseit vizsgálják. Empirikus adatokkal bizonyítják – országosan és a Baranya megyei cigány és nem cigány lakosainak adatai alapján –, hogy az egészséget károsító jellemzők és szokások a cigányság és általában az alacsonyan iskolázott társadalmi rétegek körében elterjedtek, s nagy mértékben járulnak hozzá a betegségek gyakoriságához. Ám a káros hatásokat az alultápláltság – a szegénység – súlyosan erősíti.

A szegények, különösen a romák, cigányok választásnak látszó elszigetelődése nemcsak a társadalmi javaktól való megfosztottság okozója, hanem – ezzel is összefüggésben – pszichés alapon kialakult betegségek kiváltója is. Mint láttuk, minden hivatkozott kutató kiemeli a depressziós tünetegyüttes szerepét. Ennek a kérdéskörnek kiemelkedő jelentőségű kutatója volt a nemrég elhunyt Kopp Mária (*Kopp et al 1998*).

## Cigány értelmiségiek

Az előbbieken bemutatott problémák a cigányság egészségi állapotának általános helyzetére vonatkoztak. Egy népesség általános helyzete természetesen nem azonos minden alcsoportjával. A cigány, roma népesség köréből – a szélsőséges megfosztottság, a nyomor állapotából – kiemelkedett értelmiség külön tárgyalást érdemel. Vajon milyen hatást gyakorol ez a privilegizált helyzet rájuk? A rendelkezésünkre álló kutatások eredményei és személyes tapasztalataink egyaránt arról tanúskodnak, hogy a kiemelkedésnek nagy ára van.

*Mendi Rózsa (1998)* egyetemista cigány fiatalokkal készült kérdőíves és interjú kutatás – és személyes tapasztalatai – eredményeképpen megállapítja, hogy ezek a fiatalok az egyetemen élik meg először a kultúraütközést, identitásuk válságát,



hiszen éppen ebből a szempontból „feltűnőek”, különböznek másoktól. További rizikófaktort jelent életükben, hogy szüleik anyagi támogatására gyakran nem számíthatnak, tanulásuk anyagi feltételeit maguknak kell megteremteni. A többszörös megterhelés mellett nem jut idejük a pihenésre, feltöltődésre, életformájuk és életmódjuk nem követi diáktársaik életformáját. A folyamatos megterhelés, az állandó megküzdés hosszabb távon kifáradáshoz vezethet, amelynek következményei a célok feladásától a pszichoszomatikus sérülékenyséig elvihetik őket. Asszimilációs törekvéseiknek eredményessége gyakran megkérdőjeleződik az őket ért diszkrimináció hatására. Származásukat stigmaként kell megélniük a többségi csoportokkal való interakciókban. Ennek következménye, hogy igazán egyetlen vonatkoztatási csoportot sem tudhatnak magukénak, identitásuk társadalmi oldala tehát súlyosan megterhelő. Ezért annyira fontos és túlhangsúlyozott számukra etnikai hovatartozásuk.

Életükben rendkívül fontos szerepe van a családi és rokoni kötődéseknek, ezen belül is az anyához és a testvérekhez fűződő kapcsolatoknak. A család, ha anyagilag és szellemileg nem is tudja támogatni őket a mobilitás útján, mindenképpen meleg, támogató környezetet jelent számukra. A kultúra további fontos értékei, mint a művészetek iránti érzékenység és fogékonyság, egyaránt segítik őket abban, hogy kreativitásuk kiteljesedjék. Ezt bizonyítja, hogy a kutatás mintájában szereplő fiatalok nagy része, a tanulás mellett is zenél, fest, ír, fotózik stb. A szerző ezt cigányságuknak – kultúrájuk elemének – tekinti. Magam inkább hajlok arra a feltételezésre (Forray 2003), hogy a cigányság köréből ma (és tegnap) még csak a kiemelkedően tehetségesek jutnak el a felsőoktatásba. Ők azok, akik szabadidejükben is szellemi munkával, alkotóművészettel foglalkoznak.

Mendi Rózsa következtetése szerint az intervenciónak és a társadalmi programoknak nem a kulturális „mátság” megőrzésére és hátrányok ellen kell irányulniuk. Sokkal inkább egy új identitás kialakítása lehet a cél, amely minőségében más, mint az előítéletektől sújtott, sérült, nem bevallott, vagy éppen túlhangsúlyozott etnocentrikus identitás.

De hogy ez az ajánlott program sem tökéletes gyógyszer, egy későbbi interjúban mondja el: „Én a cigány identitásomat végül is a cigányok között veszítettem el. A magyarok között nagyon jól lehettem cigány, a cigányok közt egyszerűen nem tudtam az lenni. Nem tudtam produkálni azokat a dolgokat, amik a hagyományos cigány nő fogalmába belefértek volna. [...] Értelmes nőként iszonyatosan nehéz cigány férfiak között létezni. Egyszerűen nem tudják elviselni, hogy véleményed legyen, hogy más legyen a véleményed, hogy harcolni tudj az érdekeidért, hogy amit mondasz, elfogadható. Azt várják, hogy a több száz éves nőideált képviseld. Hogy szép legyél, együttműködő, hogy bólogass, hogy szerény legyél, és finom ebédrel várd az uradat. És a cigány férfiak sokkal szigorúbban ragaszkodnak a helyzetük adta jogaikhoz, mint a nem cigányok. Én nem tudok azonosulni azzal, amit a cigányok akarnak tőlem.” (Romnet.)

*Szabóné Kármán Judit (2012)* empirikus kutatása cigány értelmiségiekre irányul. Nemcsak az értelmiségivé válás magyarországi történetét tekinti át, hanem – a jelen téma szempontjából kiemelkedően fontos – a pszichológiai-pszichiátriai munkában kiemelkedően fontos tesztekkel is vizsgálta a kutatásába bevont cigány értelmiségieket. Megállapítja, hogy a roma diplomások mentális státusa nem kielégítő, neurózis, depressziós tünetegyüttes gyakori körükben. A kapott értékek alapján állítja, hogy a mintába került diplomás cigány férfiak és nők többsége érintett a neurózis, depressziós tünetegyüttes szempontjából. Neurózis szempontjából a csaknem százfős minta 26 százaléka; 14 százalék veszélyeztetett, 13 százalék esetében kialakult neurózisra utaló jelek láthatóak. Enyhe depressziós tünetegyüttes 62,4 százalék esetében észlelhető. A kisebbségi létből fakadó mentális állapotváltozásokat – frusztráció, fokozott elfojtás, folyamatos megfelelési kényszer, ebből fakadó stressz, düh, túlkompenzálás, csalódottság, „üvegplafon-szindróma” – a mintába került értelmiségiek többségénél mind a végzett teszt-vizsgálatok eredményei, mind az interjúk során kapott válaszok egyértelműen alátámasztják.

A párkapcsolati zavarok, az alacsonyabb házassági kedv a többséghez hasonlóak a cigány értelmiségi mintában; magas az elváltak, egyedülállók és élettársi kapcsolatban élők aránya körükben is, csakúgy, mint a többségi társadalomban. Mentális státusuk azonban a teljes népességhez viszonyítva lényegesen rosszabb; a teljes népességben a férfiak 33, a nők 41 százaléka érintett. E kutatásban szereplő diplomások esetében férfiak 57, a nők 74 százaléka enyhe vagy közepes súlyos depressziós tünetegyüttesre utaló jeleket mutat. Bár az országos vizsgálatok alapján általában is jellemző, de ez a gyakoriság a diplomás roma/cigány nők esetében kimagasló.

A kapott kutatási eredmények alapján megállapítja, hogy ha lassan is, de tovább bővül, formálódik a magyarországi roma, cigány értelmiség, keresi az utat újabb és újabb képzési formák felé. Többségük első generációs értelmiségi, háttérben alacsonyán iskolázott szülőkkel, gyakran testvéreik is náluk sokkal alacsonyabb végzettséggel rendelkeznek. A cigány értelmiségen belül mindegyik hazai cigány csoport megtalálható. A hagyományörzés, nyelvápolás igénye a tradicionális csoportok képviselői körében jelen van, ha kisebb mértékben is, mint szüleik generációjában. Ez arra utal, hogy a felsőoktatás – sokak véleményével szemben – nem fosztja meg a kisebbség tagjait hagyományaiktól, inkább jellemző, hogy otthonról már sokan alig hozzák azokat magukkal. Sőt úgy tűnik, hogy a fiatal értelmiség körében bizonyos mértékű nyelv újratanulási-hagyományörzési kedv kialakulása fedezhető fel.

Ez az összegezés szemben áll Mendi fentebb idézett látéletével. Csak újabb kutatások adhatnak arra választ, hogy generációk közötti tényleges különbségekről van-e szó vagy egyszerűen csak kutatók nézeteinek eltéréséről, vajon egy cigány fiatalnak értelmiségivé válni ma ugyanúgy a hagyományokkal, az etnikai közösséggel való szakítást hozza-e magával, mint egy-két évtizede? Ennek következtében éppen azt az egészségkárosodást okozza-e, mint korábban.



## Összegezés

Amit ma tudunk a magyarországi roma lakosság egészségmagatartásáról, egészségügyi helyzetéről, az döntő mértékben a cigányság többségének szélsőségesen rossz szociális helyzetéből érthető meg, és azzal magyarázható. Azaz etnikai hovatartozástól függetlenül hasonlóan viselkedik minden ember, aki hasonló szociális helyzetben van, hasonló nyomort, megkülönböztetést kénytelen elviselni.

Nem zárható ki, hogy a magyarországi cigány közösség genetikai öröksége a többi lakostól eltérő betegségekre hajlamosít, azonban nincsenek adatok erről, azaz semmilyen tudásunk nincsen arról, van-e speciális cigány betegség vagy erre hajlamosító biológiai tényező. Komoly kutatás e területen nem igazán folyt.

Az sem zárható ki, hogy bizonyos egészségkárosító magatartási formákért a roma közösségek kulturális hagyományaiban találhatnánk magyarázatot. Egyedül a szexualitással – szüléssel, gyermekággal – kapcsolatban vannak adatok arról, hogy ezek a tényezők befolyásolják az egészségmagatartást. Valószínű, hogy szisztematikus kutatások egyéb tényezőket is napvilágra hoznának. Olyan kulturális elemeket, amelyek nagyobb súllyal esnek latba zárt és hagyományörző cigány közösségekben, mint a városokban általában.

A jelenleg rendelkezésre álló adatok szerint az egészségügy, illetve a fejlesztésére irányuló politika feladata az, hogy elérhetővé tegye az alapellátást az egész lakosság, közöttük a cigányság számára is. Programszerűen elkülönülő cigány egészségügy természetesen semmivel sem indokolható különbséget tenne cigány és nem cigány között. Ez még akkor is érvényes tilalom, ha látjuk, hogy vannak olyan egészségkárosító magatartások, helyzetek, amelyek a cigányságot nagyobb mértékben érintik, mint a lakosság többi részét.

Ezzel szemben sürgős, a kérdéssel foglalkozó valamennyi kutató szerint elodázhatatlan feladat, hogy az egészségügy dolgozói tanuljanak meg kommunikálni a cigány betegekkel. Ez azt jelenti, hogy a képzésbe be kell vonni cigánysággal kapcsolatos ismereteket, törekedni kell arra, hogy minél több cigány, roma közösséghez tartozó ember dolgozzék a betegek körében. A magyar társadalom cigányellenes előítéleteit az egészségügyön is számon lehet és kell kérni. Az előítéleteknek a magatartásban is megnyilvánuló durva formáinak – amelyre példát szinte minden cigány ember tud mondani – az egészségügyben lehetetlenné kellene válniuk.

Láthattuk, hogy a cigány, roma lakosság körében bizonyos egészségkárosodások jellemző módon gyakrabban fordulnak elő, mint más társadalmi csoportokban. Ezek egy része a szegénységgel, általában a rossz szociális helyzettel hozhatók összefüggésbe. Vannak azonban olyan egészségkárosodások, amelyek éppen azokban a csoportokban szembetűnők, amelyek így „fizetnek” a társadalmi mobilitásért. Védelmükben számítania kell az egész magyar társadalom, közte a cigány közösségek életének javításáért elkötelezett minden tagjának munkájára.

## IRODALOM

- BABUSIK FERENC (2008) *A romák foglalkoztatási diszkriminációja a munkaerő-piacon*.
- DEMETER ZAYZON MÁRIA (ed) (2000) *Kisebbségek Magyarországon, 1999*. Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal.
- FUNDACIÓ SECRETARIADO GITANO (2007) *Egyenlőség, egészség és a cigány/roma közösség*. Madrid.
- FORRAY R. KATALIN (2003) Roma/cigány diákok a felsőoktatásban. *Educatio*, No. 2. pp. 253–264.
- FORRAY R. KATALIN (2007) The situation of the Roma/Gypsy community in Central and Eastern Europe. In: ABREU L. & SÁNDOR J. (eds) *Monitoring Health Status of Vulnerable Groups in Europe: Past and Present*. Compostela Group of Universities. European Issues. Pécs, University of Pécs. pp. 111–127.
- GYUKITS GYÖRGY (2000) A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In: HORVÁTH, LANDAU & SZALAI (eds) *Cigánynak születni*. Budapest, Aktív Társadalom/Új Mandátum, pp. 471–491.
- HABLICSEK LÁSZLÓ (2000) Kísérlet a roma népesség előreszámítására 2050-ig. In: Horváth, Landau & Szalai (eds) *I. m.* pp. 325–348.
- KOPP M., SKRABSKI Á. & SZEDMÁK S. (1998) A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In: GLATZ FERENC (ed) *Népegészség, orvos, társadalom*. Budapest, MTA. pp. 32–54.
- KÓSA ZSIGMOND (2006) *Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése*. Debrecen. (PhD-értekezés.)
- KRÉMER BALÁZS (1998) Javaslatok és dilemmák a cigányság helyzetének javítását célzó fejlesztési tervekhez. In: *Tanulmányok „A cigányság társadalmi helyzetének javítását célzó hosszú távú stratégia alapkérdéseiről”*. Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal. pp. 88–115.
- KURT LEWIN ALAPÍTVÁNY (2010) *A Roma Integráció Évtizede Program által megjelölt célok*.
- LAMPEK KINGA & TÖRÖCSIK MÁRIA (2003) *A felnőtt roma népesség egészségügyi fogyasztásának néhány területe*. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, No. 4. p. 45.
- MENDI RÓZSA (1999) *Felsőoktatásban tanuló roma fiatalok pályaszocializációs és személyiségvizsgálata*. Budapest, ELTE. (Egyetemi szakdolgozat.)
- NEMÉNYI MÁRIA (1998) *Cigány anyák az egészségügyben*. Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal.
- PRÓNAICSABA (2000) *A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében*. *Kisebbségkutatás*, No. 4.
- PUPORKA LAJOS & ZÁDORI ZSOLT (1999) *A magyarországi romák egészségi állapota*. Budapest, Roma Sajtóközpont.
- SZABÓNÉ KÁRMÁN JUDIT (2012) *A magyarországi roma/cigány értelmiség historiográfiája, helyzete, mentális állapota*. Budapest, Gondolat Kiadó.
- SZIRTESI ZOLTÁN (1998) *A cigányság egészségügyi helyzete*. Budapest, Agroinform.
- WILKINSON, R. G. (1996) *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, Routledge.

## IRODALOM

- BALLAI KÁROLY (1916) *A magyar kisednevelés fejlődéstörténetének vázlata 1843–1914*. Budapest, Athenaeum.
- BÉKEFI REMIG DR. (1912) *Orvosok, betegségek és gyógyítás Magyarországon az Árpádok korában*. Budapest, Franklin Társulat Ny.
- JOHAN BÉLA (1932) Nemzetközi tapasztalatok a kiseddóvás ügyében, *Egészség*, Negyvenkettedik könyv. Franklin Társulat.
- KORNIS GYULA (ed) (1913) *Az 1777-ik Ratio Educationis*. Katolikus Középiskolai Tanáregyesület.
- KAPRONCZAY KÁROLY (2001) Fodor József és az iskola-egészségügy In: *Neveléstörténeti Kaleidoszkóp. Középkortól napjainkig*. Budapest, OPKM. (Neveléstörténeti Konferenciák.)
- KRAFFSZKY JÓZSEF (1893) *A Kiseddóvás akadályai hazánkban*. Esztergom. (Különlenyomat a *Magyar Sion* 1893. évi folyamából.)
- MANN MIKLÓS (ed) (1987) *Oktatástörténeti koncepciók a dualizmus korából*. Budapest, Tankönyvkiadó.
- SZERDAHELYI ADOLF (1891) *Kisednevelés és módszertan kézikönyve, óvóképző-intézetek, szülők és gyermekmenedékházak számára*. Budapest, Révai testvérek.
- T. PUSZTAFALVI HENRIETTE (2009) *A kiseddóvás Magyarországon a dualizmus idején. Egy pécsi magánintézet története*. Pécsi Szemle, Tavasz.
- TIGYI ZOLTÁNNÉ (2011a) *Egészségtan tanítása a Tanítóképzőkben a 19. században használt tankönyvek alapján*. In: PINCZÉSNÉ PALÁSTHY I. (ed) *A református tanítóképzés múltja, jelene, jövője*. Debrecen.
- TIGYI ZOLTÁNNÉ (2011b) *Az egészségnevelés intézményesülésének folyamata hazánkban a dualizmustól a második világháború végéig*. *Egészség-Akadémia*, No. 3.
- ZSOLDOS JÁNOS (1818) *Diaetetica avagy Az Egészség fenntartásáról való Rendszabások*. Az oskolák számára készítette orvos doctor Zsoldos János, Sárospatakon.
- ZIMMERMANN JAKAB (1845) *Egészség és rögtöni esetek gyógytana, elemi tanítók s a nép boldogulását szíven viselő minden honfinak számára*. Pesten, Eggenberger J. és fia.

