

# A roma közösségek egészségügyi helyzete Magyarországon a megjelent szakirodalom alapján

## Betekintő

Az utóbbi évek legfrissebb kutatásainak rövid ismertetése rávilágít a roma lakosság kedvezőtlen egészségi állapotát közvetlenül meghatározó életmódbeli, környezeti jellemzőkre, valamint feltárja a közvetetten befolyásoló strukturális és kulturális tényezőket.

A célzott egészségmagatartás-vizsgálatok eredményei igazolták, hogy a cigányok körében a korai halálozás mértéke lényegesen magasabb, mint az általános magyar népességben; míg a centrális elhízás és a magas vérnyomás szignifikánsan ritkább, az emelkedett éhomi vércukorszint és az alacsony HDL-C-szérumkoncentráció szignifikánsan gyakoribb a roma populációban. A roma telepeken élők körében az intenzív alkoholfogyasztás és az elhízás kedvezőtlen, míg a dohányzás és a zöldség- és gyümölcsfogyasztás kedvező irányban változott a vizsgált évtized alatt. Az alacsony iskolai végzettséggel rendelkező, gazdaságilag inaktív, rossz anyagi helyzetben lévő romák körében nagyobb a depresszió gyakorisága is. Egy szlovákiai vizsgálatban hét olyan mechanizmust sikerült azonosítani, amelyek a szegregált településen élő romák nem megfelelő terápiahűségének okai lehetnek, illetve elősegítik körükben a helytelen egészségmagatartás-formák melletti érvelést.

## Bevezetés

Az egészségügyenlétlenségek területén végzett kutatások mind rámutatnak arra, hogy az egészségügyenlétlenségek nem önmagukban, hanem más társadalmi pozíciókkal összefüggésben vizsgálандók. A magyarországi roma lakosság egészségi állapota évtizedek óta különösen kedvezőtlen, és elmarad a többségi társadalom

egészségi mutatóitól. Ennek oka az egészségi állapotot közvetlenül meghatározó életmódbeli, környezeti, valamint közvetetten ható strukturális és kulturális tényezőkben is keresendő, ahogy ezt az elmúlt évek legfrissebb kutatásai is alátámasztják.

## Kutatási eredmények

Ádány Róza, Sándor János (2019):

**Az északkelet-magyarországi telepszerű körülmények között élő cigány lakosság egészség-magatartása és egészségi állapota**

Ádány Róza és Sándor János sokrétűen mutatja be a roma lakosság egészségi állapotát. A Roma Integráció Évtizedével (2005–2015) párhuzamosan történt egészségmagatartás-vizsgálatuk aláhúzza

annak fontosságát, hogy a cigány lakosság korfája és a korábbi romafelmérések mintáinak összetétele (miszerint a 65 évesnél idősebbek aránya a cigányság körében mindössze 3%, szemben

az általános populációra jellemző kb. 20%-kal) alapján egyértelmű, hogy a cigányok körében a korai halálozás mértéke lényegesen magasabb, mint az általános magyar népességben.

A metabolikus szindróma<sup>62</sup> és komponensei gyakoriságának felmérésére végzett összehasonlító keresztmetszeti vizsgálatukban a 20–64 éves, észak-magyarországi, telepszerű körülmények között élő roma lakosság 646 fős mintájának eredményeit a 20–64 éves magyar átlaglakosság reprezentatív mintán (n = 1542) nyert adataival hasonlítsák össze. A centrális elhízás és a magas vérnyomás szignifikánsan gyakoribb az általános magyar, mint a roma népességben (69,65 vs. 60,68%; 48,44 vs. 40,40%), míg az emelkedett trigliceridszint<sup>63</sup> tekintetében szignifikáns eltérés nem volt megállapítható. Az emelkedett éhomi vércukorszint vagy cukorbetegség (OR = 2,65, 95%CI 1,90–3,69) és az alacsony HDL-C-szérumszint<sup>64</sup> vagy kezelt lipidháztartási zavar (OR = 2,15, 95%CI 1,65–2,79) szignifikánsan gyakoribb volt a roma populációban. Korcsoportos bontásban végzett elemzéssel kimutatták,

hogy ezen két rendellenesség előfordulási gyakorisága minden korcsoportban szignifikánsan magasabb volt a romák körében, ami felveti annak lehetőségét, hogy az alacsony HDL-C-szint és az emelkedett éhomi vércukorszint nagy gyakoriságának hátterében genetikai tényezők állnak. A célzott egészségmagatartás-felmérés eredményei igazolták azt is, hogy a roma telepeken élők körében az egészségmagatartási mutatók az intenzív alkoholfogyasztás és az elhízás vonatkozásában kedvezőtlen, míg a dohányzás és a zöldség- és gyümölcsfogyasztás esetében kedvező irányba változtak a vizsgált évtized alatt. Vagyis a telepen élő romák és a nem romák közötti különbség nőtt az elhízás és az alkoholfogyasztás, és csökkent a dohányzás, valamint a mindennapi zöldség- és gyümölcsfogyasztás tekintetében. Ezek a változások összefüggésbe hozhatók az alkohol-, cigaretta- és élelmiszerkereskedelem törvényi szabályozásának változásával, illetve a kormányzati közmunkaprogram kapacitásbővítéssel kapcsolatos intézkedéseivel.

### Kósa Karolina, Kőműves Sándor (2019): Egészségegyenlőtlenségek az egyenlőtlenségek globális kontextusában

Kósa Karolina és Kőműves Sándor az egyre inkább a kutatások fókuszába kerülő mentális (lelki) egészségegyenlőtlenség témakörét járja körül. A 2014-ben végzett Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei szerint a 18 éven felüliek 5%-ának volt depressziója az adatfelvételt megelőző évben; a PHQ-8 szűrőskála szerint pedig a felnőtt lakosság közel 7%-ának voltak depresszív tünetei az adatfelvételt megelőző két hétben, és 3,6% esetében volt vélelmezhető major depresszió fennállása. A társadalmi helyzetet jellemző indikátorok (nem, etnikai hova-

tartozás, iskolai végzettség, foglalkozás, anyagi helyzet) szerinti elemzés azonban rámutatott, hogy a depresszió gyakorisága mind önbevallás szerint, mind a szűrőkérdőívvel történt kockázatbecslés szerint szignifikánsan eltért ezen változók kategóriái között, a hátrányos helyzetű népességcsoportok rovására. Nők körében a férfiakhoz képest, önbevallás szerint a romáknál a nem romákhoz képest, az érettségi nélküliek körében az érettségizettekhez képest, a gazdaságilag inaktívknál a gazdaságilag aktívakhoz képest, és a rossz anyagi helyzetben lévők

62 Metabolikus szindróma alatt azt értjük, amikor az anyagcserének több, egymással párhuzamos zavara is fennáll. Ezek alapvetően négy csoportra bonthatók: a zsírányagcsere zavara, a szénhidrát anyagcsere zavara, az elhízás és a magas vérnyomás.

63 Vércsírászint.

64 A „jó” koleszterin szintje.

körében a jó anyagi helyzetben lévőkhöz képest nagyobb a depresszió gyakorisága. A magyarázó okok között megjelenik a hatványtörvény, mely szerint adott jellemző változása egy másik jellemző hatványával arányos. A hatványtörvény, mint az egyenlőtlenségek növekedésének és újratermelődésének magyarázó erővel bíró

potenciális változója, némileg más megvilágításból láttatja azokat az egyenlőtlenségeket, melyeket a korábbi elemzések más társadalmi tényezőkkel magyaráznak. Ennek a hatásnak az érvényesülése az egészségügyegyenlőtlenségek vonatkozásában mindenképpen további vizsgálatokat kíván.

**Petrányi Győző (2019):**

### **A roma és indiai populációk genetikai hasonlósága és ennek jelentősége a csontvelő donor regiszterek összetételében**

Petrányi Győző nagyon specifikus területtel foglalkozó tanulmánya összefoglalja a roma populáció genetikai sajátosságait és ezek kapcsolódását az egyes betegségekkel szembeni fogékonyság- és rezisztencia-tulajdonságokkal. Mivel a roma népesség az egyik genetikailag legeltérőbb etnikum hazánkban, fontos a romák HLA-antigénjeinek<sup>65</sup> leírása és annak kutatása, hogy ennek milyen hatása van az egészségügyi állapotukra. Például a felnőttkori laktóztolerancia, azaz tejcukoremésztési képtelenség a hazai roma lakosság 55,8 százalékánál fordul elő, míg a magyar nem roma lakosság 36,6 százalékánál.

Halmazottan fordul elő a romáknál a veleszületett zöld hályog, szürke hályog, a policisztás vese domináns formája, valamint az anyagcsere-rendellenességeket és az izomrendszert érintő több genetikai betegség.

Magyar és indiai közös kutatás vizsgálta a roma etnikum HLA (Humán Leukocita Antigén) fenotípusait, és feltárta, hogy annak összetétele jelentősen eltér a világ más populációjától, és csak az ősi indiai lakossághoz hasonló. A népességen belül az egyének HLA-fenotípus szerinti hasonlósága vagy eltérése kiemelkedően fontos szerv- és szövettranszplantációk esetén.

**Orsós Zsuzsanna (2019):**

### **Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért?**

Az Orsós Zsuzsanna által ismertett cikk egy 2004–2014-ig tartó, nagyobb longitudinális vizsgálat adatainak egy részét dolgozta fel, hogy azonosítsa azokat a helyi szintű mechanizmusokat, amelyek az egészséges életmód ajánlások be nem tartásának hátterében állnak.

A vizsgálat egy szlovákiai, 260 fős, szegregált roma településen vizsgálta, hogy miért gyakoriak az egészséget veszélyeztető magatartásformák a szegregált romák körében, illetve hogy az ott élő emberek miért nem követik a klinikai vagy népegészségügyi ajánlásokat.

Hét olyan mechanizmust sikerült azonosítani, amelyek a szegregált településen élő romák nem megfelelő terápiahűségének okai lehetnek, illetve elősegítették körükben a helytelen egészségmagatartás-formák melletti érvelést. A mechanizmusok egy csoportja magukhoz a szegregált roma emberekhez kötődik, más része viszont a velük kapcsolatban álló nem romákhoz. Az első csoportba tartozik (1) a romák körében tapasztalt szegénység, szegregáció és átlag alatti infrastruktúra, (2) az egészségmagatartásra vonatkozó alternatív roma ideológiák és gyakor-

<sup>65</sup> Az immunrendszer működésében tölt be fontos szerepet, feladata a szervezet saját fehérjéinek felismerése és megkülönböztetése az idegen fehérjéktől.

latok, (3) az önmagukat kizáró roma ideológiák és tévhitek (pl. a romák nem képesek bizonyos viselkedésre, tevékenységre), (4) a romák jelenlegi helyzetükhöz való szocializációja – elfogadás, hozzászokás, természetesnek tartás. Nem roma részről pedig jelentős szerepe van az alábbiaknak: (5) romaellenes ideológiák, tévhitek, (6) diszkrimináció, rasszizmus és a romák elégtelen támogatása, (7) a klinikai és népegészségügyi ajánlások restriktív aspektusai (az ajánlások követése a romák körében olyan érzést kelthet, hogy ezáltal életminőségük csökken – például

krónikus betegségek menedzseléséhez szükséges táplálkozási változtatások kapcsán). A fenti tényezők között nagyon szoros, többoldalú kapcsolat van, hatásuk egymást erősíti, illetve egyes tényezők fennállása továbbiak kialakulásához vezethet. A jól ismert tényezők mellett (szegénység, diszkrimináció) figyelmet kell fordítani az eddig nem kellően tanulmányozott kérdésekre is (pl. roma identitás és ideológiák, egészséggel kapcsolatos tévhitek kialakulását és fennmaradását befolyásoló tényezők).

**Kovai Cecília (2017):**

**Az etnicitás szerepe az egészségügyenlétlenségek magyarázatában, és a hozzáférés esélyei a magyarországi hátrányos helyzetű csoportoknál a szegregált romák az egészségükért?**

Kovai Cecília elméleti munkája a cigányság egészségügyi állapotának problematikáját az egészségügyenlétlenségek kérdéskörének szélesebb kontextusába helyezi. Ahogy kifejti, a cigány pozíció eleve előnytelen helyzetet jelent minden egyenlőtlenségi dimenzióban (jövedelmi helyzet, iskolázottság szintje, lakóhely stb.), ami halmozódó, egymást erősítő hátrányokat eredményez. Az etnikai különbségtétel olyan tényező, amely nem pusztán rögzítheti a kedvezőtlen osztálypozíciót, hanem ahogy azt számos kutatás kimutatta, csökkenti a szolidaritást különböző társadalmi szereplők között, akár orvos és páciens relációban is. A cigány–magyar különbségtétel főként vidéken nem pusztán a kedvezőtlen osztálypozíciót is kijelölő és megerősítő kategorizáció, amely erőteljesen befolyásolja az egészségi állapotot, hanem egyfajta identifikációs kényszer is, amely meghatározza, hogy „cigányként” vagy „magyarként” milyen erőforrások mozgósíthatók, a „társadalmi tőke” mely módjai vehetők igénybe. Az etnikai különbségtétel megnehezíti az egészségügyi dolgozók és

a cigányság közötti hatékony kommunikációt, az egészségügyi dolgozók körében jelen lévő előítéletek sem segítenek az együttműködésben. Az etnikailag is stigmatizált hátrányos helyzetű pozícióból fakadó viselkedések sokszor érthetetlenek az egészségügyben dolgozók számára, és ez kölcsönös félreértéseket szül.

A struktúra versus kultúra felosztás két egymástól elváló megközelítést vázol fel: az egyik az egészségi állapot strukturális helyzettel való magyarázata, a másik, amely a cigányság ún. kulturális hagyományait helyezi előtérbe. E két analitikusan elválasztott magyarázó tényező az ún. „szegénység kultúrája” fogalomban érhet össze, amely megragadhatóvá teszi a marginális strukturális helyzethez adaptálódó közösségek életmódját, egészséghez és egészségüghöz való viszonyát. Vagyis a strukturális versus kulturális megközelítés helyett azt érdemes vizsgálni, hogy a már generációk óta elfoglalt strukturális pozícióhoz történő alkalmazkodás hogyan válik „kulturális mintázattá”, és ennek milyen hatása lehet az egészségügyenlétlenségek alakulására.

## Következtetések

Az ismertett tanulmányok a roma lakosság körében detektálható egészség-egyenlőtlenségeknek csak egy-egy vetületét mutatják meg, mégis felhívják a figyelmet arra, hogy rendelkezésre állnak azok a tudományos eredmények, amelyekre támaszkodva ezen a területen fejlődést lehet

elérni. Továbbá egyértelművé teszik, hogy a kedvezőtlen egészségmagatartáshoz vezető tényezők egymást erősítik, egymással szoros kölcsönhatásban vannak, az érdemi változások eléréséhez pedig az összes okot fel kell számolni.

## Absztrakt

Az egészség-egyenlőtlenségek területén végzett kutatások mind rámutatnak arra, hogy az egészség-egyenlőtlenségek nem önmagukban, hanem más társadalmi pozíciókkal összefüggésben vizsgálандók. A magyarországi roma lakosság egészségi állapota évtizedek óta különösen kedvezőtlen, és elmarad a többségi társadalom egészségi mutatóitól. Ennek oka az egészségi

állapotot közvetlenül meghatározó életmódbeli, környezeti, valamint közvetetten ható strukturális és kulturális tényezőkben is keresendő, ahogy ezt az elmúlt évek legfrissebb kutatási eredményei is alátámasztják.

**Kulcsszavak:** *egészségmagatartás, hozzáférés, egészség-egyenlőtlenségek, roma populáció*

## Abstract

Researches in the field of health inequalities all point to the fact that health inequalities should not be examined in isolation but in relation to other social positions. The health status of the Hungarian Roma population has been particularly unfavorable for decades and lags behind the health indicators of the majority society. This is

due to direct lifestyle, environmental, and indirect structural and cultural factors determining health status, as confirmed by recent research findings.

**Key words:** *health behaviour, accessibility, health inequities, roma population*

## Felhasznált irodalom

Ádány Róza, Sándor János (2019) Az északkelet-magyarországi telepszerű körülmények között élő cigány lakosság egészség-magatartása és egészségi állapota. *Magyar Tudomány*, 180. évf. 11. sz. 1596–1611.

Kósa Karolina, Kósműves Sándor (2019) Egészség-egyenlőtlenségek az egyenlőtlenségek globális kontextusában, *Magyar Tudomány* 180 11. sz. 1612–1625

Kovai Cecília (2017) Az etnicitás szerepe az egészség-egyenlőtlenségek magyarázatában, és a hozzáférés esélyei a magyarországi hátrányos helyzetű csoportoknál. In: Torgyik Judit (szerk.): *Válogatott tanulmányok a társadalomtudományok köréből*. Komarno: International Research Institute sro. 227–236.

Orsós Zsuzsanna (2019) Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából. (Cikkismertetés.) *Egészségfejlesztés*, LX. évf. 2. sz. 62–63.

Petrányi Győző (2019) A roma és indiai populációk genetikai hasonlósága és ennek jelentősége a csontvelő donor regiszterek összetételében, *Magyar Tudomány* 180. évf. 11. sz. 1626–1637.