

Simon Dávid: A roma identitás és egészségi állapot: egy kutatás másodelemzése

Bevezetés

Ennek az írásnak az első verziója 2002-ben készült, így bizonyos pontokon talán idejétmúlt. Ami miatt mégis ezt az írást választottam Csepeli György tanárom születésnapjára, az az, hogy minden téma közül ebben tudom saját magamat adni. Hozzájárult döntésemhez az is, hogy a dolgozat másodelemzés részében szereplő kutatás az, amelyben Csepeli Györggyel először együtt dolgozhattam.

Dolgozatomban olyan embereknek az egészségével, egészségéről alkotott képével, az egészségügy rendszeréhez kialakult viszonyával foglalkozom, akik a közvélekedés szerint az országosan is súlyosnak mondható morbiditási és mortalitási helyzetnél is kedvezőtlenebb körülmények között élnek. Dolgozatom nagyobbik részét az egyébként eléggé szegényes irodalom (erről: Prónai, 2000) ismertetése és az irodalmat elemezve következtetések, hipotézisek megfogalmazása teszi ki.

A hipotézisek egy részét egy adatbázis másodelemzésével próbálom meg alátámasztani. Az adatbázis az eddig publikálatlan Szelényi Iván és Ladányi János 1999-2000-es országos reprezentativitásra törekvő, kérdőíves szegény- és romavizsgálata, melynek célja nem elsősorban az romák egészségi, egészségügyi helyzete, de több olyan kérdést is tartalmaz, ami alkalmas ilyen jellegű következtetések levonására is.

Irodalmi áttekintés

Ki a roma?

Ezt a kérdést nem kerülheti meg egyetlen, romákkal foglalkozó írás sem, különösen, ha reprezentativitásra törekvő empirikus adatokra támaszkodik¹. A létező definíciók, noha elméleti hátterük is van, jórészt gyakorlati megfontolások termékei. Jó képet ad az elmúlt harminc év különböző reprezentatívnak szánt adatfelvételeiről Szelényi Iván és Ladányi János cikke (Szelényi és Ladányi, 1997).

A legegyszerűbb és bizonyos tekintetben a romák jogait leginkább tiszteletben tartó definíció az, ha azt tartjuk romának, aki magát annak jelenti ki. Ezzel kapcsolatban egyrészt az a probléma merül föl, hogy a hátrányos megkülönböztetések miatt a romák feltehetőleg gyakran igyekeznek roma identitásukat titokban tartani. Másrészt, a hátrányos helyzet nem (csak) az öndefinícióhoz kapcsolódik, hanem a külső besoroláshoz is. Ezzel a definícióval élnek népszámlálás során.

A kérdés megválaszolásának másik útja, az, amikor a környezetre hagyatkoznak a kutatók, azaz azt tekintik romának, akit a környezete annak tart - ez a környezet legtöbbször a nem roma környezet².

Leggyakrabban ez a "környezet" egyszerűen a kérdezőbiztos. Ilyenkor az a kutatók elgondolása, hogy a romákról kialakult sztereotípiák olyan erősek és elterjedtek, hogy a kérdezőbiztos mintegy a társadalom reprezentánsa. Ilyen módszerrel operált a magyar háztartás panel vizsgálat (1992-96), Szelényi Iván és Donald Treiman vizsgálata (1993), egy KSH vizsgálat (1993), Szonda Ipsos vizsgálata (1996).

¹ Az egészségszociológiai szakirodalomban kevés szó esik e definíciós problémáról és különösen ennek, az eredményekben megmutatkozó hatásairól

² Nem ismerek olyan kutatást, amelyik elsősorban az ingroup, azaz a romák által alkalmazott besorolást vette volna figyelembe, pedig a romák csoportjának, csoportjainak vizsgálata, mint kulturális egység alighanem csak így lenne lehetséges.

Ezek közül különleges a Szelényi-Treiman vizsgálat, ahol a kérdezőbiztos előbb ismerte a válaszadó önbesorolását, ami jelentősen befolyásolta a kérdezőbiztos általi besorolást.

A leggyakrabban idézett vizsgálat sorozat a Kemény István nevével fémjelzett 1971-es, illetve annak 1993-94-es ismétlése. Ez a vizsgálat is külső besorolást alkalmazott, de nem egyetlen személy véleményét vették figyelembe, hanem több, a vizsgálati alannyal kapcsolatban álló szervezetét, személyét³. Ez a megközelítés sem problémamentes, ugyanis míg Kemény és munkatársai azt állítják, hogy a környezet számára egyértelmű, hogy ki roma, sőt ezzel megegyezik az önbesorolás is, addig az összes említett vizsgálatban különbségeket találnak a kérdezőbiztostól függően, illetve minden esetben az önbesorolás a külső besorolás mintegy felét tette ki. (Ráadásul az önmagukat romának tartók aránya a lakosságon belül elég egyöntetűen a Kemény István vezette vizsgálatban megállapított arány fele). (Erről a kérdésről vita: Ladányi-Szelényi, 1997; Havas-Kemény-Kertesi, 1998; Ladányi-Szelényi, 1998)

Ugyanennek a kérdésnek egy másik dimenziója az, hogy akárkiket is tekintünk romának, a romák nem képeznek egységes csoportot⁴. Magyarországon legalább három, többé-kevésbé eltérő történelmi hátterű, anyanyelvű és ezért eltérő kultúrájú csoportról beszélhetünk, melyeknek a társadalmi státusza is eltérő. A legrégebben Magyarországra érkezett csoport a kárpáti cigányok vagy romungrók, akik nagyrészt magyar anyanyelvűek, és eredeti nyelvükben, a kárpáti dialektusban főként szláv jövevényszavakkal egészült ki a romani. A második csoport a beásoké, akik a román nyelv egy archaikus dialektusát beszélik. A harmadik csoport az oláh cigányoké,

³ Önkormányzati dolgozók, munkaügyi központ, pedagógusok, egészségügyi dolgozók, szociális szféra dolgozói, cigány szervezetek, esetenként(?) a szomszédok voltak a besorolást végzők között, nem ismeretes azonban, hogy milyen algoritmust alkalmaztak a besorolások összesítésénél.

⁴ Michael Stewart 2000. márciusában a Roma Holocaustról szóló előadásán egy Nyugat-Európából érkezett roma hallgató felháborodott az előadónak a romák heterogenitására utaló kijelentéseiben. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy legalább is egyes körökben elindult a roma közösség egységes "nemzetté" formálódása.

akik a mai Románia irányából települtek be, nyelvüket, melyben román jövevényszavak is találhatóak, ma is őrzik. Az utóbbi két csoportot gyakran „hagyományőrzőbb”-nek tekintik, ugyanakkor a rendszerváltás óta a romungrok is átvesznek bizonyos kulturális elemeket az oláh cigányoktól⁵.

Meg kell jegyezni, hogy még ez a hármás besorolás is rendkívül elnagyolt és inkább tekinthető külső, mint belső csoportosításnak, úgy gondolom azonban, hogy országos szintű elemzéshez ez is elegendő.

A romák egészsége és betegsége

Kevés olyan szerző van, aki ne azzal kezdené írását, hogy a romák egészségi állapota az egyébként nemzetközi viszonylatban nagyon rossz magyar nemzeti átlagot is sokszorosan alul múlja. Ugyanakkor alig vannak mortalitási vagy morbiditási adataink, a hozzáférhető adatok pedig vagy területileg korlátozottak, vagy régen elavultak, vagy nagyon kis mintán alapulnak.

Az adatvédelemről szóló törvény miatt az egészségügyben többé nem tartható nyilván az etnikai hovatartozás⁶, ezért nem, vagy legalább is nem könnyen ítélni meg a romák morbiditása és mortalitása. Ezen talán valamelyest segíthet a fent már említett OLEF vizsgálat.

⁵ Járóka Livia romakutató, kultúranropológus PhD hallgató szóbeli közlése alapján

⁶ Hasonló értelmű törvény érvényes az oktatás területén, mégis sok helyen jelölik a naplókban a gyermekek roma származását még ma is (Kőszegi Edit etnográfus szóbeli közlése)

1. tábla A tíz vezető halálok Magyarországon, Szabolcs-Szatmár megyében és a Szabolcs-Szatmár megyei romák körében 1978-ban. (Bodnár, 1984)

Magyarország			Szabolcs-Szatmár megye		
Sorszám	Halálok	Arány (%)	Sorszám	Halálok	Arány (%)
1.	Szívbetegségek	39,9	1.	Szívbetegségek	41,9
2.	Daganatok	25,2	2-3.	Agyérbetegségek	20,8
3.	Agyérbetegségek	18,8	2-3.	Daganatok	18,0
4.	Baleset	6,9	4.	Baleset	6,3
5.	Bronchitis, tüdőtagulat, asztma	4,6	5.	Öngyilkosság	4,8
6.	Öngyilkosság	4,3	6.	Bronchitis, tüdőtagulat, asztma	3,9
7.	Májzsugorodás	2,3	7.	Influenza és tüdőgyulladás	3,5
8.	Perinat. mort. okai	2,2	8.	Perinat. mort. Okai	3,1
9.	Influenza és tüdőgyulladás	2,1	9.	Májzsugorodás	1,9
10.	Cukorbetegség	1,7	10-11.	Cukorbetegség	1,3
			10-11.	Veleszületett rendellenesség	1,3

Romák		
Sorszám	Halálok	Arány (%)
1.	Szívbetegségek	22,1
2-3.	Agyérbetegségek	6,3
2-3.	Perinat. mort. okai	6,3
4.	Influenza és tüdőgyulladás	5,3
5.	Daganatok	4,7
6.	Baleset	4,2
7-8.	Bronchitis, tüdőtagulat, asztma	2,6
7-8.	Öngyilkosság	2,6
9.	Vesegyulladás és nephrosis	1,6
10-11.	Bélhurut és egyéb hasmenés	1,0
10-11.	Veleszületett rendellenesség	1,0

Az irodalom talán legtöbbet idézet adata egy 1978-ban Szabolcs-Szatmár megyében készült felmérés, ami lehetővé teszi a megye három járásából származó romák és a megye teljes népességnek összehasonlítását halálokok szerint (Bodnár, 1984).

Ezekből az adatokból látszik, hogy - legalábbis Szabolcs-Szatmár megyében és 1978-ban - a romák halálói struktúrája néhány jelentős ponton különbözik akár a megyei, akár az országos adatokkal vetjük össze. A legszembetűnőbb a perinatális mortalitás magas aránya, feltűnő az öngyilkosságok

alacsony gyakorisága, továbbá az, hogy az alkoholizmus indikátoraként ismert májcirrhosis nem került az első 11 halálok közé a romák esetében. Jelentősebb eltérés még a tüdőgyulladás és influenza magas aránya a romák mortalitási adatai között.

Egy további, gyakran idézett műben (Prónai, 2000; Puporka-Zádori 1999 stb.), egy kiskundorozsmai házi orvos saját körzetében szerzett tapasztalataiból von le következtetéseket a romáknak a többségtől eltérő betegség struktúrájára (Szirtesi, 1998).

Újabb összefoglaló jellegű leírás készült a Világbank megbízásából 1998-ben (Puporka-Zádori, 1998), ehhez azonban nem kapcsolódott új átfogó vizsgálat. A korábban idézettek kivül a morbiditási adatokra vonatkozóan idéznek egy, a Baranya megyei Ormánságban 1978-ban készült felmérést, mely szerint mind a betegnapok, mind az orvoshoz fordulás arányát tekintve a romák a többségi populációhoz képest kedvezőbb helyzetet foglaltak el. Ez az előny csökkent, de továbbra is fennáll, amikor az adatokat az életkori struktúrának megfelelően standardizálták. Kissé más képet mutatott a korcsoportra számított betegnapok átlaga: itt csak a 0-9 és 20-39 éves korosztályban voltak a romák számára kedvezőbb adatok, miközben a magasabb életkori csoportokban egyre nagyobb különbség mutatkozott a romák hátrányára.

A 2. táblából látható, hogy miközben a kutatásban alacsonyabb volt a betegnapok száma, a regisztrált betegségek száma nagyobb volt. Ebből a meglehetősen felületes mérőszámból azt a következtetést lehet levonni, hogy a romák betegebbek voltak amikor orvoshoz fordultak (legalább is többféle betegségben szenvedtek). A morbiditási struktúrát megtekintve a mindkét csoportnál első helyen álló légzőszervi megbetegedések romáknál tapasztalható nagyobb aránya figyelemre méltó. Hasonlóan magasabb a fertőző- és élősdiek okozta megbetegedések aránya a romák körében. Alacsonyabb ugyanakkor a csontváz, izom és kötőszöveti illetve a keringési

rendszeri megbetegedések aránya a romák esetén a többségi csoporthoz viszonyítva.

2. tábla Morbiditási struktúra romák és nem romák esetén 1978-ban az Ormánságban a BNO IX. kiadásának főcsoportjai szerint (Puporka-Zádori, 1998)

Betegségcsoport	Ezer főre jutó megbetegedés cigányoknál	Helyezés a cigányoknál	Ezer főre jutó megbetegedés a nem cigányoknál	Helyezés a nem cigányoknál
I. Fertőző és élősdiék okozta megbetegedések	262 (9,9 %)	3.	183 (7,6 %)	5.
II. Daganatok	13 (0,5 %)	15.	16 (0,7 %)	15.
III. Endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségek	29 (1,1 %)	14.	26 (1,1 %)	12.
IV. A vér és vérképző szervek betegségei	31 (1,2 %)	12.	21 (0,9 %)	13.
V. Elmezavarok	90 (3,4 %)	11.	108 (4,5 %)	10.
VI. Az idegrendszer és az érzékszervek megbetegedése	119 (4,5 %)	9.	133 (5,5 %)	8.
VII. A keringési rendszer betegségei	164 (6,2 %)	6.	265 (10,1 %)	3.
VIII. A légzőrendszer betegségei	800 (30,3%)	1.	606 (25,1 %)	1.
IX. Az emésztőrendszer betegségei	345 (13,0 %)	2.	328 (13,6 %)	2.
X. A húgy-ivarrendszer betegségei	117 (4,4 %)	10.	94 (3,9 %)	11.
XI. Terhességi, szülési és gyermekágyi szövődmények	30 (1,1 %)	13.	17 (0,7 %)	14.
XII. A bőr és bőr alatti szövet betegségei	130 (4,9 %)	8.	113 (4,7 %)	8.
XIII. A csontváz izomrendszer és a kötőszövet betegségei	161 (6,1 %)	7.	196 (8,1 %)	4.
XIV. Veleszületett anomáliák	8 (0,3 %)	16.	10 (0,4 %)	16.
XV. A perinatális morbiditás és mortalitás bizonyos okai	1 (0,03 %)	17.	3 (0,1 %)	17.
XVI. Tünetek és rosszul meghatározott állapotok	178 (6,7 %)	4.	140 (5,8 %)	7.
XVII. Balesetek, mérgezések, erőszak	166 (6,2 %)	5.	151 (6,3 %)	6.
Összes betegség:	2644 (100,0 %)	-	2410 (100,0 %)	-

Fontos különbséget takarhat a tünetek és rosszul meghatározott betegségek magasabb aránya a vizsgált populációban, mivel ez az esetleges kommunikációs nehézségekre utalhat, illetve az orvos és a beteg közötti kulturális különbségekre vezethető vissza.

Egy frissebb, a magyarországi 14-24 év közötti női populációra reprezentatív kérdőíves vizsgálat (Gyukits-Ürmös, 1999) során nem mutattak ki jelentősebb eltérést a romák és a

többségi populáció között az egészségi állapotukkal kapcsolatos panaszok típusában (3. tábla).

3. tábla A megkérdezettek egészségi állapotukkal kapcsolatos gyakoribb panaszainak említettsége százalékban (Gyukits-Ürmös, 1999)

Tünetek és panaszok	Roma	Nem roma
Fejfájás	50,8 %	45,3 %
Fáradékonyság	59,4 %	59,4 %
Étvágytalanság	30,5 %	15,6 %
Fogfájás	27,6 %	20,4 %
Erős menstruációs görcsök	25,9 %	32,1 %
Gyomorpanaszok	22,8 %	28,9 %
Gyakori hasmenés	5,3 %	6,6 %
Székrekedésre való hajlam	17,9 %	24,9 %
Izületi fájdalom	10,7 %	24,4 %
Végtagfájdalom	23,2 %	26,8 %
Gyakori megfázás	38,6 %	32,1 %
Gerincferdülés	10,7 %	19,5 %

Azonban a hosszabb ideig tartó betegségek gyakorisága szempontjából szignifikáns eltérést találtak a roma nők javára (4. tábla). A szerzők ennél az eredménynél felhívják a figyelmet az iskolázatlanságból következő betegmagatartás lehetséges szerepére is.

4. tábla Hosszabb betegség említésének gyakorisága (adatok: Gyukits-Ürmös, 1999)

Megbetegedés	Roma	Nem roma
Egy hónapnál hosszabb megbetegedés	15,2 %	18,8 %
Egy hétnél hosszabb fevő betegség	5,9 %	9,9 %

A szubjektív egészségi állapottal kapcsolatos kérdésre adott válaszok között nem találtak eltérést a két vizsgált populáció között.

A felvett Beck-féle depresszióskála szerint a roma nők a depresszió minden fokozatában felülreprezentáltak (5. tábla).

5. tábla A Beck-féle depresszióskálán elért értékek a súlyossági fok szerint (adatok: Gyukits-Ürmös, 1999)

Depressziós fokozatok	Roma	Nem roma
súlyos	9,3 %	2,1 %
közepes	14,8 %	4,5 %
enyhe	22,2 %	17,4 %
normál	53,0 %	75,9 %

A pszichiátriai megbetegedések arányát és azok lehetséges okait kutatta egy egri kórház pszichiátriai osztályán 1993-94-ben végzett vizsgálat (Moretti et al., 1997). A vizsgált periódusban 12% volt a felvett betegek között roma, miközben a felvételi területen élő lakosságban arányuk 2,7% a KSH 1990

évi népszámlálása szerint⁷. A szerzők kiemelik a dysthimia, a konverziós zavar és az öngyilkossági kísérletek nagy számát a kontroll népességhez viszonyítva (6. tábla).

6. tábla Egyes pszichiátriai kórképek gyakorisága (adatok: Moretti et al., 1997)

	Roma	Nem roma
dysthimia	22,0 %	12,0 %
konverziós zavar	22,0 %	7,0 %
öngyilkossági kísérlet	12,0 %	4,5 %

A korábbi, romák számára kedvezőtlen morbiditási adatokat támasztja alá a vizsgált személyek esetén a jelentős komorbiditási arány - a vizsgáltak alacsony átlagéletkora ellenére (nők: 40, férfiak: 37).

Feltételezhető szociokulturális okok

A fentiekben megpróbáltam áttekinteni a magyarországi romák egészségi állapotáról szóló irodalmat és ezzel vázolni, amennyire az elérhető adatok alapján lehetséges, a romák egészségi állapotát. Az adatok alapján mindenképpen látszik, hogy a többség és a romák között különbség van az egészségi állapot tekintetében. Ez felveti az ok keresésének szükségességét. A lehetséges magyarázatokat három csoportba sorolom. A csoportok természetesen egymástól nem választhatók el teljes mértékben.

Az okok csoportjainak egyike a biológiai. Ez az ok ma háttérbe szorul, teljesen érthetően, mivel az egyébként is ellenséges hangulatban faji megkülönböztetés alapjául szolgálhatna az esetlegesen meglévő eltérő betegség hajlam. Éppen ezért hangsúlyozni kell, hogy nagy valószínűséggel a biológiai - genetikai - okok nem indokolják általában a megbetegedések nagyobb számát, legfeljebb az eltérő morbiditási, mortalitási struktúrákat. Az Egyesült Államokban azonban számtalan vizsgálatot végeznek különböző népcsoportok eltérő morbiditási struktúrájával kapcsolatban, ami azt

⁷ A cikk nem ismerteti, hogy milyen alapon azonosítottak egy beteget romaként, az azonban ismert, hogy a népszámlálásokon az önbesorolást veszik figyelembe, ezért a különbség nehezen interpretálható.

mutatja, hogy szerencsésebb viszonyok között az ilyen vizsgálatok is fontosak lehetnek. A genetikai okok létezését támasztják alá azok a vizsgálatok, amik az Egyesült Államokban élő romák közös származását bizonyították a hasonló génekészlet alapján⁸ (Hancock, 1991). Szintén genetikai vizsgálatokat végeztek Magyarországon az Országos Hematológiai Intézetben. E vizsgálatok jelentősége elsősorban az alapellátásban dolgozók figyelmének felhívása egyes betegségekre, amelyek a többségi populációban esetleg nem gyakoriak.

A különbségek másik okát jelenthetik a gazdasági tényezők. Ebben a tekintetben a romák többsége a 'szegények' pontosan nehezen körülhatárolható társadalmi csoportjához tartozik. Természetesen súlyos és megengedhetetlen leegyszerűsítés lenne a romákat a deprivált népesség egy alcsoportjának kezelni - ahogy ezt a szakirodalom néhány szerzője pedig sugallja. A romák között éppen úgy találhatók sikeres vállalkozók⁹, politikusok vagy orvosok is, mint a többségi társadalomban. Ugyanakkor kétségtelen, hogy egyrészt a romák többsége kifejezetten alacsony gazdasági státuszú, másrészt a szegények jelentős csoportját alkotják a romák. Tehát minden olyan, az egészséget befolyásoló tényező, ami a gazdasági helyzet következménye, hatást gyakorol a romák jelentős részére.

A harmadik az előzőtől nehezebben elválasztható társadalmi-kulturális ok-csoport. A kulturális tényezők három alcsoportját különböztetem meg. Egyrészt a romák, roma közösségek a többségtől eltérő szocializációs sémákkal, kultúrával, belső kapcsolatrendszerrel rendelkeznek, ami a betegségek tüneteinek percepcióját módosítja, illetve eltérő tág értelemben vett betegség-kezelési stratégiákat eredményez. Másrészt a többségi társadalom romákról alkotott sztereotípiái többszörös nehézséget jelentenek az egészségügy és a romák

⁸ A kutatásban 58 amerikai roma vércsoport, haptoglobulin fenotípus és HLA típus vizsgálatából az a következtetést vonták le, hogy a romák genetikailag egy csoportba tartoznak, és feltehetőleg az indiai Pandzsáb állam területéről származnak.

⁹ A budapesti roma vállalkozókról Hajnal László Endre cikke a Regio 1999/1 számában

kapcsolatában. Harmadrészt az eltérő kultúrák által kódolt eltérő betegség- és testkép, eltérő nyelvhasználat félreértések forrása lehet.

A genetikai eltérésekről nem írok részletesebben, mivel az túlmutat a jelen dolgozaton, azonban a másik két ok-csoportot részletesebben is kifejtem.

Gazdasági tényezők

A gazdasági tényezők a prevenció és a patogenezis minden szintjén szerepet játszanak.

A primer prevenció szintjén az egészséges életkörülmények, életmód játszanak döntő szerepet. Míg az utóbbi részben a kultúra részének tekinthető, addig az előbbiben fontos, ha nem is kizárólagos a gazdasági helyzet szerepe. Elsősorban a táplálkozási faktorok azok, amik ezen a szinten szerepet játszhatnak: az olcsó, nem megfelelő vitamintartalmú, magas zsírtartalmú ételek fogyasztása hazánkban minden alacsony státuszú csoportra jellemző.

Ma Magyarországon az egészségügy az elvek szintjén ingyenes, legalábbis az orvos által szükségesnek minősített vizsgálatok és a diagnózis felállítása az orvos által. A kezelés azonban legtöbbször jelentős anyagi megterhelést jelent. Sőt, tekintve az orvosok javadalmazását és az ebből következő paraszolvenciára utaltságot, a vizsgálatok sem nevezhetők ingyenesnek, még ha feltehető is, hogy a romák közismert szegénysége csökkenti az ilyen irányú orvosi elvárásokat.

Gyukits György interjúkra alapozott kvalitatív kutatása szerint (Gyukits, 2000) a romák gyakran érzik azt, hogy nem kapnak kellő figyelmet az egészségügyi dolgozóktól és ezt kifejezetten a paraszolvencia hiányának vagy alacsony voltának tulajdonítják.

Ugyanakkor vannak területei az egészségügynek, ahol hivatalosan is fizetni kell az ellátásért. Erre a legjellemzőbb példa a fogorvosi ellátás. Gyukits György

kutatásában több példa található arra, hogy a források hiánya - párosulva a félelemmel - hogyan vezet el oda, hogy a romák körében az otthoni fájdalomcsillapításra és a foghúzásra szűkül a fogászati kezelés.

A fenti kvalitatív kutatást a szerző egy másik kvantitatív kutatása is alátámasztja (Gyukits-Ürmös, 1999).

Számtalan járulékos költséget is lehetne még említeni. Ezek közül komoly tétel az utazási költség, ami jelentősen gátolja a szegényebbeket abban, hogy a progresszív ellátást igénybe vegyék. Járulékos költség lehet továbbá a munkaviszony ideiglenes szünetelése. Ez különösen jelentős lehet a romáknál, akik magasabb arányban estek ki a foglalkoztatottak köréből (erre adatokat később), s ennek következtében alkalmi munkákból élnek, rendszerint járulékokat nem fizetnek utánuk, ami lehetetlenné teszi a táppénzigénylést is.

Nagyon fontos költség a megfelelő gyógyszerek megvásárlása. Ebben részben segíthet az önkormányzati igazolás mellett bizonyos gyógyszerekre kiterjedő ingyenes beszerezhetőség, azonban az ilyen módon megkapható gyógyszerek száma az utóbbi években csökkent. Ezzel kapcsolatban az alternatív beszerzési stratégiák szerepe nőhet meg (szomszéd, ismerősök, rokonok), ami feltehetően a romák között egészen más módon zajlik, mint a nem romák között (kulturális hatás), de hasonlóképpen ellenőrizetlen és inadekvát gyógyszereszedést eredményezhet.

Kulturális tényezők

A kulturális tényezők három alcsoportra bonthatók. Egyrészt a többségi társadalomból eredő hamis percepciók, előítéletek által befolyásolt romakép (hamis percepció) következtében kialakuló roma beteg és nem roma orvos kapcsolati deformitások, másrészt a romák eltérő egészség-, betegség- és testképe, ami a betegségek tüneteinek értékelésében, az orvoshoz fordulás eltérő feltételiben

nyilvánul meg. Tulajdonképpen harmadik tényező lehetne a két kultúra (roma és többségi) eltéréseiből adódó félreértés.

A három alcsoport eltérő vizsgálati módszereket indikál. A többségi társadalom sztereotípiáinak és elsősorban az egészségügyi dolgozók romaképének vizsgálata egy erre a körre terjedő kérdőíves, reprezentatív vizsgálattal, vagy több ilyen témájú fókuszcsoporttal, illetve ilyen témájú interjúkkal oldható meg. Ez utóbbira példa Neményi Mária több kutatása is (Neményi 1998, 2000).

A romák testképéről, eltérő betegségképéről, betegségkezelési stratégiáiról etnográfiai gyűjtésekből (pl.: Rostás-Farkas-Karsai, 1992) és interjúkból (Neményi, 1998, 2000; Gyukits, 2000) vonhatunk le közvetett következtetéseket. Pontosabb lehet, ugyanakkor nehezebben értelmezhető a résztvevő megfigyelés, az antropológiai vizsgálat (Stewart 1994), ami azonban csak egy adott csoportra korlátozódik.

Végül a kultúraközi kapcsolat félresiklásaira a résztvevőkkel készített interjúk adnak felvilágosítást természetesen a szereplők személyén átszűrve (Neményi 1998), vagy résztvevő megfigyelések során közvetlenül a kapcsolatok dinamikája is leírható.

A romákról kialakult sztereotípiák és hatásaik

A romákkal kapcsolatban kialakult előítéletek (Pataki, 1997) legszélsőségesebb példája a fajgyűlölet. Sajnos erre is akad példa az orvos-beteg kapcsolatban. Gyukits György egyik interjúalánya (Gyukits, 2000) idéz fel egy olyan esetet, melyben a sérült romát az orvos roma származása miatt nem akarta ellátni, miközben cigányellenes nézeteit hangoztatta. Ugyancsak ebben a tanulmányban található több példa arra, hogy roma betegek nem részesülnek megfelelő figyelemben.

Elterjedt előítélet a romák nagyfokú alkoholfogyasztásával kapcsolatos nézet, ami akár hamis diagnózisok felállításához vezethet, ugyanakkor az 1. táblázatból látható volt, hogy a

nem roma lakossággal ellentétben a romák első tizenegy leggyakoribb haláloka között nem szerepelt az alkoholizmus jó indikátorának tekintett májzsugorodás.

A romák fokozott termékenysége és szexuális túlfűtöttsége is a gyakran hangoztatott elképzelés. Ezek az előítéletek negatívan befolyásolják a roma szülő nők és a szülésben közreműködő egészségügyi dolgozók kapcsolatát (Neményi, 1999).

Fontos befolyásoló tényező a romák piszkosságának és elhanyagoltságának elterjedt képe. Michael Stewart leírja, hogy a 80-as években a Köjál nyaranta kétszer kényszerfürdetést hajtott végre, miközben akkor még a romák többsége dolgozott, s ha a telepen nem is, de a gyárakban rendszeresen jutottak zuhanyzási lehetőséghez. A kényszerfürdetés miatti munkahelyi hiányzásukat igazolások rendkívül megalázóak voltak, a romák gyakran vállalták inkább az igazolatlan hiányzást (Stewart, 1994). Saját megfigyeléseim azt támasztják alá, hogy a mentőknél gyakran kevesebb vizsgálatot végeznek ápolatlan kinézetű betegeken. Ez az előbb említett sztereotípiával együtt a romák sürgősségi ellátásának zavaraihoz vezethet (ez az állítási további vizsgálatot indokol).

A roma kultúra egészséggel kapcsolatos sajátosságai

A romák szokásairól számos néprajzi gyűjtés számol be, nem található olyan munka, ami összefoglalná az egészséggel betegséggel kapcsolatos gyűjtéseket. Néhány példa erejéig Rostás-Farkas György és Karsai Ervin munkáját idézem, megjegyezve, hogy a könyvben nem dokumentálják az adatok származási helyét, ezért máshol ezektől esetleg eltérő szokásokat lehet megfigyelni (Rostás-Farkas-Karsai, 1992).

Az étkezéseknek általában nincs meghatározott időpontja, napközben általában mindenki akkor eszik, amikor megéhezik (ennek a szokásnak a következménye a csecsemők táplálásánál a demand feeding modern elvére emlékeztető szoptatás). Az

étkezésben meghatározott sorrend van: először a férfiak, majd gyerekek, végül az asszonyok esznek. Ennek megfelelően a zsírosabb falatokat adják a férfiaknak. A hús szerepe kiemelt¹⁰, szinte minden nap esznek. Gyakran fogyasztanak káposztát, lecsót. A főzelékfélék, egyéb zöldségek, gyümölcsök ritkán kerülnek terítékre, nyersen pedig szinte soha. Az evés központi szerepére utal, hogy vendég érkezése esetén mindig étellel kell az érkezőt kínálni. A nagyobb ünnepek középpontjában is az étkezés áll. Tradicionálisan közös tálból esznek az ilyenkor összegyűltek. A gyakori mulatságokon (*mulatsago*) különösen a férfiak gyakran isznak alkoholt, ugyanakkor a vendégeknek nem illik lerészegednie.

Az evéssel kapcsolatos szokások közül a mai elveknek nem mond ellent a gyakori kis mennyiségű étkezés, ugyanakkor a nagy mennyiségű zsír és hús fogyasztás, az étkezés központi szerepe növeli az elhízás veszélyét, a zöldség, gyümölcs hiánya (különösen a nyerseké) a diétában pedig vitaminhiányhoz vezethet. A táplálkozásban tradicionális hierarchia miatt a férfiak különösen veszélyeztetettek a fokozott zsírfogyasztás miatt.

A betegségeknek jellegzetes csoportosítása van melynek részletes ismertetése és elemzése meghaladja jelen dolgozat kereteit, annyit mindenesetre meg kell jegyezni, hogy a nyugati orvoslástól jelentősen eltérő csoportokat alakítanak ki:

- pizkossághoz, pizkos bőrszínhez kapcsolják az órültséget
- nyákossághoz, nyálkássághoz kapcsolják a köhögést és a vérhast
- kövérséghez a hasfájást
- forrósághoz a lázat és a női betegségeket
- hűvösséghez a hideglelést
- a böjtöléshez (böjti boszorkány) kisebb betegségeket, mint fejfájás, gyomorfájás, fogfájás, fülcsengés, lábszárgörccs

¹⁰ Ma sem szokatlan, hogy döggútból szereznek húst és azt készítik el. Ez elvileg jelentős fertőzésveszélyt jelent, de a tapasztalat olyan eljárások kidolgozására vezetett, melyekkel a megbetegedés veszélye minimálisra csökkent (Stewart, 1994)

- vörösséghez (vörös egér) golyvát, gennyes daganatokat, bőrkiütéseket
- nemi betegségek
- halálos vagy krónikus betegségek

A fenti csoportokhoz egy-egy démon tartozott melynek a betegség megjelenését tulajdonították. A démonokat állati tulajdonsággal ruházták föl.

A gyógyításban is kialakult rendszerük volt, melyet részben gyógynövények¹¹ és gyógyhatású vagy annak hitt anyagok¹² használata, részben mágikus elemek jellemezzék.

A romák testképében jellemző a piszkosság és tisztaság fogalmának meghatározó szerepe. E dichotómia alapján felállítható egyrészt a testrészek, másrészt a roma csoporton belül a férfiak és nők, harmadrészt a tágabb környezeten belül a romák és nem romák (*gádzsók*) hierarchiája. Ebben a rendszerben a felső testfél tisztább, mint az alsó, olyannyira, hogy nem szabad ugyanazzal a vízzel mosni (külön vödröt tartanak), hasonlóképpen a férfi tisztább, mint a nő, és a romák tisztábbak, mint a *gádzsók*. (Stewart, 1994)

Összefoglalva, a romák kultúrájában számos olyan elem van, ami eltérő betegségkockázatot jelent, illetve a szokásokat nem ismerő orvos számára a beteg kiszámíthatatlanságának látszatát kelti. Külön ki kell emelnem a *mulatságók* jelentőségét, melyek megtestesítik a roma létet, és a közösség összetartozását szimbolizálják. Ez érthetővé teszi a tömeges kórházi beteglátogatásokat, melyek igyekeznek a közösség jelenlétét reprezentálni az idegen, esetleg ellensége közegben. Másrészt okát adják a betegek idő előtti "szökésének" a kórházakból. Általában elmondható, hogy a romák nem hagyják magukra betegeiket, azok továbbra is részt vesznek a közösség életében.

¹¹ Rostás-Farkasék a gyógynövények közül a kamillát, fokhagymát, dió- és meggygallyat, tályogyökeret, utilapút és általánosságban a fűszernövényeket említik.

¹² Érdekes a nagyszámú állati eredetű és egyéb anyag használata: ecetes kockacukor, kutya-, kigyózsír, szalonna, fogkrém, petróleum.

Interakció roma és gádzsó között

A romák hajlamosabbak fájdalmaikat erőteljesebben jelezni, az orvosok ennek általában hamis értelmet tulajdonítanak, vagy teljesen negligálják. Ezzel párhuzamosan a romákról alkotott képben megjelenő iskolázatlanság az orvosokat szülő-gyermek kommunikációs modell kialakítására készíti, ami ahhoz vezet, hogy a betegek gyakran nem tudják mi történik velük, mikor fognak fájdalmat, kellemetlenséget érezni.

Szintén a többség-kisebbség kommunikációs zavarának egy aspektusát jelenti a gyógyszerek megkülönböztethetőségének problémája, ami a nagyobb számban előforduló írástudatlan roma esetén jelentkezik (Gyukits, 2000). Ez elősegíti egy olyan kategorizációs rendszer kialakítását (színek és formák), amik hamis jelentéstulajdonítással és a gyógyszerek gazdasági motivációjú "cseréjével" jelentős gyógyszerezési hibákat okozhat.

Mindezekon túl a fentebb már említett kulturális eltérések gyakran olyan képzetet alakítanak ki az egészségügyi dolgozóknál, mintha a romák nem akarnák elfogadni a mindenkire érvényes, természetes normákat (Neményi, 1999), miközben ezek a normák valójában a többségi társadalom nagyon is egyedi és esetleges, csak rendszerben érvényes normái, melyek ütköznek a teljesen másféle kulturális rendszer részét képező roma normákkal. Alighanem az is kijelenthető, hogy a két normarendszer közül a többségi az, amelyik kevésbé flexibilis.

Egy országos reprezentatív vizsgálat adatai

A vizsgálat leírása

A továbbiakban a rendelkezésemre álló országosan reprezentatív roma-szegény vizsgálat adataiból közlöm azokat az adatokat, melyek egészségpszociológiai szempontból relevánsak.

A minta két szakaszban került felvételre. Az első szakaszban Omnibusz kérdőívekhez kapcsolódva 19000, az országosan reprezentatív minta alapján talált személyt soroltak be a kérdezőbiztosok romának illetve szegénynek¹³. Az így kialakult szegény, illetve roma mintát egy újabb alkalommal ismét lekérdezték egy egységes kérdőívvel. Ezt a két mintát egészíti ki egy országosan reprezentatív, 1000 elemű minta.

A roma besorolást árnyalja, hogy a kérdezőbiztos a második kérdés során is besorolta a megkérdezetteket, továbbá az, hogy ebben a fázisban a megkérdezett is elmondhatta milyen nemzetiségűnek tartja magát. Ilyen módon három eltérő "roma" csoport alakult ki:

- akiket csak az első kérdezőbiztos tartott romának
- akiket mindkét kérdezőbiztos romának tartott, de magukat nem tartották annak
- akik romának tartották magukat

Míg mindhárom csoport esetén lehet számolni a többségi diszkriminációval, addig a roma kultúra eltérő elemeivel és az ebből adódó kommunikációs problémákkal inkább csak a harmadik csoportnál. A reprezentatív minta és a "szegény" minta két viszonyítási pontot jelent a vizsgált csoportok elhelyezéséhez a társadalmi térben.

Vizsgált tényezők

A kutatásban három, közvetlenül az egészségi állapothoz kapcsolható változó szerepelt. Az egyik az elmúlt két hétben bekövetkezett, aktivitásban korlátozó betegségekre vonatkozik. A másik kérdés a tevékenységet akadályozó testi vagy lelki probléma, betegség létét firtatja. A harmadik item a megkérdezett szubjektív egészségi állapotára vonatkozik. Megjegyzendő, hogy e három változó tekintetében nem volt

¹³ A kérdezőbiztosnak hat szempontból kellett nyilatkoznia: épület átmeneti jellege, életveszélyessége, túlszűfolttsága, alapvető bútorok hiánya, a bent lakók alultápláltsága, nem megfelelő öltözete. A szegény mintába kerüléshez elegendő volt egyetlen szempont meglétének gyanúja.

szignifikáns eltérés a reprezentatív minta nem roma része, a csak külső kategorizáció szerint romák és a magukat romának besorlók között.

Magyarázó tényezőként szóba jönnek a kutatás változói közül a táplálkozásra (mint az életmód egy szeletére) vonatkozó változók: éhezés, húsfogyasztás gyakorisága (nem tekintve a vegetarianizmust), alapvető élelmiszerek beszerzésének nehézsége (tej, kenyér, sajt, hús, zöldség és gyümölcs, tojás). Ezek az itemek egy főkomponenst képeztek, a továbbiakban ezt használom.

További magyarázótényezőként merül föl a státusz, amelyet a ház állapotára, a komforttényezők meglétére, az iskolai végzettségre, az egy főre eső háztartási jövedelemre és a település méretére vonatkozó kérdésekből összeállított főkomponenssel mérek.

Végül természetesen változóként felhasználtam az etnicitásra vonatkozó két kérdést is: a roma önbesorolást és a külső roma kategorizációt.

A modell

Az egészségi állapot és az etnicitás kapcsolatának vizsgálatára a fenti tényezők bevonásával útmodellt használok. Ennek hátom végpontja a krónikus betegség, az akut betegség és a szubjektív egészségi állapot. Közbenső tényezői a táplálkozás és a státusz, végső magyarázó változói pedig a roma önbesorolás és a külső roma kategorizáció (ez utóbbit a kutatásban a kérdezőbiztos jelentette).

Az eredmények

Az útmodell (1. ábra) minden lehetséges kapcsolata szignifikánsnak bizonyult.

Az etnicitás hatása minden esetben úgy értelmezendő, hogy ahol a külső kategorizáció és az önbesorolás egyformán befolyásol, ott valójában a külső kategorizáció hatásáról van

szó, hiszen a magukat romának tartók ebben a vizsgálatban csak azok közül kerülhettek ki, akiket a többség is annak tart. Az önbesorolás, vagyis a roma kulturális hatás a roma identitásvállalás erősebb befolyásában (magasabb béta érték) nyilvánul meg. Amennyiben a külső kategorizáció hatása erősebb, az a külső kategorizáció és önbesorolás eltéréséből eredő feszültség hatását jelzi.

Ennek fényében a táplálkozás minőségének háttérében elsősorban az önbesorolás áll (önbesorolás összes hatása 0,332, míg a külső kategorizációé 0,212). A közvetlen hatáson kívül az alacsonyabb státuszon keresztül is érvényesül ez a hatás. A közvetlen hatás viszonylagos nagysága jelzi, hogy itt nem csak gazdasági (szegénységi), hanem speciálisan kulturális kérdésről is szó van.

A krónikus egészségromlást közvetve előnytelenül befolyásolja mind a külső kategorizáció, mind az önbesorolás - az utóbbi nagyobb mértékben, ami ismét a kulturális hatás jelentőségét húzza alá. Ezzel szemben a külső kategorizáció és az önbesorolás egyaránt közvetlenül jótékony hatást látszik gyakorolni, ami a fentiek alapján a többségi roma besorolás valamiféle pozitív diszkriminációját jelentené. Sokkal valószínűbb azonban az, hogy akiket a többség romának kategorizál, azok kisebb eséllyel kerülnek a gondozottak körébe, s így betegségtudatuk sem alakul ki. Ennek a kettősségnek köszönhető, hogy nem alakul ki szignifikáns különbség a többség és a romaként kategorizáltak, illetve magukat romának tartók csoportja között.

Az akut megbetegedéseknél az előbbihez némileg hasonló a helyzet, azzal a különbséggel, hogy itt inkább az önbesorolás játszik kockázatcsökkentő szerepet. Nem tudni ugyanakkor, hogy ez a kockázatcsökkentő szerep valóban a betegségek területén érvényesül-e, vagy esetleg a baleseteknél.

A szubjektív egészségképet sem a roma önbesorolás, sem a külső roma kategorizáció nem befolyásolja nagy mértékben közvetlenül, s a korábban tárgyalt kiegyenlítő hatások miatt közvetve is főként csak a státuszon keresztül.

Összefoglalva, a modell felhívja a figyelmet a kulturális hatásra, ugyanakkor aláhúzza a státusz vezető szerepét az etnicitás egészséget befolyásoló hatásában is. Mindezek mellett több olyan kérdés merült föl, amelyeket az OLEF adatbázis elemzése oldhat meg, ugyanakkor a többségi kategorizációs hatások (diszkrimináció) és a kulturális hatás felmérése csak ilyen vagy ehhez hasonló kutatással lehetséges.

Összefoglalás

Dolgozatomban igyekeztem a magyar szakirodalomból merítve a magyarországi romák egészségi állapotának, egészségügyben elfoglalt helyének felvázolására. A népességben elfoglalt jelentős arányuk ellenére nagyon kevés kutatás folyt az utóbbi 10 évben ebben a témában, miközben nagy számban jelentek meg összefoglaló írások, melyek kevés számú úttörőnek nevezhető, de régi és területileg is korlátozott érvényességű kutatásra támaszkodnak. Újabban indultak meg ezen a területen elsősorban interjúk kutatások (Neményi Mária illetve Gyukits György). Dolgozatom végén egy reprezentatív adatbázis példáján egy lehetséges magyarázó modellt mutattam be.

Meg kell említenem végezetül, hogy a dolgozat elkészülte után jelent meg Babusik Ferenc vezetésével az ICSSZEM megrendelésére készült két kutatásalapján született kiváló kötet, amely a dolgozatban felvetett számos kérdést új megközelítésbe helyez (bár továbbra sem foglalkozik például az eltérő kulturális elemek hatásával) és egyben új fejezetet nyit a romák egészségi állapotának és egészségüggyel kialakult kapcsolatának kutatásában.

Irodalom

1. Babusik Ferenc: Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon - L'Hartmann kiadó, 2003
2. Bodnár Lóránt: Vezető halálokok cigányoknál - Népegészségügy, 1984, 279-283.old.
3. Gordos Ágnes: Az általános iskolás cigány és magyar gyermekek egészségmagatartását vizsgáló kutatás - 1999/2, p. 47-51.
4. Gyukits György: A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere - In: Horváth Ágota - Landau Edit - Szalai Júlia (szerk.): Cigánynak születni - Új Mandátum, Budapest, 2000, p. 471-489.
5. Gyukits György - Ürmös Andor: A roma nők véleménye egészségi állapotukról és egészségügyi ellátásukról - Mentálhigiéné és Pszichoszomtaika, 1999/3-4, p. 54-60.
6. Hancock, Ian: The East European Roots of Romani Nationalism - Nationalities Paper, Fall 1991, p. 251-266.
7. Havas Gábor - Kemény István - Kertesi Gábor: A relatív cigány a klasszifikációs küzdőtéren - Kritika 1998/3, p. 31-33.
8. Kállai Ernő - Törzsök Erika (szerk.): Cigánynak lenni Magyarországon - Jelentés 2000 EÖKiP, Budapest, 2000.
9. Kertesi Gábor - Kézdi Gábor: A cigány népesség Magyarországon - socio-typo, Budapest, 1998.
10. Kopp Mária - Csoboth Csilla - Purebl György: Fiatal nők egészségi állapota - Internet: <http://www.tarki.hu/adatbank-h/nok/szerepvalt/Kopp99.html>
11. Ladányi János-Szelényi Iván: Ki a cigány? - Kritika 1997/12, p. 3-6.
12. Ladányi János-Szelényi Iván: Az etnikai besorolás objektivitásáról - Kritika 1998/3, p. 33-35.
13. Losonczi Ágnes: A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben - Magvető, Budapest, 1986.
14. Dr. Márkus Katalin: A cigány lakosság egészségi állapota és az ápolás - Internet: <http://rs1.szif.hu/ESZI/markus.htm>
15. Moretti Magdolna - Kurimay Tamás et al.: Az asszimiláció ára - Psychiatria Hungarica 1997/1 p. 5-18.

16. Neményi Mária: Cigány anyák az egészségügyben - Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal, Budapest, 1998.
17. Neményi Mária: Egészségre ható tényezők a deprivált családok gyermekeinél - Kézirat, 2000
18. Pataki Ferenc: Előítélet, idegengyűlölet, tolerancia szociálpszichológiai szempontból - In: Csepeli György - Örkény Antal - Székelyi Mária (Szerk.): Kisebbségszociológia - ELTE Kisebbségszociológia Tanszék, Budapest, 1997.
19. Prónai Csaba: A Magyarországon élő cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében - Kézirat, 2000.
20. Puporka Lajos - Zádori Zsolt: A Magyarországi romák egészségi állapota - Roma Sajtóközpont, Budapest, 1999.
21. Rostás-Farkas György - Karsai Ervin: A cigányok hiedelemvilága *Le romenge tradiciji* Szerzői kiadás, Budapest, 1992.
22. Stewart, Micheal Sinclair: Daltestvérek - Az oláh identitás és közösség továbbélése a szocialista Magyarországon - T-Twins Kiadó, MTA Szociológiai Intézet, Max Weber Alapítvány, Budapest, 1994.
23. Dr. Szirtesi Zoltán: A cigányság egészségügyi helyzete - Agroinform, Budapest, 1998.
24. Szuhay Péter: A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája Panoráma Kiadó, Budapest, 1999.

Forrás (adatbázis)

Six Country Survey on Living Conditions, 1999-2000, Bulgaria, Hungary, Poland, Romania, Russia, Slovakia (a kutatás magyarországi vezetői: Ladányi János és Szelényi Iván)

