



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
UNIVERSITY OF PÉCS



IMPRESSZUM

Romológia folyóirat

A lap megjelenik negyedévente
16–17. szám

Főszerkesztő: Cserti Csapó Tibor

Szerkesztőség: Beck Zoltán, Orsós Anna, Varga Aranka

A számot szerkesztette: Szabóné Kármán Judit, Cserti Csapó Tibor

Tervezőszerkesztő, arculat és tördelés: Kiss Tibor Noé

A borító Kiss Tibor Noé fotójának felhasználásával készült

A Galéria rovatban elhelyezett képek Bódi Barbara alkotásai

Szakmai lektorok: Beck Zoltán, Orsós Anna, Varga Aranka

Kiadja: Wlislócki Henrik Szakkollégium, PTE BTK NTI Romológia és
Nevelésszociológia Tanszék, Romológiai Kutatóközpont, Pécs

Felelős kiadó: Orsós Anna

A szerkesztőség címe, elérhetőségei: PTE BTK NTI Romológia és
Nevelésszociológia Tanszék, 7624 Pécs, Ifjúság útja 6.

E-mail: romologiafolyoirat@pte.hu

Web: <http://romologiafolyoirat.pte.hu>

Készült a Bolko-Print nyomdájában (7631 Pécs, Füzes dűlő 23., ügyvezető:
Szabó Péter)

ISSN 2064-1257

Megrendelhető a szerkesztőség címén, elérhetőségein

A szerzőknek szóló információk a lap elektronikus felületén érhetők el

*„TESZ-WHSZ” Tevékeny közösség, Egyéni gondoskodás, Személyes tudomány
a Pécsi Tudományegyetem Wlislócki Henrik Szakkollégiumában.*

EFOP-3.4.1-15-2015-00009

TARTALOM

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

ALAPPONT

- 9 Forray R. Katalin
Cigány egészség, cigány betegség – Mitől betegebbek?

SZÉLRÓZSA

- 22 Hajnáczy Tamás
Hólyagos himlő és karhatalom
- 34 Szabóné Kármán Judit
Populációgenetikai kutatások a cigányság körében
- 40 Judit Szabóné Kármán
Population genetic studies conducted among Roma people
- 46 Feith Helga Judit – Lukács J. Ágnes
Szüléshez kapcsolódó betegjogi kérdések etnikai metszetben
- 62 Szabóné Kármán Judit
Az egészségügy és a cigányság
- 69 Judit Szabóné Kármán
Health Care and Roma People
- 76 Pakai Annamária, Novákné Szabó Szilvia, Karácsony Ilona,
Vajda Réka
Roma nők ismereteinek felmérése védőnői körzetben a
méhnyakrák és kockázati tényezőivel kapcsolatban

KITEKINTŐ

- 98 Cserti Csapó Tibor
Elillant évtized IV.



INTERJÚ

- 124 Cserti Csapó Tibor, Kalányos Péter, Kátai Dalma
Interjú dr. Szirtesi Zoltánnal

NAPLÓ

- 132 Molnár Luca
Recenzió az „Aki kurvának áll” című könyvről
- 140 Szilárd István, Katz Zoltán
Egy akadémiai kezdeményezés, a RomaHealthNetwork útja



GALÉRIA

BÓDI BARBARA – BOBA festőnő alkotásaira túlnyomórészt jellemző a merész szín és ecsethasználat, meglepő kompozíciók és különleges, folytonosan megújuló technikai alkalmazások. Sokszínűen használja a természet által nyújtott önmagában is tökéletes alkotóelemeket: különféle magvakat, leveleket, terméseket, ágakat vagy csigaházakat, de üveg- és mozaiklapok, tükör és kavics darabok is emelik művei egyediségét, a tartalom erősítésével, a figurális ábrázolás függvényében.

„A művészet az angyalok összeesküvése a világ feje fölött.” – írja Ars poeticájában. „Ebben az összeesküvésben én az ecsetemmel veszek részt, keresve a látott dolgokon túli magasabb rendű valóságot. A természet megismerése és tökéletessége újabb és újabb rácsodálkozással segít vizuálisan érzékelni mindazt, amelyet később a művészet eszközeivel láthatóvá teszek mások számára is. Inspiráló hatással van rám az, hogy mindenből végtelenül sok van. Így mondanivalóm, kifejezésem jellege és technikai háttere az érzéseim és megtapasztalásaim során folytonosan megújulnak, változnak. Az állatok fajtái azok festékekkel vissza nem hozható színei és formái vagy akár a növényvilág gazdagsága, a könnyed virágszirmok alakja és illata, hegyek és völgyek tája, s mindez úgy érzékelhető és tapasztalható számunkra, hogy harmóniába rendezetten van elénk tárva, ingyenesen. Ebből a tárházból csipegetem ötleteim. S ennek a tárháznak a része vagyok magam is, mert az emberből is végtelenül sok van. Itt nemcsak a színére gondolok, hanem a lelkére is. Még az ikrek is különbözőek, hát még én, aki magyar állampolgárként roma származású vagyok. A másságomat mindig is vállalva, annak tudatával hittel keresem a közöst a mindenséghez, mely összeköt mindnyájunkat. A különbözőségben keresem a közöst, az egyetemet, ami jobb emberré tesz bennünket – s számomra a művészet az, amely folyamatos fejlődésre ösztönöz, mert az alkotás az én imám egyik formája.

Azonban elsőnek bent keresek, mert belül minden megvan.”

Galéria rovatunkba főleg *Tükröm-tükröm* című sorozatából válogattunk alkotásokat, amelyek ezt a közös emberi egyetemességet és a különbözőséget ábrázolják.

Kedves Olvasó!

Előszó

Folyóiratunk e számával hiánypótló kiadványt szerettünk volna tenni a Tisztelt Olvasó elé. A hiánypótló jelzöt nem olyan értelemben használjuk, mintha az elmúlt pár évtizedben ne jelentette volna a cigányságra irányuló szociológiai kutatások egyik fő irányát a siralmas egészségügyi helyzetkép feltárása, s az annak hátterében meghúzódó okok, tényezők keresése. Számos tanulmány látott napvilágot korábban e témakörben. Ezek egyik része a cigány népesség egészségi állapotának, jellemző betegség előfordulási gyakoriságainak statisztikai mutatóit, azoknak a hazai egészségügyi helyzethez viszonyított elmaradását tárta a nyilvánosság elé, más szerzők a statisztikák mögötti okkeresés irányába vitték a diskurzust. A rossz egészségi helyzet hátterében meghúzódó tényezők közül több érvelési vonal emelhető ki. Egyes szerzők egyértelműen a genetikai adottságokkal, öröklődéssel, orvosbiológiai különbségekkel magyarázzák az eltéréseket, míg mások óvatosabban inkább a szociális háttér, lakásviszonyok, életkörülmények területén keresik az indokokat, s ezzel igyekeznek elemelni a vizsgálatokat az etnikus megalapozottságtól. Számos kutatás az egészségügyi intézményrendszer hozzáállását, illetve a cigány embereknek az ellátórendszerhez való viszonyulását, egészség tudatosságát, illetve annak hiányát is megnevezi a témakör hatótényezői között. Nincs hiány tehát kutatásokban, elméletekben, s több olyan publikáció is napvilágot látott, amelyek igyekeznek rendszerezni ezt a széles témakört, az erre irányuló kutatási eredményeket és eltérő felfogásokat.

Folyóiratunk e számát inkább olyan értelemben gondoltuk hiánypótlónak, hogy mindezt a sokféle megközelítést és eredményt – ugyan a teljesség igénye nélkül, de – egymás mellett megpróbáljuk megmutatni az olvasónak. Nem téve le egyértelmű állásfoglalásunkat az eltérő felfogások egyike mellé sem, inkább csak éreztetve azt, igyekszünk reprezentatív ízelítőt adni a cigányság és egészségügy témakörében fellelhető kutatási tapasztalatokról és álláspontokról.

Rögtön az *Alappon*t rovat írása Forray R. Katalintól egy ilyen reprezentációs kísérlet, amelyben áttekinti a szerző a legfontosabb vizsgálatokat, bemutatja a kutatókat, s rávilágít ezen kutatások alapvető következtetéseire, téziseire.

A *Szélrózsa* rovat tanulmányai önmagukban képviselnek egy-egy reprezentációs irányt. Mindenekelőtt Hajnóczky Tamás egy történeti adalékot ad a diskurzushoz, amikor írásában a XX. század elejének közegészségügyi állapotait vizsgálja az akkori cigányság helyzetének rendezésére irányuló, eddig széles körben nem publikált, kevésbé ismert rendeleteket forrásul használva. Szabóné Kármán Judit első tanulmányában a populációgenetika eredményeit sorakoztatja fel, s mutatja be azokat a jellemző

öröklődő kórképeket, s antropológiai sajátosságokat, amelyeket a cigány népcsoportok vizsgálatai során tapasztaltak a genetikusok. A szerző másik írása azt igyekszik megmutatni, hogy a cigány csoportok és az egészség nem egymástól távol álló területek, a régmúlttól hoz arra példákat, hogyan végezték a cigány közösségekben a gyógyítást, s a „hivatalos orvostudomány” területére hogyan kalandoztak át a múltban, vagy napjainkban cigány származású emberek. E két tanulmányt angol nyelven is közöljük. Feith Helga Judit és Lukács J. Ágnes az egészségügyi ellátórendszer és a hazai cigány csoportok kapcsolatát vizsgálja a szülészeteken megmutatkozó betegjogi kérdések etikai metszetén keresztül. Pakai Annamária, Novákné Szabó Szilvia, Karácsony Ilona és Vajda Réka pedig Zala megyében élő roma nők ismereteit mérték fel a méhnyakrák megbetegedéssel és annak kockázati tényezőivel kapcsolatban. Tanulmányukban eredményeiket ismertetik és vetik össze más, hasonló kutatások tapasztalataival.

Kitekintő rovatunkban folytatjuk a folyóirat korábbi számaiban már elkezdett témát, a Roma Integráció Évtizedének statisztikai eredményeit elemezzük, ezúttal a fókusz a számunk tematikájának megfelelően arra irányítjuk, hogy a Dekád partnerországaiban hogyan változott az ott élő cigány csoportok egészségügyi helyzete, illetve az e területre szorosan kiható szegénység, szegregáció jelenségeit vizsgáló statisztikai adatok elemzésébe is bocsátkozunk Cserti Csapó Tibor írásán keresztül.

Interjú rovatunk számára ezúttal a Wlislöcki Henrik Szakkollégium diákjainak segítségével készítettünk interjút Szirtesi Zoltán kiskundorozsmai háziorvossal, akinek a cigánysággal, s annak egészségi állapotával kapcsolatos írásai évtizedek óta meghatározó és úgy tűnik, megkerülhetetlen elemei a kutatói diskurzusnak.

Napló rovatunkban pedig egy recenziót helyeztünk el Molnár Luca tollából *Papp Réka Kinga: Aki kurvának áll* című könyvéről, ami jóval túllép a prostitúciónak a témakörünkhöz szorosabban kapcsolódó orvosi kérdésein, s pláne meghaladja az etnikus megközelítést, de interjúi révén figyelemre méltó és érzékletes körképet ad a jelenségről. A rovat másik írásában Szilárd István és Katz Zoltán a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Migrációs-egészségügyi Tanszéki Csoportja által létrehozott RomaHealthNetwork névre keresztelt online platformot és adatbázist, illetve az annak hátterében álló fejlesztéseket ismertetik meg az Olvasóval.

A *Galéria* ezúttal Bódi Barbara – Boba – festőnő alkotásából nyújt ízelítőt.

Számunk írásaihoz jó olvasást kívánva

a szerkesztők
2018. június

ALAPPONT

- 9 Forray R. Katalin
Cigány egészség, cigány betegség –
Mitől betegebbek?

Forray R. Katalin

Cigány egészség, cigány betegség – Mitől betegebbek?

Katalin R Forray

The Health Condition of the Romani Population In Hungary: An Overview

The aim of this study is to summarise the main facts of the health conditions of the Romani / Gypsy population in Hungary. Their physical and mental health conditions are not entirely inherited, rather, they depend on the socio-economic circumstances of the given population. The life conditions of the Romani population are disadvantageous compared with the majority population of Hungary. The traditional Romani culture also influence the health conditions of the population. According to recent research, intellectuals with Romani background are particularly endangered.

Keywords: East-Central Europe, Roma/Gypsy population, health condition, traditional culture

Az 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.

DSc, professor emerita, PTE BTK NTI

A tanulmány az *Educatio* (2013. 2. 177-186) számában megjelent írás átdolgozott változata.

Wilkinson (1996) arra a következtetésre jutott, hogy a társadalmi egyenlőtlenségnek minden egyéb tényezőnél nagyobb szerepe van a kisebbségek kedvezőtlen megbetegedési és halálzási 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 településhálózati 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 kistelepülések 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%-a községi lakos, a cigány/roma népességnek viszont 58-64 %-a községekben élt. A megyei adatok 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 össznépségen belüli arányuk (9,2 % és 7,1%).

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 korszakos halandóság a becslések szerint a roma férfiaknál 55 év, a nőknél 65 év, jelentősen alacsonyabb a lakosság átlagánál (Hablicsek, 2000).

Az iskolázottságról sokkal több információink 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



GALÉRIA

éppen a legrosszabb helyzetben lévő, az ország depressziós falusi térségeiben koncentráldó 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 össznépeességgel kell összevetni, ha bármely társadalmi jellemzőt vizsgálunk, hanem a teljes lakoságnak azon részével, amelynek szociokulturális életfeltételei a hasonlatosak a vizsgált roma csoportokéhoz. Aggasztó egészségi állapotuk aggasztó szociális helyzetük eredménye.

Egészségügyi kutatások

“A helyzetet rontja, hogy a cigányság én-képe hamis – 56 százalékuk nagyon jónak vagy jónak ítéli saját egészségi állapotát. Az egészségügyi ellátórendszer minden szintjét kevesebben veszik igénybe másoknál, ahol ráadásul (vagy talán ezért is?) gyakran éri őket hátrányos megkülönböztetés. Az Eduinvest 2009-es adatai alapján a cigányság 64,2 százaléka ritkán vagy soha nem fordul háziorvoshoz. Járóbeteg szakrendelést 63 százalékuk ritkán vagy soha, fekvőbeteg-ellátást 39,3 százalékuk soha nem vesz igénybe. Fogászati szűrésen egyhatodik, méhnyakrák- és tüdőszűrésen pedig csupán egyegyharmaduk vesz részt” – állapította meg Nemzeti Egészségügyi Tanács (NET) számára készült metaanalízisében dr. Gara Imre orvos.

Ha az utolsó évtizedek magyarországi romákkal foglalkozó, gazdag szakirodalmát áttekintjük, azt tapasztalhatjuk, hogy az egészségügy területén viszonylag nagy számú kutatást végeztek, bár e kutatások eredményei alig kapnak helyet az oktatással kapcsolatos elemzésekben. 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). 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 mutatja 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 lakásvi-szonyok, az elégtelen táplálkozás, a túlsúlyfolság 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, gyermekággal kapcsolatos szokások az egészségügynek egyik olyan szegmense, ahol a cigány/roma 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 egészség-

ügy 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 térségekig 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 2001-2002 – ben végzett kutatás alapján készítette egy munkacsoport (Dombainé Arany Vera, Solymosy József, Kanyik Csaba, Daróczy 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 Iskolájának munkatársai 2001-2002 között felmérést végeztek Északkelet-Magyarország három megyéjében, túlnyomórészt cigányok lakta telepeken (Kósa, 2006). Vizsgálták az ott lakók demográfiai összetételét és környezetegészségügyi helyzetét. Telepként definiálták azt a legalább 4 lakásból álló településrészt, amelynek lakásai alacsonyabb komfortfokozattal (víz-, áram-, gázellátás, csatornázás, szemét elhelyezés) és magasabb lakosűrűséggel hátrányosan külön-

böznök 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 kistelepülési 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 szűrő-állomások 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 csaknem két évtizedes, főbb megállapításai tükrözik a cigányság egészségi állapotának legsúlyosabb 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. Érdemes áttekinteni a felsorolást, és látni azt, hogy különböző megközelítést alkalmazó kutatások alapjaiban hasonló problémákra világítanak rá:

- a depressziós tünetegyüttes valamelyik fokozata a romák 75%-át (!) 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%-a 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 lakosok adatai alapján –, hogy az egészséget károsító jellemzők és

szokások a cigányság és általában az alacsonyan iskolázott társadalmi rétegek körében elterjedtek, 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 és mtsai 1998). Mindezek a kutatási eredmények az utóbbi években különösen fontos témáját képezték a népegészségügy kutatásának és fejlesztésének. Ezért külön ki kell emelni Ádány Róza (2003), a Debreceni Egyetem professzorának szerepét, aki 2012-ben megbízást kapott a WHO Társadalmi Sebezhetőség és Egészség Együttműködési Központ vezetésére. Az intézet a hátrányos helyzetű lakossági csoportok – ide értve a cigányságot – egészségi állapotának vizsgálatát és javítási módszereinek kutatását végzi. 2016-ban a Debreceni Egyetem a WHO támogatásával "Central Eastern European Networking Event of Researchers on Roma Health and Policy" nemzetközi konferenciát szervezett. A két napos konferencián a térség sok egészségüggyel és a cigánysággal foglalkozó szakembere mutatta be vizsgálatainak eredményét. Ezt megalapozta az Európai Bizottság 2014-ben megjelent, Európa valamennyi országát vizsgáló jelentése, a Roma Health Report (2014).

Cigány értelmiségiek

Az előbbieken bemutatott problémák a cigányság egészségi állapotának általános helyzetére vonatkoztak. Egy népesség általános helyzete természetesen nem azonos minden alcsoportjéval. 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 élnek 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 sérülékenységgig 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.



GALÉRIA

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 ebéddel 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.” (http://www.romnet.hu/hirek/2006/07/10/eloteletek_nelkul_az_eloteletekrol)

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-pszichiátrai munkában kiemelkedően fontos tesztekkel is vizsgálta a kutatásába bevont cigány értelmiségieket. Megállapítja, hogy a roma diplomások mentális státusa nem kielégítő, neurózis, depressziós tünetegyüttes gyakori körökben. 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 %-a; 14 % veszélyeztetett, 13 % esetében kialakult neurózisra utaló jelek láthatóak. Enyhe depressziós tünetegyüttes 62,4%-nál esetében észlelhető. A kisebbségi létből fakadó mentális állapotváltozásokat – frusztráció, fokozott elfojtás, folyamatos megfelelési kényszer, ebből fakadó stressz, düh, túlkompensálás, csalódottság, “üvegplafonszindróma” – a mintába került értelmiségiek többségénél mind a végzett teszt-vizsgálatok eredményei, mind az interjúk során kapott válaszok egyértelműen alátámasztják.

A párkapcsolati zavarok, az alacsonyabb házasodási kedv a többséghez hasonlóak a cigány értelmiségi mintában; magas az elváltak, egyedülállók és élettársi kapcsolatban élők aránya körökben is, csakúgy, mint a többségi társadalomban. Mentális státusuk azonban a teljes népességhez viszonyítva lényegesen rosszabb; a teljes népességben a férfiak 33%-a, a nők 41%-a érintett. E kutatásban szereplő diplomások esetében férfiak 57%-a, a nők 74%-a enyhe vagy középsúlyos 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 alacsonyan 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 hagyományaitól, 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. Valójában arról sincsenek megbízható adataink, hogy a népességnek az a hányada, amelyet cigánynak, romának tartunk, illetve tartják magunkat, valamennyien ténylegesen azonos népcsoport tagjai-e.

Az sem zárható ki, hogy bizonyos egészségkárosító magatartási formákért a roma közösségek kulturális hagyományaiban is kereshetünk 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 népesség más csoportjaiban. Nem lehet kétséges azonban, hogy a rossz szociális helyzet – beleértve az iskolázottság hiányosságait – az a legfontosabb tényező, amely "betegít".

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. Ám, mint fentebb hangsúlyoztuk, nem dönthető el egyértelműen "ki a cigány". Azt azonban megállapíthatjuk, hogy az életmód alapján történő vizsgálat súlyos egészségkárosító magatartásokat tár fel.

Ez nem vonja kétségbe, és 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 hozható összefüggésbe. Vannak azonban olyan egészségkárosodások, amelyek éppen azokban a csoportokban szembetűnők, amelyek így „fizetnek” a társadalmi mobilitásért. Védelmükben számíthatnia kell az egész magyar társadalom, közte a cigány közösségek életének javításáért elkötelezett minden tagjának munkájára.

Felhasznált irodalom

- Ádány Róza (2003) A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Medicina
- Babusik Ferenc (2008) A romák foglalkoztatási diszkriminációja a munkaerő-piacon. http://www.delphoi.hu/download-pdf/roma_fogl_diszkr.pdf (Letöltve: 2013.02.13)
- Demeter Zayzon Mária szerk (2000) Kisebbségek Magyarországon 1999. Budapest: Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal
- Egyenlőség, egészség és a cigány/roma közösség. Madrid, 2007 – http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf (Letöltve: 2013.02.13)
- Forray R. Katalin (2003: Roma/cigány diákok a felsőoktatásban. *Educatio*® 11, 2: 253-64
- Forray R. Katalin (2007) The situation of the Roma/Gypsy community in Central and Eastern Europe. In: Abreu L, Sándor J eds.2007.: 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. Ágota, Landau Edit, Szalai Júlia eds 2000,: Cigánynak születni. Bp, Aktív Társadalom/Új Mandátum, pp.471-491.
- Hablicsek László (2000) Kísérlet a roma népesség előreszámítására 2050-ig. In: Horváth Ágota, , Landau Edit, Szalai Júlia szerk: Cigánynak születni. Bp, Aktív Társadalom/Új Mandátum, pp.325-348.
- Kopp Mária–Skrabski Árpád–Szedmák Sándor (1998): A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In. Glatz Ferenc ed 1998, *Népegészség, orvos, társadalom*. Budapest: MTA, pp 32-54.
- Kósa Zsigmond (2006) Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése (PhD értekezés), Debrecen http://ganyemedes.lib.unideb.hu:8080/dea/bitstream/2437/3547/5/Kosa_Zsigmond_ertekezés.pdf (Letöltve: 2013.02.13)
- 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 http://kla.hu/uploads/media/Decade_of_Roma_Inclusion_HU.pdf (Letöltve: 2013.02.12.)
- Lampek Kinga, Törőcsik Mária (2003) A felnőtt roma népesség egészségügyi fogyasztásának néhány területe. Egészségügyi gazdasági szemle 41. évf. 4. sz. 45. oldal http://www.matarka.hu/cikk_list.php?fusz=7098 (isPartO) (letöltve: 2013. 02. 12.)
- Mendi Rózsa (1999) Felsőoktatásban tanuló roma fiatalok pályaszocializációs és személyiségvizsgálata (egyetemi szakdolgozat), Budapest, ELTE <http://mek.oszk.hu/02000/02034/html/> (Meglátogatva: 2013.02.12)
- Neményi Mária (1998) Cigány anyák az egészségügyben. Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal
- Prónai Csaba (2000) A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében (Szakirodalmi áttekintés) Kisebbségkutatás, 2000. 4 <http://www.hhrf>.

- org/kisebbskutatas/kk_2000_04/cikk.php?id=350 (Meglátogatva: 2013.02.13)
- Puporka Lajos, Zárdori Zsolt 1999 A magyarországi romák egészségi állapota. Budapest, Roma Sajtóközpont
- Roma Health Report (2014) Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union
- Szabóné Kármán Judit (2012) A magyarországi roma/cigány értelmiség historiográfiája, helyzete, mentális állapota. Budapest, Gondolat Kiadó
- Szirtesi Zoltán (1998) A cigánység egészségügyi helyzete. Budapest: Agroinform
- Wilkinson, R. G. (1996) Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. London, Routledge – http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/betegebbek__elobb_halnak_es_kiszolgalatottak_a_romak

SZÉLRÓZSA

- 22 Hajnóczky Tamás
Hólyagos himlő és karhatalom
- 34 Szabóné Kármán Judit
Populációgenetikai kutatások a cigányság körében
- 40 Judit Szabóné Kármán
Population genetic studies conducted among Roma people
- 46 Feith Helga Judit – Lukács J. Ágnes
Szüléshez kapcsolódó betegjogi kérdések etnikai metszetben
- 62 Szabóné Kármán Judit
Az egészségügy és a cigányság
- 69 Judit Szabóné Kármán
Health Care and Roma People
- 76 Pakai Annamária, Novákné Szabó Szilvia,
Karácsony Ilona, Vajda Réka
Roma nők ismereteinek felmérése védőnői
körzetben a méhnyakrák és kockázati tényezőivel
kapcsolatban

Hajnáczy Tamás

Hólyagos himlő és karhatalom

Adalékok a “kóborcigány” kérdés 1916-os rendészeti és közegészségügyi szabályozásához

Az úgynevezett kóborcigány kérdés már több évtizede foglalkoztatta a törvényhozókat,¹ már az 1893-as Magyar Királyi Statisztikai Hivatal által végrehajtott felmérés is ennek jegyében született.² A Dánosi-per kiváltotta csillapíthatatlan indulatok,³ valamint a napilapok határozott és azonnali intézkedést sürgető írásai⁴ mindinkább elkerülhetlenné tették a Belügyminisztérium állásfoglalását az úgynevezett „kóborcigány” kérdés rendészeti és közegészségügyi szabályozása terén. Az illetékes minisztérium mindezekelőtt a vándorló cigányok mindinkább elharapódzó közegészségügyi helyzetét kívánta orvosolni. 1916 februárjában ki is adta „a hólyagos himlő ellen való védekezésről” szóló 11.200-VII–d. 1916. B. M. sz. körrendeletét (1. sz. melléklet), amit elsősorban az első világháború szövődményeként kialakult baljóslatú viszonyok visszaszorítására fogalmazott meg: „Ennek oka nyilván az, hogy a cigányok vándorlásukkal a himlő ellen való oltást elkerülik. A cigányok rendes viszonyok között, bizonyos mértékig helyhez köthetők, most azonban a háború rendkívüli körülményei között vándorlásuk kevésbé korlátozható; ennek tulajdonítható, hogy a himlővel való fertőzést most nagyobb mértékben

Kisebbségpolitikai szakértő, Károli Gáspár Református Egyetem

- 1 PURCSI Barna Gyula: *A cigánykérdés „gyökeres és végleges megoldása”. Tanulmányok a XX. századi „cigánykérdés” történetéből.* Csokonai Kiadó, Debrecen, 2004. 15-16.
- 2 HAVAS Gábor: Cigányok a szociológiai kutatások tükrében. In: GLATZ Ferenc: *A cigányok Magyarországon.* MTA Társadalomkutató Központ, Budapest, 2004. 21-23. A kóborcigányok száma a korabeli felmérések tükrében: A Magyar Királyi Statisztikai Hivatal 1893-as cigány összeírása szerint 274940 cigány lakos élt az ország területén, akik közül 243432-öt „állandóan letelepedettnek”, 20406-ot „huzamosb ideig tartózkodóknak bizonytalan kategóriájába” soroltak, valamint 8938 személyt nyilvánítottak „határozottan vándorcigánynak”. 1910-ben a népszámlálás során 121097 cigány anyanyelvű lakost írtak össze, „kóborcigánynak” pedig 3377-et. POMOGYI László: *Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás a polgári Magyarországon.* Osiris-Századvég, Budapest, 1995. 7., LANDAUER Attila: *Túl a kriminalisztikán... Valóság,* 2016/10. 102.
- 3 IBOLYA Tibor: A dánosi rablógyilkosság a korabeli jogi szakirodalomban. In: Ibolya Tibor: *Kriminalisztikatörténeti tanulmányok.* Patrocinium, Budapest, 2015. 64-78., PURCSI Barna Gyula: *A cigánykérdés „gyökeres és végleges megoldása”. 16-21.*
- 4 KARSAI László: *A cigánykérdés Magyarországon 1919-1945. Út a cigány Holocausthoz.* Cserépfalvi Könyvkiadó, Budapest, 1992. 31-33., Landauer Attila (szerk.): *A Kárpát-medencei cigányság és a keresztyén egyházak kapcsolatának forrásai (1567-1953).* Károli Gáspár Református Egyetem – L’ Harmattan Kiadó, Budapest, 2016. 357-358., 360-362.



GALÉRIA

terjesztik.”⁵ Továbbá az is rögzítésre került, hogy több hatóság a cigánytelepek e téren történő ellenőrzését mellőzve elősegítette egy esetleges járvány kialakulásának a veszélyét. Az imént említettek miatt intézkedések sorát fektette le a rendelet; többek között előírta a „kóborcigányok” védőoltását, a cigánytelepek rendszeres ellenőrzését, a betegek elkülönítését és házaik fertőtlenítését.⁶

Néhány hónappal később került terítékre a „kóborcigányok” ügyének döntően rendészeti kezelése. A Belügyminisztérium „szigorúan bizalmas” minősítéssel adta ki a 15.000/1916. BM eln. sz. rendeletét a „kóbor (sátoros) cigányokról”, melynek szükségességét, további késlekedést nem tűrő megfogalmazását a fentiekén túl; szintén az első világháború eredőjeként kialakult tarthatatlan viszonyokkal magyarázta: „A hosszú tartamú háború fokozott mértékben követeli meg, hogy mindenki tőle telhetőleg teljesítse az állammal szemben kötelességeit. A kóbor (sátoros) cigányok a béke idején is általában csak szórványosan felelnek meg az állampolgári kötelességeiknek. [...] A mai nehéz viszonyok közt nem tűrhető tovább, hogy a lakosságnak egy egész osztálya kivonja magát a haza védelméből, valamint e célt közvetve szolgáló közérdekű munkákból; sőt – miután a nagy drágaság közepette a könyöradományok is megritkultak, – az éhségtől gyötörve fokozott mértékben veszélyeztesse a közbiztonságot.”⁷ Továbbá rögzítésre került, hogy a

5 11.200-VII–d. 1916. B. M. számú körrendelet. A hólyagos himlő ellen való védekezés. *Belügyi Közlöny*, XXI. évf. 10. sz. 1916. február 27. 234.

6 Uo. 234-236.

7 A m. kir. belügyminiszter 1916. évi 15.000. eln. számú rendelete a kóbor (sátoros) cigányok-

rendelettől korántsem várható a kérdés végleges megoldása, hanem az ezután életbe lépő intézkedések első mérföldkövének tekintendő, mely elsősorban a Nagy Háború alatti helyzetre kívánt megoldással szolgálni. Ennek ellenére a rendelet még több évtizedig hatályban maradt, számos későbbi rendelet hivatkozott rá, ugyanakkor a végrehajtása sok tekintetben akadozott, vagy nem hajtották végre az illetékes szervek.⁸

A miniszteriális határozat mindenekelőtt leszögezte, hogy „a cigányok a szokásos kóborlástól eltiltatnak”, valamint „kóborcigánynak” minősített minden olyan cigányt, aki nem rendelkezett igazolható lakhellyel. A rendelet a letelepedett cigányokról sem feledkezett meg, az ő esetükben is tiltotta a vándorlást, a karhatalmi szerveket pedig arra utasította, hogy toloncolják vissza őket a lakóhelyükre. A községek előljáróságaira a minisztérium azt a feladatot róta, hogy a lakhellyel nem rendelkező cigányokat szintén a karhatalom bevonásával kísértessék a részükre kijelölt falvakba, vagy a járás székhelyére. Kijelölésnél elsődleges szempontként határozták meg, hogy az adott település rendelkezzen csendőrőrsrel, valamint elhelyezésükre alkalmas épülettel. A „kóborcigányok” elhelyezésére kijelölt községeket, vagy járási központokat pedig a következő intézkedések megtételére utasította: a csendőrőrs megerősítése, a cigányok nyilvántartásba vétele, őrzése, elszállásolása, élelmezése és részükre „cigányigazolvány” kiállítása.⁹ Az utóbb említett kötelezettségek mikéntjével kapcsolatban a rendelet szigorú irányelveket fogalmazott meg, egyrészt létrehozta az érdemes és érdemtelen vándorló cigány kategóriáját, másrészt leszögezte, hogy az utóbbiak szükségleteit szinte csak természetben lehetett biztosítani, amit döntően a cigányoktól elkobzott napi keresetükből, vagyontárgyaiból kívántak biztosítani: „A nyilvántartott cigányoknak rendszerint nem kell pénz a kezükbe adni, hanem a szükséges élelmicikkkel, tüzelővel, a legszükségesebb ruházattal stb. természetben kell őket ellátni. Szükségeitek fedezésére készpénzt csak olyan nyilvántartott cigány kaphat, aki munkássággal, józan étellel és a letelepülésre való hajlandósággal megbízhatóságának kellő bizonyosságát adta. Csekélyebb értékű szükségleti cikkekre (só, fűszer, dohány, gyufa stb.) kisebb összegeket keresményének feleslegéből minden nyilvántartott cigány kaphat.”¹⁰ A honvédelmi szempontok több ponton is markánsan megjelentek a minisztérium határozatában; 18 és 50 év közötti „kóborcigányokat” sorozóbizottság elé kellett állítania a hatóságoknak, valamint kártérítés ellenében elkobozhatták a katonaság részére lovaikat. A továbbiakban pedig csak a rendőrség engedélyével birtokolhattak lovat, szamarat, vagy öszvért, amennyiben annak szükségességéhez nem férhetett kétség. A rendelet számos paragrafusa a „kóborcigányok” közegészségügyi helyzetét is rendezni kívánta. Mindenekelőtt előírta az orvosi vizsgálatukat, valamint kötelezővé tette himlő elleni védőoltásukat. A

ról. In: MAGYARORSZÁGI RENDELETEK TÁRA. Ötvenedik folyam. 1916. Magyar Királyi Belügyminisztérium, Budapest, 1916. 438.

8 HAJNÁČKY Tamás: Hogyan lett a „kóborcigányból” szocialista embertípus, majd a rendszer váltás nemzetiségi jogokkal felruházott vesztese? In: Cserti Csapó Tibor – Rosenberg Mátyás (szerk.): *Horizontok és Dialógusok 2017. VI. Romológus Konferencia – Tanulmánykötet*. Gypsy Studies – Cigány Tanulmányok 39. Pécsi Tudományegyetem BTK NTI Romológia és Nevelésszociológia Tanszék, Pécs 2017. 225-228.

9 A m. kir. belügyminiszter 1916. évi 15.000. eln. számú rendelete a kóbor (sátoros) cigányokról. In: MAGYARORSZÁGI RENDELETEK TÁRA. Ötvenedik folyam. 1916. Magyar Királyi Belügyminisztérium, Budapest, 1916.

10 Uo. 445.

nyilvántartás, illetve az ellenőrzés megkönnyítése érdekében a védőoltást az érintettek bal vállán háromszög alakban kellett beadni. A vizsgálatot végző orvosnak elsősorban a „ragályos betegségeket” különösen a himlőt, a nemi betegségeket, a tuberkulózist kellett kiszűrnie és a rendelet mellékletét képező nyilvántartási lap 13-15 pontjánál feltüntetnie. A határozat értelmében a cigányok egészségügyi vizsgálatát és nyilvántartásba vételét követően közel sem szűntek meg e téren az illetékes szervek kötelezettségei a közegészségügy védelme érdekében: *„A községi elöljáróság (városi hatóság) a nyilvántartott cigányok mindenikét – a községi (kör-)orvos útján – állandóan szigorú egészségügyi ellenőrzés alatt tartja és kiváltképpen arról gondoskodik, hogy a ragályos vagy járványos betegségeknek közöttük vagy általuk való terjedése meggátoltassék. Ebben a tekintetben a hólyagos himlőre és a venereás betegségekre kell különös figyelemmel lennie.”*¹¹

A 15.000/1916. BM eln. sz. rendelet kiadásának hátteréhez számos adalékkal szolgált a Belügyminisztérium elnökének a 15.001/1916. BM eln. sz. rendelete (2. sz. melléklet), melyben a fentebb említett határozat fontosságára hívta fel a polgármesterek figyelmét, kérve tevékeny együttműködésüket a végrehajtásában. A dokumentum tételesen sorolta fel a vándorcigányok vélt vagy valós vétkeit, újfent leszögezve azt, hogy e téren az első világháború alatt kialakult tarthatatlan viszonyok azonnali intézkedést követeltek. A hátság közbiztonsága, a hadbavonultak hozzátartozóinak a védelme több bekezdésben is megjelent a rendeletben. A minisztérium szerint az élelmiszerek árának rohamos léptékű emelkedése miatt elhalványuló adakozó kedv, a férfiak távolléte következtében megnövekedtek a „kóborcigányok” számlájára írható fosztogatások. Fontos kiemelni, hogy a dokumentum a fenti okok említése mellett szinte egy szót sem szólt arról, hogy a 15.000/1916. BM eln. sz. rendelet kiadása mögött közegészségügyi okok húzódtak volna, vagy az, hogy a cigányokat és lovaikat a honvédség kötelekébe betagozzák.¹² Vagyis elsősorban rendészeti okok vezérelték a törvényhozókat, amit a polgármestereknek címzett dokumentum további bekezdései is megerősítettek. Ugyanis rögzítésre került, hogy a 15.000/1916. BM eln. sz. rendeletről korántsem várható a vándorló cigányok végleges letelepítése, csak annak első, a pillanatnyi viszonyokra adott válaszként kellett számon tartania a hatóságoknak: *„A megoldás – ismétlem – csak ideiglenes természetű, és részben a háború esetére szóló kivételes intézkedésekről alkotott törvényeken alapul. Ebből következik, hogy ezen intézkedésekből a városra háruló terhek sem lesznek állandóak, hanem csak a végleges rendezésig tartók. A végleges letelepítés iránt utóbb fog intézkedés történni.”*¹³ Ennek jegyében utasította a rendelet a polgármestereket, hogy 1916. június 5-15-ig terjedő időszakban „meglepetésszerűen” vegyék őrizetbe a még le nem települt cigányokat és végleges lakhelyük kijelöléséig gondoskodjanak élelmezésekről, egészségügyi helyzetükről, foglalkoztatásukról. Ugyanakkor a minisztérium nem határolódott el attól sem, ha bizonyos feltételek megléte esetén egy település egyből közre kívánt működni a cigányok végleges letelepítésében: *„Ahol azonban a nyilvántartott cigányok, vagy közülük egyesek hajlandóságot mutatnak valamely községben az állandó megtelepedésre, és az illető községben való letelepedésük ellen különös okok nem szólanak, a hatóságok hazafias kötelességet teljesítenek, ha odahatnak, hogy a község az ilyen cigányokat kötelekébe felvegye és ezzel a cigánytelepítés nagy horderejű kérdésének megoldását előmozdítsa.”*¹⁴

11 Uo. 443.

12 MNL OL K-148 1241/1916/750

13 MNL OL K-148 1241/1916/750

14 MNL OL K-148 1241/1916/750

A rendelkezésre álló, szórványos forrásokból megállapítható a 15.000/1916. BM eln. sz. rendelet végrehajtására helyi szinten számos válasz született, eltérő értelmezések, megoldások láttak napvilágot. A Belügyminisztérium határozatai ugyan némi útmutatást tartalmaztak a téren, hogy az illetékesek milyen szempontok alapján határozzák meg a „kóborcigányok” összegyűjtésére alkalmasnak ítélt településeket, azonban a települések kijelölése mögött húzódo okok helyi szinten sokszor más szempontokkal is bővültek, melyekre a járási, vármegyei jelentések világítottak rá. Az Alsódabasi járásban rögvést öt községet jelöltek ki a vándorló cigányok letelepítésére, melynek szükségességét azzal indokolták, ha egy községbe telepítenék őket az „bármelyik község tönkre tételeével lenne egyenlő”.¹⁵ A Nyírbaktai járásban mindössze két települést, a járás székhelyét Nyírbaktát és Nyírmadát jelöltek ki a cigányok nyilvántartásba vételére, őrzésére, a választás azért arra a két községre esett, mert ezek rendelkeztek csendőrőrssel. A járás székhelyére hét, míg a másik községbe tizennégy településről gyűjtötték volna össze a cigányokat. Nyírbaktára csak fele annyi cigány telepítését tervezték, amit azzal indokoltak, hogy az ottani hivatal erőforrás hiánya miatt nem tud nagyobb feladatot vállalni e téren. A járásszékhely végül teljesen kivonta magát a rárótt kötelezettség alól arra hivatkozva, hogy nincs megfelelő épület a cigányok elszállásolására, így valamennyit Nyírmadára irányították.¹⁶ A Békési járásban először Mezőberényt jelölték a „vándorcigányok” összegyűjtésére, majd „figyelemmel a teher arányos megosztására” két újabb települést is utasítottak a cigányok elszállásolására.¹⁷ A Simontornyai járásban azokat a településeket jelölték ki a cigányok fogadására, melyek csendőrőrssel, valamint elszállásolásukra megfelelő helyiséggel rendelkeztek. Az imént említett szempontok alapján négy település került kiválasztásra; a járás székhelyére kilenc községből gyűjtötték össze a cigányokat, míg a fennmaradó három település esetén négy és hét között mozgott azon falvak száma, melyekből odakísérték a cigányokat.¹⁸ A Dunaföldvári járásban szintén az imént említett szempont; a csendőrőrs megléte jelentette a fő feltételt a települések kiválasztása során: „Ezen helyeknek gyűjtőhelyeül való kijelölésénél az ellátásnak, elhelyezésnek, főképpen pedig a felügyeletnek könnyebb megvalósítása vezetett.”¹⁹ A völgyeségi járásban a járásszékhely került kiválasztásra, amit az imént idézettekkel teljesen megegyező okokkal magyaráztak: „Bonyhád nagyközséget jelöltem ki, mely község úgy elhelyezésükre és élmezésükre, valamint szigorú ellenőrzésükre legalkalmasabb.”²⁰

Az eddigiektől merőben eltérő elgondolások, intézkedések is születtek községi és vármegyei szinten egyaránt. Az egyik legszélsőségesebb javaslattal Pozsony vármegye alispánja állt elő a Belügyminiszternek címzett levelében, melyben amellet érvelt, hogy a „kóborcigányokat” a megye területén fekvő fogolytáborokban kéne elhelyezni: „Jelentem, hogy a kóbor cigányok előállításához szükséges első intézkedéseket megtettem. Ennek bejelentése mellett, kérem Nagyméltóságodat, [...] hogy a somorjai vagy a dunaszerdahelyi fogolytáboroknak üresen álló barakjai a június 5-15 közötti időben össze-

15 POMOGYI László: *Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás...* I. m. 102-103.

16 Uo.

17 KERESKÉNYINÉ CSEH Edit (szerk.): *Források a Békés megyei cigányság történetéhez. Dokumentumok a Békés Megyei Levéltárból (1768-1987)*. Békés Megyei Levéltár, Gyula, 2008. 101.

18 NAGY Pál (szerk.): *Források a magyarországi cigányság történetéből (1758-1999)*. Emberi Erőforrások Fejlesztése Alapítvány, Gödöllő, 2011. 227.

19 Uo. 228.

20 Uo. 228.

gyűjtött kóbor cigányok elhelyezésére június 16-tól kezdődőleg kijelöltesse. A most nevezett fogolytáborok ugyanis 60-80 000 fogoly befogadására készültek, a valóságban azonban üresen állanak, mert alig 6-8000 fogoly lakja az illető táborokat. A kóbor cigányok őrzésével és étellemezésével járó nehézségeknek elkerülése céljából különösen alkalmas volna a most jelzett tervem megvalósítása, miért is azt Nagyméltóságod legmelegebb figyelmébe ajánlani bátorkodom.”²¹ Az sem számított ritkaságnak, hogy egy-egy megye, vagy település elkendőzte a 15.000/1916 BM eln. sz. rendelet által rájuk rótt kötelezettségeket. A Belügyminisztérium néhány héttel a „kóborcigányok” összegyűjtésére kiírt határidőt követően több mint egy tucat megyének írt felszólító levelet avégett, hogy szolgáltatassanak adatokat a nyilvántartásba vett cigányokról.²² Másutt arra törekedtek a községek vezetői, vagy a vármegyék előljárói, hogy a vándorláson kapott cigányokat mihamarabb az általuk bemondott lakhelyre, a legcsekélyebb utánajárást sem mutatva hazaküldték, vagy toloncolták, megszabadulva ez irányú feladataik alól.²³ A rendelet alóli kibúvásnak a legváltozatosabb formái alakultak ki, mint például az, hogy egyszerűen a falu határában, sátorban élő cigányokat nem minősítették „kóborcigánynak”, vagy őrizetbe vételük után hagyták, hogy megszökjenek.²⁴ A rendelet alóli kibúvásnak talán legleleményesebb kezdeményezésének a következőkben idézett eset számított: „Megtörtént, hogy a csendőrőrsparancsnok valami hivatalos ügyben a városban járt a kerületi parancsnokságon. Egy ott szolgáló barátjáról megtudta, hogy mi készül. Hazamenvén a kijelölt nap előtt őirse minden tagját járőrbe vezényelte azzal a paranccsal, hogy a körzetükben található minden cigányt verjenek ki onnan. Így megesett, hogy jómódú község mentes maradt az oláh cigányoktól, míg egy másik, szegény helység befogadó képessége határán túl részesült belőlük.”²⁵

A belügyminiszter miután szembesült a beérkező jelentésekből azzal, hogy sok helyütt tévesen értelmezték a 15.000/1916 BM eln. sz. határozatát, a további félreértések elkerülése végett kiadta „A cigányoknak illetőségi vagy lakóhelyükre való utasításáról” címmel a 101.052-VI-a./BM sz. körrendeletét. A minisztériumi utasítás ismételten leszögezte, hogy a korábbi rendelet céljának azt szánták, hogy a „kóborcigányokat” ideiglenes összegyűjtsék az erre kijelölt településeken, majd a nyilvántartási lapok és a beszámolóik beérkezését követően dönt csak a miniszter végleges elhelyezésükről. Továbbá az előírás újfent felhívta arra is a figyelmet, hogy a letelepült cigányokra nem terjedt ki a rendelet hatálya, melynek nyomatékosságát amiatt látták szükségesnek, nehogy „fajazonosság révén indokolatlan és meg nem engedhető zaklatásnak” legyenek kitéve az állandó lakhellyel rendelkező cigányok.²⁶ A rákövetkező évben az újonnan hivatalba lépő belügyminiszter „A nyilvántartott cigányokkal való eljárásról” címet viselő 151.041-VII-b./1917. B. M. sz. körrendeletében több ponton megerősítette az elődje által kiadott rendelet alapvetéseit. Mindenekelőtt felhívta a figyelmet arra, hogy a rendelet a „kóborcigányok” átmeneti összegyűjtését írta elő, elsősorban az úgynevezett kóborlás megakadályozása

21 MEZEY Barna (szerk.): *A magyarországi cigánykérdés dokumentumokban 1422-1985*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1986. 191.

22 POMOGYI László: *Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás...* I. m. 103

23 Uo. 107.

24 Uo. 102-111.

25 Uo. 107.

26 101.052-VI-a./1916. B. M. körrendelet. A cigányoknak illetőségi vagy lakóhelyükre való utasítása. *Belügyi Közlöny*, XXI. évf. 32. sz. 1916. július 16. 747.



GALÉRIA

végett, a végleges letelepítésükre irányuló intézkedéseket csupán kilátásba helyezte: „Tekintettel egyrészt a beérkezett jelentésekben foglaltakra, másrészt arra, hogy a cigányok kóborlásának megszüntetése iránt eddig tett alapvető lépések meg ne hiúsuljanak, felhívom a hatóságokat, hogy ott, ahol ez még nem történt meg, a cigányok elhelyezése, munkáltatása és általában a velük való elbánás iránt – addig is, amíg a tervezett, további lépések alkalmas időpontban megtehetőek lesznek – megfelelő ideiglenes intézkedéseket tegyenek, és az alábbiakban közölt kiegészítő rendelkezéseket lelkiismeretes pontossággal hajtsák végre. [...] Hangsúlyozni kívánom, hogy a 15.000/1916. eln. szám alatt kiadott rendelet nyilvánvaló célzata az, hogy a cigánykérdés végleges megoldása megkezdődjék és evégből mindenekelőtt az állandó lakóhellyel nem bíró kóborló cigányok csavargásának vége vetessék, azok a hatóságok állandó ellenőrzése mellett helyhez köttessenek, utóbb pedig állandó letelepülés mellett a munkástársadalomba véglegesen beolvadjanak.”²⁷ Többek között utasította az illetékes a szerveket, hogy alaposan vizsgálják meg, hogy a vándorláson kapott cigányok által megnevezett lakóhely megfelel-e a valóságnak, valamint azon hatóságok, akik nem vették nyilvántartásba a „kóborcigányokat” haladéktalanul orvosolják mulasztásukat. Azt is leszögezte, hogy cigányok nyilvántartását, illetve összegyűjtését továbbra is szem előtt kellett tartani, mivel a 15.000. BM. rendelet végrehajtása nem csak az adott év június 5-15. között terjedő időszakra vonatkozott, hanem folyamatos kötelezettségeket rótt az illetékesekre.²⁸

Összegzésképpen megállapítható, hogy az első világháború alatt fogant Belügyminisztériumi rendeletek az adott viszonyok azonnali megoldását szolgáló krízis

27 151.041-VII-b./1917. B. M. számú körrendelet. A nyilvántartott cigányokkal való eljárás. *Belügyi Közlöny*, XXII. évf. 58. sz. 1917. december 23. 1847-1848.

28 Uo. 1849.

intézkedésként láttak napvilágot, melyek hatálya elsősorban a „kóborcigányokra” terjedt ki. Az imént említettek a hólyagos himlő visszaszorításával foglalkozó 11.200-VII-d. 1916. B. M. sz. körrendeletben egyértelműen rögzítésre is kerültek. A 15.000/1916 BM eln. sz. rendelet szinte kizárólag a néhány ezer főre becsült „kóborcigányokra” vonatkozott, valamint az első világháború alatt kialakult rendészeti kérdésre kívánt megoldással szolgálni, a vándorló cigányok végleges letelepítését csak kilátásba helyezte. Ezt egyértelműsítette a 15.001/1916 BM eln. sz. rendelet is, mely nyomatékosította a Belügyminisztérium szándékát és elgondolásait a határozattal kapcsolatban, szintén a Nagy Háborúra hivatkozva. A végrehajtása során is azzal lehetett szembesülni a rendelkezésre álló forrásokban, hogy az érintett települések a „kóborcigányokat” átmeneti letelepítését kizárólag rendészeti ügyként kezelték, csupán összegyűjtésükről és őrzésükről gondoskodtak, végleges helyhez kötésük fel sem merült. Az imént említettek miatt tűnt indokoltnak ez idáig szinte ismeretlen források teljes terjedelemben történő közlése ugyanis egyértelműen rávilágítanak a hírhedt, sokszor félreértelmezett 15.000/1916 BM eln. sz. rendelet megalkotásának a hátterére, körülményeire.

Felhasznált szakirodalom

- A m. kir. belügyminiszter 1916. évi 15.000. eln. számú rendelete a kóbor (sátoros) cigányokról. In: MAGYARORSZÁGI RENDELETEK TÁRA. Ötvenedik folyam. 1916. Magyar Királyi Belügyminisztérium, Budapest, 1916. 438-456.
- 11.200-VII-d. 1916. B. M. számú körrendelet. A hólyagos himlő ellen való védekezés. *Belügyi Közlöny*, XXI. évf. 10. sz. 1916. február 27. 234-236.
- 101.052-VI-a./1916. B. M. körrendelet. A cigányoknak illetőségi vagy lakóhelyükre való utasítása. *Belügyi Közlöny*, XXI. évf. 32. sz. 1916. július 16. 747.
- 151.041-VII-b./1917. B. M. számú körrendelet. A nyilvántartott cigányokkal való eljárás. *Belügyi Közlöny*, XXII. évf. 58. sz. 1917. december 23. 1847-1852.
- HAJNÁCSKY Tamás: Hogyan lett a „kóborcigányból” szocialista embertípus, majd a rendszerváltás nemzetiségi jogokkal felruházott vesztese? In: Cserti Csapó Tibor – Rosenberg Mátyás (szerk.): *Horizontok és Dialógusok 2017. VI. Romológus Konferencia – Tanulmánykötet*. Gypsy Studies – Cigány Tanulmányok 39. Pécsi Tudományegyetem BTK NTI Romológia és Nevelésszociológia Tanszék, Pécs 2017. 225-228.
- HAVAS Gábor: Cigányok a szociológiai kutatások tükrében. In: Glatz Ferenc: *A cigányok Magyarországon*. MTA Társadalomkutató Központ, Budapest, 2004. 21-44.
- IBOLYA Tibor: A dánosi rablógyilkosság a korabeli jogi szakirodalomban. In: Ibolya Tibor: *Kriminalisztikatörténeti tanulmányok*. Patrocinium, Budapest, 2015. 64-78.
- KARSAI László: *A cigánykérdés Magyarországon 1919-1945. Út a cigány Holocausthoz*. Cserépfalvi Könyvkiadó, Budapest, 1992.
- KERESKÉNYINÉ CSEH Edit (szerk.): *Források a Békés megyei cigányság történetéhez. Dokumentumok a Békés Megyei Levéltárból (1768-1987)*. Békés Megyei Levéltár, Gyula, 2008.
- LANDAUER Attila (szerk.): *A Kárpát-medencei cigányság és a keresztyén egyházak kapcsolatának forrásai (1567-1953)*. Károli Gáspár Református Egyetem – L' Harmattan Kiadó, Budapest, 2016.
- LANDAUER Attila: Túl a kriminalisztikán... *Valóság*, 2016/10. 98-109.

- MEZEY Barna (szerk.): *A magyarországi cigánykérdés dokumentumokban 1422-1985.* Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1986.
- NAGY Pál (szerk.): *Források a magyarországi cigányság történetéből (1758-1999).* Emberi Erőforrások Fejlesztése Alapítvány, Gödöllő, 2011.
- POMOGYI László: *Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás a polgári Magyarországon.* Osiris-Századvég, Budapest, 1995.
- PURCSI Barna Gyula: *A cigánykérdés „gyökeres és végleges megoldása”. Tanulmányok a XX. századi „cigánykérdés” történetéből.* Csokonai Kiadó, Debrecen, 2004.
- SZUHAY Péter (szerk.): *A társadalom peremén.* Néprajzi Múzeum – Fővárosi Tanács V. B. Cigány Szociális és Művelődési Módszertani Központ, Budapest, 1989.

1. SZ. MELLÉKLET

11.200-VII-d. 1916. B. M. számú körrendelet. A hólyagos himlő ellen való védekezés.

(Valamennyi törvényhatóság első tisztviselőjének.)²⁹

A háború alatt a fertőző betegségek sorában a hólyagos himlő elszórt esetekkel szintén mutatkozott. Az utóbbi időben azonban az országban sokfelé elterjedt és itt-ott – különösen az ország északi részében – továbbterjedésre és helyenként halmozódásra mutat hajlamot.

Minthogy a himlő ellen való védő (első) oltás mindenkire kötelező és az erre vonatkozó rendelkezések végre vannak hajtva, nincsen ok tartani attól, hogy a hólyagos himlőnek, a régebbi időkből ismert, nagy mértékű elterjedése és pusztítása hazánkban megismétlődhetnék. De ha ilyen nagy veszedelemmel nem is fenyeget a himlő, a háború okozta rendkívüli és a fertőző betegségek terjedésére kedvező viszonyok miatt mégis lehetséges, hogy helyenként járvánnyá válik, ha a hatóság célszerű, gyors és erélyes beavatkozással a betegség terjedésének útját nem állja. Szükségesnek tartom tehát, hogy: a védekezés sikere érdekében Alispán/Polgármester urat a következőkre figyelmeztessem.

Egyik hivatali elődöm 28.637/1896. B. M. számú körrendeletével a hatóságok figyelmét már felhívta, hogy az országban a hólyagos himlőt leginkább a *vándorló cigányok* terjesztik. Ennek oka nyilván az, hogy a cigányok vándorlásukkal a himlő ellen való oltást elkerülik. A cigányok rendes viszonyok között, bizonyos mértékig helyhez köthetők, most azonban a háború rendkívüli körülményei között vándorlásuk kevésbé korlátozható; ennek tulajdonítható, hogy a himlővel való fertőzést most nagyobb mértékben terjesztik. Ennek megakadályozására szükség esetén minden rendelkezésre álló karhatalom igénybevitelével intézkedni kell, hogy mindazok a vándor cigányok, a kik öt éven belül himlő ellen nem voltak beoltva, avagy hólyagos himlőt nem állottak ki, az 1887: XXII. t.-c. 10. §-ában foglalt rendelkezés alapján himlő ellen, ahol találtnak, az egész országban, haladéktalanul beoltassanak.

A hólyagos himlő fellépéséről az ország némely részeiből beérkezett jelentésekből azt is meg lehet állapítani, hogy a betegedési esetek helyenként azért halmozódtak, mert a községtől némiképp elkülönítetten levő cigánytelepen történt megbetegedések nem jutottak kellő időben a községi előljárásság tudomására. Minthogy különösen az első esetek eltitkolása, illetőleg ezzel az első megbetegedéseknél az óvintézkedések késedelmes végre-hajtása a védekező eljárás eredményét kockáztatja, elrendelem, hogy a hólyagos himlő által fenyegetett helyeken a cigányok telepei, a szükség tartamára egészségi felügyelet alá helyeztessenek. Gondoskodjék a községi előljárásság arról, hogy a cigányok lakásai legalább minden másodnap megbízható módon megvizsgáltassanak, főleg abból a szempontból, vajon vannak-e ott himlős, be nem jelentett betegek?

29 Ez a körrendelet Fiuméra is kiterjed.

A hólyagos himlő jelenlegi eseteinél feltűnik még az is, hogy sok helyütt Ausztriából, különösen Galíciából jött idegenek megbetegedése adott alkalmat egy-egy kisebb helyi járvány kifejlődésére. E jelenség természetszerű magyarázata az, hogy Ausztriában a védő himlőoltás nem kötelező és ennek folytán a népesség egyes rétegeiben sok az oltatlan egyén. Indokolt tehát, hogy az illetékes hatóságok, különösen a Galíciából jött idegenek beoltása, gyanús megbetegedésük esetén pedig megfelelően elkülönített orvosi megfigyeltetésük iránt intézkedjenek.

Minthogy kellő számú orvos hiányában a múlt évben az első és újraoltások az országban helyenként nem voltak teljesíthetők, sürgősen intézkedni kell az elmaradt oltások elvégzése iránt. Ahol orvoshiány miatt az oltások foganatosítása most is nehézségbe ütköznék, oltóorvosul magánorvosok alkalmazása, avagy járványorvos kiküldése iránt tegyen Alispán/Polgármester úr hozzám előterjesztést.

A hólyagos himlő kifejezetten érintkezés útján terjedő betegség. Szükséges tehát, hogy a hatóság a megbetegedett egyént szigorúan elkülöníttesse, a vele érintkezetteket gondosan felkutattassa a betegség lappangásának időtartamára, megfelelően elkülönítve, megfigyelés alá helyeztesse, – továbbá, hogy a hatóság a beteggel érintkezetteket, valamint a közvetlen környezetben lakókat himlő ellen beoltassa és intézkedjék, hogy a beteg és a vele érintkezettek lakása, holmija gondosan fertőtlenítessék. Ha az első esetekben ezeket az intézkedéseket gyorsan és lelkiismeretesen végrehajtották, messzebbmenő intézkedésre (az összes felnőtt lakosság újraoltására, a község részleges vagy teljes elzárására, az áruforgalom korlátozására stb.) szükség nincsen. Figyelmeztesse tehát Alispán/Polgármester úr az illetékes hatóságokat, hogy indokolatlan és a községek lakosságát anyagilag is súlyosan terhelő intézkedésektől tartózkodjanak.

Ha a hólyagos himlő első eseteiben kellően foganatosított intézkedések ellenére a betegség terjedése és halmozódása mutatkoznék, indokoltnak tartom, hogy az 1887: XXII. t.-c. 10. §-ában foglaltak alapján a felnőttek újraoltása iránt intézkedés történjék. Amennyiben azonban a betegség, amint az gyakran észlelhető, a község bizonyos részén, helyhez kötve (pl. a cigánytelepen) fordul elő, elegendő, ha a közvetlen környezetben élő, a község fertőzött részével esetleg érintkezésben állott lakosság olttatik be. Csak abban az esetben indokolt az egész község felnőtt lakosságának újraoltása, ha a betegség a község több részében, még pedig halmozódva jelentkezik, tehát a fertőzés veszedelme az egész lakosságot fenyegeti. A felnőttek újraoltásának elrendeléséhez, figyelemmel az előbb idézett törvényszakaszban foglaltakra és tekintettel a végrehajtás sürgősségére is, Alispán/Polgármester úr jóváhagyását távirat útján kérje s egyúttal gondoskodjék arról, hogy rendelkezéséhez utólag a törvényhatósági közgyűlés is hozzájáruljon.

A fertőzés veszélyének leginkább kitett egyéneknek a 8.171/1915. B. M. sz. körrendeletben³⁰ elrendelt újraoltásához nem szükséges a törvényhatósági közgyűlés erre vonatkozó határozatát kérni.

Minthogy a hólyagos himlő a beteggel, illetőleg ennek fertőzött tárgyaival való érintkezés, sőt a beteg közvetlen környezete által használt ruhaneműek útján is terjedhet, indokolt, hogy a fertőzött házakból, a fertőzöttnek tekinthető telepről, tanyáról, a község fertőzött részéből, avagy a betegségnek az egész községben elszórtan fellépése esetén, az egész községből a használt ruhaneműek, szennyes fehérneműek és a rongyok kivitele, továbbá e tárgyak gyűjtése és az azokkal való hálalás a járvány tartamára eltiltassék. E tilalom elrendelése és annak feloldása a törvényhatóság első tisztviselőjének hatáskörébe tartozik. Egyúttal, hivatkozva a rongyszedés és rongykivitel korlátozása tárgyában kiadott 100.548/1915. B. M. sz. körrendeletemre,³¹ itt is hangsúlyozom, hogy figyelemmel a szóban forgó tilalom által érintett fontos ipari érdekekre, a tilalmat csupán a fertőzött területre és csak arra az időre kell elrendelni, ameddig a járvány továbbterjedésének veszedelme fenyeget. A tilalom megszüntetésével a rongyok kivitele megengedhető, ha a szállítmányok fertőtlenítették s ezt az illetékes egészségügyi hatóság igazolta. Az elrendelt kiviteli tilalmakról a község határán belül levő postahivatalt, valamint a községben és a közeli környéken levő vasúti állomások vezetőségét értesíteni kell.

Élelmiszerek kivitelét csupán a fertőzött házakból szükséges megtiltani.

Vásárok, illetőleg búcsúk eltiltása, vagy elhalasztása kérdésében hozzám és a kereskedelemügyi, illetőleg a vallás- és közoktatásügyi miniszter úrhoz kell előterjesztést tenni.

30 B. K. 1915. évf. 53. lapon.

31 B. K. 1915. évf. 945. lapon.

A hólyagos himlő elterjedéséről a rendes félhavi kimutatásokon kívül, további rendelkezésig hétfőtől vasárnapig (bezárólag) számítandó, heti kimutatások terjesztendőek fel. Felhívom tehát Alispán/Polgármester urat, jelentse minden héten, legkésőbb szerdáig, hogy a törvényhatóság területén

(Csak a vármegyei törvényhatóságoknak)

mely községekben, illetőleg mely r. t. városokban

(Valamennyi törvényhatóságnak).

hány megbetegedés és hány halálozás történt hólyagos himlő folytán. Jelenteni kell azt is, hogy a törvényhatóság területén a kimutatott összes megbetegedettek és elhaltak közül hány volt polgári (idegen vagy helybeli) egyén, hány katona és hány hadifogoly.

Budapesten, 1916. évi február hó 15-én.

Sándor János s. k.

Belügyi Közlöny, XXI. évf. 10. sz. 1916. február 27. 234-236.

2. sz. melléklet

**A m. kir. belügyminiszternek 15.001/1916. eln. számú rendelete,
a kóbor cigányok tartózkodási helyinek kijelöléséről.**

(Valamennyi polgármesternek)

A lakosság közbiztonságát szüntelenül veszélyeztető kóbor cigányoknak megfékezése és letelepítése évtizedek óta állandó törekvése a közigazgatásnak.

A hosszú idő óta tartó háború e kérdés megoldásának megkezdését előtérbe tolta, és sokféle nyomó körülmény azt szinte halaszthatatlanul sürgeti.

A kóbor cigányok közt ugyanis sokan vannak katonaszökevények, vagy a katonai kötelezettség elől bujkálók, akik fokozott mértékben veszélyeztetik a közbiztonságot is.

Ezenkívül az élelmiszerek drágasága a lakosság adakozási hajlandóságát csökkentette, s azt javainak gondosabb őrzésére és kimelésére ösztönzi. Ennélfogva a kóbor cigányok az eddig szokásos módon: csekély értékű munkával és koldulással nem tudják élelemzési szükségleteiket megszerezni, és jogtalan úton is nehezebben férnek az idegen vagyonhoz. Így – az éhségtől gyötörve – gyakran erőszakkal jutnak ahhoz, amire szükségük van, és a kóbor cigányok rablásai szinte napirenden vannak.

Fokozza a veszedelmet, hogy a férfilakosság túlnyomó része hadbavonult, és a lakosság ellenállásának gyöngesége csak növeli a kóbor cigányok vakmerőségét.

Ez az állapot nem tűrhető tovább, és a kóbor cigányok részéről nagymértékben fenyegető veszedelemnek erélyesen kell útját állani.

Ezt cálozza a kóbor (sátoros) cigányokról egyidejűleg – egyelőre csak bizalmas használatra – kiadott 15.000/el. szám alatti rendelet, amelyről nem várható ugyan, hogy a kóbor cigányok letelepítésének évtizedes kérdését is végleg megoldja, hanem inkább csak az, hogy a részükről fenyegető veszedelmet oly módon hárítsa el, amely a letelepítés végleges megoldására is első lépésül szolgáljon.

Nagy és nehéz feladat ez, amelynek több-kevesebb sikere a hatóságok erélyétől és buzgóságától függ.

Erre az erélyre és buzgóságra fokozott mértékben számítok most, amikor a kóbor cigányok részéről a körrendelet állandóan fenyegető jogsértések elhárítása mellett oly közvetlen veszedelme-

nek a megszüntetéséről van szó, amelyek elsősorban hadbavonult fiainknak itthon maradt hozzátartozóit fenyegetik.

A megoldás – ismétlem – csak ideigenes természetű, és részben a háború esetére szóló kivételes intézkedésekről alkotott törvényeken alapul. Ebből következik, hogy ezen intézkedésekből a városra háruló terhek sem lesznek állandóak, hanem csak a végleges rendezésig tartók.

A végleges letelepítés iránt utóbb fog intézkedés történni. Ahol azonban a nyilvántartott cigányok, vagy közülük egyesek hajlandóságot mutatnak valamely községben az állandó megtelepedésre, és az illető községben való letelepedésük ellen különös okok nem szólnak, a hatóságok hazafias kötelességet teljesítenek, ha odahatnak, hogy a község az ilyen cigányokat kötelékébe felvegye és ezzel a cigánytelepítés nagy horderejű kérdésének megoldását előmozdítsa.

A kóbor cigányokról szóló rendeletem vezérfonala az, hogy e cigányok az ország egész területén előre meghatározott rövid időközön belül, amelyet folyó évi június 5-től 15-ig terjedő időtartamban állapítok meg, mintegy meglepetésszerűen egyszerre előállítatnak illetőségi helyükre való toloncozásuk végett; ennek megtörténteig pedig erre alkalmas községekben őrizet alatt tartanak, ami további kóborlásuknak útját vágja.

Természetes, hogy a r. t. és a thj. vrosok határában talált kóbor cigányokat az illető városban kell elhelyezni, nyilvántartani és őrizni.

Arra való tekintettel, hogy az előbb idézett rendeletem foganatosításnak határideje már igen közel van, felhívom Polgármester urat, gondoskodjék idejekorán a város határában esetleg találandó kóborcigányok előállítására céljából a rendőrségnek netalán szükséges megerősítéséről, valamint arról, hogy az előállítandó kóborcigányok átvétele, elhelyezése, élelmezése, megőrzése, nyilvántartásba vétele és munkáltatása, valamint a hadköteles korban lévő férfiainknak népfelkelő szemle elé állítása a fentebb idézett rendeletem rendelkezéseinek megfelelően, pontosan és lelkiismeretesen megtörténjék.

Részemről egyidejűleg intézkedtem, hogy az előállítandó kóbor cigányok élelmezésére szükséges gabona Polgármester úrnak már most rendelkezésére bocsátassék.

Megjegyzem még, hogy a rendeletem 1., 2., 4. és 5. számú mintájának megfelelő űrlapokat a város házilag készítetteti el, a 3. sz. Nyilvántartólap űrlapjával ellenben innen látom el a városokat, mihelyt a szükséges mennyiséget ide bejelentik.

Minthogy pedig mindezeknek a endelkezéseknak sikerére jelentékeny befolyással van, hogy azokról maguk a cigányok előzetesen ne értesüljenek és azok eredményes foganatosítását meg ne hiúsítsák, figyelmeztetem Polgármester urat, hogy nemcsak ezt a rendeletemet és különösen a benne kijelölt határidőt, hanem egyelőre a 15.000/1916. eln. számú rendeletet is szigorúan bizalmasnak kell tekinteni, tartalmukat tehát csak azokkal a hatósági közegekkel szabad közölni, akiknek azt a reájuk háruló intézkedések megtétele végett ismerniök kell.

Ismétlően is utalok végül arra a rendkívüli fontosságra, amely a kóbor cigányok letelepítéséhez és a kóborlásukból származó veszedelmek megszüntetéséhez fűződik.

Ez a fontos cél egymagában is megköveteli, hogy a hatóságok az annak megvalósítása körül felmerülő feladataikat odaadó buzgósággal végezzék, ami a sikernek előfeltétele. Fokoznia kell azonban buzgóságukat annak a tudatnak is, hogy eredményes eljárásuk hadbavonult fiaink családjairól hárít el állandóan és közvetlenül fenyegető veszedelmet.

Nem kételkedem, hogy a hatóságok ezúttal sem riadnak vissza a reájuk váró nagy és nehéz feladatoktól, hanem ezeknek azzal az eréllyel és kitartással fognak megfelelni, amelye hasonló körülmények közt tanúsítani szoktak, és amely a kérdés fontosságához és az ő hazafiasságukhoz egyaránt méltó.

Budapesten, 1916. évi május hó 17-én.

Sándor János s. k.

MNL OL K-148 1241/1916/750 – Géppel írt tisztázat.

Szabóné Kármán Judit

Populációgenetikai kutatások a cigánység körében

*„Végső soron mind egymás olyan közeli rokonai vagyunk,
akiket legfeljebb kétezer nemzedék választ el egymástól.”*
(Spencer Wells)

A 20-21. század egyik legfontosabb tudományos eredménye a genetikai információt tároló örökítő anyag, a DNS kettős csavarának a felfedezése (Watson és Crick, 1953), majd az emberi genom szinte teljes feltérképezése (Human Genom Project, 2001). Ezzel egészen új fejezet nyílt az orvostudományban; az emberi szervezet működését meghatározó gének, valamint az elváltozásokért, kóros működésekért felelős génhibák felfedezése mind a prevencióban, mind a gyógyításban hatalmas lehetőségeket nyitott meg.

A populációgenetikai kutatások jelentősége

Mára már bizonyossá vált, hogy számos betegség – pl. cardiovasculáris kórképek, diabetes mellitus, bizonyos autoimmun megbetegedések, asthma bronchiale, néhány neurológiai, pszichiátriai kórkép, daganatok, osteoporozis stb.– kialakulásáért a környezeti és életmód tényezők mellett genetikai okok is felelősek. Az elváltozásokért felelős gének beazonosítása lehetővé teszi működésük megismerését, s így a diagnosztika mellett a kóros működés korrigálása is lehetővé válik.

A fenti felfedezéseknek köszönhetően bizonyos betegségek egy-egy etnikai csoportban megfigyelhető halmozódásának genetikai okait is sikerült azonosítani. Jól ismert, hogy földrajzi, társadalmi-politikai izoláció, vallási okok, vagy hagyományokra visszavezethető endogámia miatt homogén csoportokban jellemző betegségspektrumok jöttek létre. Mára már jól feltérképezettek többek között a finnek, askenázi zsidók, francia kanadaiak, a pennsylvaniai amishok jellemző genetikai betegségei, melyek kezelésére a kutatóintézetek mellett klinikákat is létrehoztak. Köztudott például, hogy a finnek harmincnél több olyan betegséggel rendelkeznek, ami csak rájuk jellemző, bizonyos anyagcsere betegségek pedig csak askenázi zsidóknál fordulnak elő, és még sorolhatnánk a népegységgenetikai kutatások hasonló eredményeit.

Ugyancsak a genetikai kutatásoknak köszönhető a különböző népcsoportok eredetének és rokonságának feltárása is. 2005-2015 között Spencer Wells amerikai humángenetikus kezdeményezésére világméretű kutatás – *The Genographic Projekt* – indult a világ népessége eredetének és vándorlásának vizsgálatára, melyhez 139 ország mellett hazánk is csatlakozott.

Szabóné Kármán Judit PhD, Tanszékvezető, Debreceni Református Hittudományi Egyetem
Romológia Tanszék



GALÉRIA

A cigányok/romák genetikai állományának vizsgálata

A populációgenetikai kutatások már az 1980-as években egyértelműen bizonyították, hogy a cigányok genetikailag közelebb állnak az indiai népekhez, mint az európaiakhoz; hasonlóan a szubkontinens népcsoportjaihoz, körükben is igen magas a „B” vércsoportúak aránya. Korábbi vizsgálatok alapján már régóta ismert, hogy Európára nagy „0” és „A” vércsoport gyakoriság jellemző, a „B” pedig Ázsiában elterjedt, s ahogy távolodunk Európától Ázsia felé, úgy nő a „B” vércsoportúak aránya. A vizsgált európai cigány férfiak génjeiben az Y kromoszómák és a mitokondriális DNS leggyakoribb csoportja a *H haplogroup* (50%), míg a nőknél a *H* és *M haplogroup* (35% és 26%). Ezek más európai népeknél nagyon ritkák, viszont Indiában ugyanilyen gyakoriak. Az európai cigány lakosságnál ugyanakkor teljesen hiányoznak egyes olyan haplogroup csoportok, amelyek az indiaiaknál gyakoriak (pl. az *U2i* és *U7*, amelyek az indiai nőknél 11-35% arányúak). Ez viszont azt jelenti, hogy az európai cigány népesség már kb. felerészben keveredett a környezetében élő európai népcsoportokkal.¹

A vércsoporton túl a genetikai hasonlóság is szembeűnő a cigány és az indiai populáció között. Luba Kalaydjieva bolgár származású ausztrál professzornő, aki a romák genetikai állományát és eredetét kutatja másfél évtizede, összevetette mindkét populáció DNS állományát, s az egyértelmű rokonság mellett úgy véli, hogy a mai cigányok

1 GRESHAM, D. – MORAR, B. – Underhill, A. P. et al.; Origins and Divergence of the Roma (Gypsies) (The Eurasian Heartland: A continental perspective on Y-chromosome diversity, Wells et al.) *Am J Hum Genet.* 2001 Dec; 69 (6): 1314–1331

őseinek ősei 32-40 generációval ezelőtt, megközelítőleg ezer éve vándoroltak ki Indiából, s számuk bizonyosan nem haladta meg az ezer főt.² Betegségeiket, genetikai állományukat vizsgálva még azt is megállapította, hogy a cigányok genetikailag sokszínűek, sokkal heterogénebbek, mint az európai népesség.

A magyarországi etnikumok, s ezen belül a cigányság genetikai struktúrájának vizsgálata Béres Judit és munkatársai nevéhez köthető. Kutatásaik során – az 1980-as és 1990-es években – kilenc hazai populáció (jász, kiskun, nagykun, székely, csángó, palóc, matyó, roma, askenázi zsidó) genetikai variációit, rokonsági lehetőségeit vizsgálták.³ A populációk között csak a romák és az askenázi zsidók esetében találtak az európai átlagtól eltérő, speciális betegségeprekumot. A jellemző betegségek felfedezése és leírása mellett igen fontos eredményeket értek el a hazai népcsoportok eredetére, rokonságára vonatkozóan is, annak köszönhetően, hogy a 2000-es években csatlakoztak a fentebb említett világméretű kutatásokhoz.

A kezdeti, 1980-as években végzett vizsgálatok az ún. klasszikus genetikai markerekre (vércsoport, szérumfehérje) irányultak. E jelzőgének alapján a népcsoportok közötti genetikai távolságot, azaz a genetikai rokonságot tudták kimutatni. A későbbi kutatások anyai öröklődésű mitokondriális DNS-t és apai öröklődésű Y kromoszóma polimorfizmust is analizáltak, minden esetben 28 klasszikus markert elemeztek. A hazai roma populáció genetikai feltérképezése két területen, s két csoportban valósult meg; oláh cigány csoportokat Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, beás cigányokat pedig a színbeás baranyai faluban, Alsószentmártonban vizsgálták.

Eredet és eltérő genetikai betegségek

A kutatók már a klasszikus markerek vizsgálata alapján két tényt egyértelműen megállapítottak; világosan kimutatható, hogy a romák Észak-Indiából származnak, továbbá, hogy a két cigány populáció között alapvető genetikai eltérés van.⁴ Béres Judit azt tapasztalta, hogy négy izoenzim előfordulási gyakoriságában jelentős különbség van a két cigány csoport között, s ez már olyan mértékű genetikai differencia, ami differens betegségeprekumot, genetikai betegségek eltérő előfordulási gyakoriságát okozza.⁵ Jól szemléltethető a különbség két öröklődő betegség kapcsán; az oláh cigányok jelleg-

2 KALAYDJIEVA, L. – MORAR, B. – CHAIX, R. – TANG, H.: A newly discovered founder population: the Roma/Gypsies. *BioEssays*, 27 2005 (10):1084-1094

3 BÉRES JUDIT: Hazai népcsoportjaink eredete és eltérő betegségeprekuma. In: Dr. Józsa László-Dr. Pálfi György-Szikossy Ildikó szerk.: A FORDULAT. A magyarság és a Kelet II. őstörténeti konferencia. A Magyarok VI. Világkongresszusának kötetei. Magyarok Világszövetsége, Budapest, 2008. 71-72.

4 MÉSZÁROS ANITA – DR. BÉRES JUDIT: Hazai etnikumok/populációk genetikai struktúrája. In: Dr. Józsa László-Dr. Pálfi György-Szikossy Ildikó szerk.: A FORDULAT. A magyarság és a Kelet II. őstörténeti konferencia. A Magyarok VI. Világkongresszusának kötetei. Magyarok Világszövetsége, Budapest, 2008. 75-91.

5 BÉRES JUDIT: Hazai népcsoportjaink eredete és eltérő betegségeprekuma. In: Dr. Józsa László-Dr. Pálfi György-Szikossy Ildikó szerk.: A FORDULAT. A magyarság és a Kelet II. őstörténeti konferencia. A Magyarok VI. Világkongresszusának kötetei. Magyarok Világszövetsége, Budapest, 2008. 71-72.

zetes laktóz-intoleranciájával, illetve a beások körében gyakori policisztás vesebetegséggel. Az oláh cigány népesség magas laktóz-intoleranciája mára már közismert. A laktóz – a tejben szénhidrát (tejcukor) – bontására minden újszülött laktáz nevű enzime révén képes; a laktáz hatására a tejcukor a vékonybélben alakul át felszívódó glükózzá és szaharózzá. Mennyisége az életkorral csökken, a felnőtt népesség egy része laktázhiányossá válik; 100%-ban laktázhiányosak az ázsiai, afrikai, dél-amerikai őshonos népekként. Laktáz hiányában a tejcukor emésztése megoldatlan, haspuffadás, hasmenés kíséri a tej, tejtermékek fogyasztását. Az öröklődő laktázhiány genetikai okokra vezethető vissza; a 2. kromoszóma LCD lókuszan levő gén milyensége felel a kialakulásáért. Béres Judit és munkatársai kutatásai szerint a hazai oláh cigány populáció 56%-a nem képes a tejcukor elbontására,⁶ ez az érték pedig egyezik az Észak-India lakosságában mért értékkel.⁷ A magyarországi beás cigányok körében a policisztás vesebetegség szignifikánsan gyakoribb, mint az oláh cigányok, vagy a nem cigányok között. Az autoszóm dominánsan öröklődő betegség mindkét vesét érinti; a vesék megnagyobbodnak, bennük számtalan ciszta alakul ki, melyek a vizelet kiválasztását, elvezetését akadályozzák, s súlyos veseelégtelenség kialakulásához vezetnek.

Béres Judit és munkatársai kutatásain túl az utóbbi évtizedekben is egyre nagyobb figyelem irányul a cigány/roma populáció genetikai eredetű megbetegedésére; a Pécsi Tudományegyetemen dr. Orsós Zsuzsanna a karcinogenezisben szerepet játszó allépolimorfizmusok kutatása kapcsán mutatta ki a cigány és az indiai népek közötti jellemző genetikai hasonlóságot.⁸

Gyakori öröklődő megbetegedések a cigány/roma populációban

A populációgenetikai kutatásoknak köszönhetően ma már a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásában (VRONY) szerepelnek a cigány populációban gyakoribban előforduló genetikailag öröklődő betegségek, melyek a következők:⁹

– *Primer congenitalis glaucoma*¹⁰ (PCG). Előfordulása európai eredetű népcsoportokban ritka (1:10000), a cigányság körében azonban jóval gyakoribb (1:1200). Hazai kutatások szerint a betegség az észak-magyarországi cigány populációban gyakori, a déli országrészen élő beás cigányoknál azonban nem található meg.¹¹

6 A hazai nem roma populációban ez az arány 37%.

7 MÉSZÁROS ANITA – DR. BÉRES JUDIT: hazai etnikumok/populációk genetikai struktúrája. In: Dr. Józsa László–Dr. Pálfi György–Szikossy Ildikó szerk.: A FORDULAT. A magyarság és a Kelet II. őstörténeti konferencia. A Magyarok VI. Világkongresszusának kötetei. Magyarok Világszövetsége, Budapest, 2008. 75-91.

8 ORSÓS, ZS.: *Karcinogenezisben szerepet játszó allépolimorfizmusok a magyarországi roma populációban*. Ph.D. értekezés. PTE ÁOK Pécs, 2013. <http://docplayer.hu/27785624-Karcinogenezisben-szerepet-jatszo-allepolimorfizmusok-a-magyarorszag-i-roma-populacioban.html> [2018.05.29.]

9 BÉRES, J.: Gyakoribb genetikai betegségek a romák körében I-II., in: *Magyar Orvos* (2002.) X/1. X/2.

10 PCG = elsődleges veleszületett zöldhályog (szembetegség)

11 Újabb bizonyíték az oláh és a beás cigányok eltérő eredetére.

– *Congenitalis myasthenia syndroma*¹² (CMS). Szinte csak cigány csecsemőkben fordul elő; az acetilkolinot kötő receptor mutáció okozta sérülése. Klinikai tünetek: erőtlen szopás, etetési nehézség, szemhéj ptózis (szemhéjcsüngés), izomgyengeség, fuldokló rohamok, apnoe (légzéskimaradás), cyanozis (szederjesség, elkékülés; oxigénhiányos állapot).

– *Spinalis muscularis izomatophia*¹³ (SMA). A második leggyakoribb, súlyos autoszóm recesszív betegség.

– *Öröklődő végtagövi izomdystrophia 2C típusa (LGMD2C)*. Gyermekkorban, legkésőbb a középkorban jelentkező autoszóm öröklődő betegség. Húsz éven belül mindkét végtag bénulásához, járásképtelenséghez vezethet. Különböző országokban élő cigány betegeknél ugyanaz az alapító mutáció!

– *Epidermolysis bullosa*. A bazálmembránzóna struktúrfehérjéinek öröklött károsodása. Hólyagképződéssel járó, változó formájú és súlyosságú kórkép. Spanyolországi VRONY adatok szerint a cigány populációban tizenégszer gyakrabban fordul elő.

– *Középszénláncú acil-CoA dehidrogenáz deficiencia (MCAD)*. Az enzim hiányát mutáció okozza, előfordulása a spanyolországi cigányság körében igen magas. A betegség kétéves kor alatt jelentkezik, mortalitása¹⁴ 60 százalékos. MCAD hiányos gyermekek negyede hal meg 30 hónapos koráig, az életben maradtak 30 százaléknál a hypoglikémia miatt mentális retardáció jelentkezik. Hazai, 110 fős cigány gyermek csoport vizsgálata nagy mutációs gyakoriságot mutatott.

– *Öröklött hemochromatosis (HH)*. A vas metabolizmus autoszómális recesszív öröklődésű betegsége, a leggyakoribb monogénes betegség az európai populációkban. A májcirrózis kialakulásának genetikai oka.

– *Galactokináz deficiencia*.¹⁵ Recesszív öröklődésű, homozigótákban korai cataractat¹⁶ okoz, heterozigótákban pedig preasenilis cataractat 25-50 év között. A galactokináz defektus 90 százalékan cigány populációban fordul elő.

– *Glanzmann thrombasthenia*. Jellemző tünete a nagy vérzékenység; a vérzési idő, a trombocytaszám, a koagulációs idő normális, de a véralvadék felszívódása és alakja rendellenes. Cigány betegeknél enyhe fenotípus jellemző, s szezonális ingadozás, tavasszal és nyáron időnkénti erős vérzéssel. Gyakori betegség a Franciaországban élő manush cigányok között.

– *Autoszóm domináns polycystás vese*. A leggyakrabban öröklődő vesebetegség. Kialakulását három, különböző génben történt mutáció okozhatja. A betegség előfordulása a Somogy és Baranya megyékben élő beás cigányok körében szinte endémiás jellegű. Génfrekvenciája 2,4%, ami 20-szorosa a nem cigány populációkban mért értéknek.

12 CMS = veleszületett súlyos izomgyengeség

13 SMA = gerincvelői izomsorvadás

14 Mortalitás= halálozás

15 Szénhidrát-anyagcsere zavara

16 Cataracta = szürkehályog



GALÉRIA

A genetikai vizsgálatok azt is kimutatták, hogy a cigányok körében a sclerosis multiplex – speciális HLA¹⁷ rendszerük miatt – nem tud kialakulni.

A felismert és rögzített genetikai meghatározottságú kórképek ismerete rendkívül fontos; célzott szűrésük, korai felismerésük és erre épülő korai, megfelelő gyógykezelésük hatékony segítség a cigány/roma populáció igen előnytelen egészségi állapotának javításában.

17 HLA = humán leukocyta antigén rendszer

Judit Szabóné Kármán

Population genetic studies conducted among Roma people

„You and I, in fact everyone all over the world, we're literally African under the skin; brothers and sisters separated by a mere two thousand generations.”
(Spencer Wells)

One of the most important scientific results of the 20-21st century are the discovery of the double helix of the DNA – the material storing genetic information – (Watson & Crick, 1953), and the nearly complete mapping of the human genome (Human Genome Project, 2001). This means the beginning of a whole new chapter of medicine; the discovery of genes – that define the functioning of the human body – and gene defects – responsible for lesions and dysfunctions – opened great potential both for prevention and treatments.

The importance of population genetic studies

Today we know for certain that besides environmental and lifestyle factors, genetic causes are also responsible for the development of several diseases such as cardiovascular disorders, diabetes mellitus, certain autoimmune diseases, asthma bronchial, some neurological and psychiatric disorders, tumors, osteoporosis, etc. Identifying genes responsible for these lesions enables us to study their functioning, providing the opportunity for the correction of those medical conditions in addition to diagnostics.

As a result of the above mentioned discoveries, genetic causes for the aggregation of certain diseases in a given ethnic group can be identified. It is well known that due to geographical, social-political isolation, religious reasons, or traditional endogamy, typical spectrums of diseases developed in homogenic groups. Genetic diseases of Finnish people, Ashkenazi Jews, French-Canadians, and Amish people of Pennsylvania are well mapped, and besides research institutions, clinics have been established for treatment. It is also widely known that there are more than thirty diseases specific only to Finnish people, and that certain metabolic diseases occur only to Ashkenazi Jews. The list of similar results of population genetics studies goes on.

The identification of the origin and the relationship of ethnic groups is also due to the genetic researches. Between 2005 and 2015 a worldwide research –*The Genographic*

Judit Szabóné Kármán, Ph.D. Head Of Department of Romology, Debrecen Reformed Theological University

Projekt – was performed about the origin and the migration of the world population to the initiative of American geneticist Spencer Wells. Hungary also joined the research in addition to 139 more countries.

The study of Gypsies'/Roma people's genetics

Population genetic researches in the 1980's proved that genetically Gypsies have closer relationships with Indian people than Europeans; the rate of blood type "B" is very high similarly to ethnic groups in the subcontinent. According to former studies, blood type „0" and „A" are typical in Europe, while „B" is typical in Asia. The further we go from Europe towards Asia, the rate of type „B" increases. The most common group of Y chromosomes and mitochondrial DNA in the genes of studied European gypsies was *H haplogroup* (50%) in case of men, *H and M haplogroup* (35% and 26%) in case of women. These are very rare in case of other European people but similarly common in India. However, certain haplogroups are completely missing in case of European gypsy people that are considered common in India (e.g. *U2i* and *U7* with the rate of 11-35% in case of Indian women). This means that European gypsy population has mixed with the surrounding European ethnic groups.¹

In addition to blood type, genetic similarities are rather conspicuous between the Gypsy population and Indian people. Luba Kalaydjieva, an Australian professor of Bulgarian origin – who has been conducting researches about the genetics of Roma people for 15 years – compared the DNA of both populations, and in addition to the unambiguous relationship, she believes that the ancestors of today's Gypsy population emigrated from India 32-40 generations earlier, approximately 1000 years ago, and their number certainly did not exceed one thousand.² By studying their diseases and genetics, she determined that gypsy people are genetically multicolored and more heterogeneous than European population.

Studies about Hungarian ethnic groups, specifically the genetic structure of Gypsies were conducted by Béres Judit and her contributors. During the 1980's and 1990's they studied the genetic variations and relationship possibilities of nine populations in Hungary (Jász, Kiskun, Nagykun, Székely, Csángó, Palóc, Matyó, Roma, Ashkenazi Jew).³ Special disease spectrums different from the European average were found only in the case of Roma people and Ashkenazi Jews. In addition to exploring and describing typical diseases, significant results were obtained regarding the origin and the relationship of Hungarian ethnic groups by joining the above mentioned worldwide researches in the 2000's.

- 1 GRESHAM, D. – MORAR, B. – Underhill, A. P. et al.; Origins and Divergence of the Roma (Gypsies) (The Eurasian Heartland: A continental perspective on Y-chromosome diversity, Wells et al.) *Am J Hum Genet.* 2001 Dec; 69 (6): 1314–1331.
- 2 KALAYDJIEVA, L. – MORAR, B. – CHAIX, R. –TANG, H.: A newly discovered founder population: the Roma/Gypsies. *BioEssays*, 27 2005 (10):1084-1094
- 3 BÉRES JUDIT: Hazai népcsoportjaink eredete és eltérő betegségeprektuma. In: Dr. Józsa László-Dr. Pálfi György-Szikossy Ildikó szerk.: A FORDULAT. A magyarság és a Kelet II. őstörténeti konferencia. A Magyarok VI. Világkongresszusának kötetei. Magyarok Világszövetsége, Budapest, 2008. 71-72.



GALÉRIA

Initial studies performed during the 1980's were aimed at the so-called genetic markers (blood type, serum proteins). Based on these, genetic distance i.e. genetic relationship was determined. Subsequent researches analyzed the mitochondrial DNA of maternal inheritance, and the Y chromosome polymorphism of paternal inheritance; 28 classic markers in both cases. The genetic mapping of Hungarian Roma population was performed in two areas with two groups: Vlach Roma groups in Szabolcs-Szatmár-Bereg county, and Boyash in Alsószentmárton of Baranya county.

Origin and different genetic diseases

According to the studies of classic markers, two unambiguous findings had already been determined; the fact that Roma people originate from North-India is unequivocally traceable, and there are basic genetic differences between the two Gypsy populations.⁴ Béres Judit learned that there is significant difference in the prevalence of the four isoenzymes between the two Gypsy groups.⁵ It is a genetic difference of such great degree that causes different disease spectrum, and different prevalence of genetic diseases. The difference

4 MÉSZÁROS ANITA – DR. BÉRES JUDIT: Hazai etnikumok/populációk genetikai struktúrája. In: Dr. Józsa László-Dr. Pálfi György-Szikossy Ildikó szerk.: A FORDULAT. A magyarság és a Kelet II. őstörténeti konferencia. A Magyarok VI. Világkongresszusának kötetei. Magyarok Világszövetsége, Budapest, 2008. 75-91.

5 BÉRES JUDIT: Hazai népcsoportjaink eredete és eltérő betegségsprektuma. In: Dr. Józsa László-Dr. Pálfi György-Szikossy Ildikó szerk.: A FORDULAT. A magyarság és a Kelet II. őstörténeti konferencia. A Magyarok VI. Világkongresszusának kötetei. Magyarok Világszövetsége, Budapest, 2008. 71-72.

can be easily observed in connection with two hereditary diseases; typical lactose intolerance of Vlach Gypsies, and common polycystic kidney disease among Boyash gypsies. Today, it is well-known that lactose intolerance is common among Vlach Gypsies. Lactose – carbohydrate in milk – is digested by lactase enzyme; in the small intestine lactose is transformed into absorbable glucose and sucrose under the influence of lactase enzyme. The quantity of this enzyme decreases with age, therefore a part of adult population becomes lactase deficient; natives from Asia, Africa and South-America lack this enzyme in 100%. They are unable to digest lactose, that causes abdominal distension and diarrhea. The lack of lactase due to hereditary reasons is attributable to genetic causes; the nature of the gene on the LCD locus on chromosome 2 is responsible for the development of lactase. As per the research of Béres Judit and her contributors, 56% of the Hungarian Vlach Roma population is not capable of digesting lactose, similarly to the results of the North-Indian population. Polycystic kidney disease is significantly more common among Hungarian Boyash Gypsies than among Vlach Gypsies or among the non-gypsy population. This hereditary disease affects both kidneys; the kidneys swell and numerous cysts start to grow inside of it, hindering the urination process, leading to severe kidney failure.

In addition to the research of Béres Judit and her contributors, more and more attention is devoted to the genetic diseases of Gypsy/Roma population; at the University of Pécs, genetic similarities between the Gypsy and Indian population were demonstrated by Dr. Orsós Zsuzsanna through a research about allele-polymorphisms in carcinogenesis.⁶

Common hereditary diseases among Gypsy/Roma population

Thanks to population genetic studies, the following common genetically hereditary diseases among the Gypsy population are registered in the National Register for Birth Defects (NRBD)⁷

– *Primary Congenital Glaucoma*⁸ (PCG eye disease). It is rare among ethnic groups of European origin (1:10000) while more common among Gypsies (1:1200). According to domestic studies, it is common among Gypsies in Northern Hungary while unavailable among Boyash Gypsies living in the southern part of the country.

– *Congenital Myasthenic Syndrome*⁹ (CMS) Severe congenital muscle weakness. It happens almost only to Gypsy infants; it is a lesion caused by the mutation of the receptor binding acetylcholine. Clinical symptoms: powerless breast-feeding, feeding difficulties, eyelid ptosis, muscle weakness, choking seizures, apnea, cyanosis (hypoxia).

6 ORSÓS, ZS.: *Karcinogenezisben szerepet játszó allélpolimorfizmusok a magyarországi roma populációban. Ph.D. értekezés.* PTE ÁOK Pécs, 2013. <http://docplayer.hu/27785624-Karcinogenezisben-szerepet-jatszo-allelpolimorfizmusok-a-magyarorszag-i-roma-populacioban.html> [2018.05.29.]

7 BÉRES, J.: Gyakoribb genetikai betegségek a romák körében I-II., in: *Magyar Orvos* (2002.) X/I. X/2.

8 PCG = Primary congenital glaucoma is present at birth. It is usually diagnosed at birth or shortly thereafter, and most cases are diagnosed during the first year of life.

9 CMS = Congenital myasthenic syndrome is a group of conditions characterized by muscle weakness (myasthenia) that worsens with physical exertion.

- *Spinal Muscular Atrophy*¹⁰ (SMA) Spinal neurodegeneration. The second most common, severe autosomal recessive disease.
- *Limb-Girdle Muscular Dystrophy type 2C*.¹¹ (LGMD2C) It is an autosomal hereditary disease which develops during childhood or middle-age at the latest. It may lead to the complete paralysis of both limbs and the inability to walk within 20 years. Gypsies living in different countries have the same founder mutation!
- *Epidermolysis Bullosa* ¹² (EB) Hereditary damage of the structural protein in the basal membrane zone. This disease occurs in changing forms and severity, and results in blistering. According to Spain's NRBD data, the Gypsy population is affected by it 14 times more than any other.
- *Medium chain acyl-CoA dehydrogenase deficiency*.¹³ (MCAD) The lack of enzyme is caused by a mutation. It has a high rate of occurrence among Gypsies in Spain. The disease develops below the age of two with a mortality rate¹ of 60%. Every fourth child suffering from this disease dies before the age of 30 months, while 30% of the survivors will develop mental retardation. A study in Hungary concluded with 110 Gypsy children revealed high frequency for the mutation.
- *Hereditary hemochromatosis* ¹⁴ (HH). Autosomal recessive hereditary disease of iron metabolism. It is the most frequent monogenic disease in European populations. It is the genetic cause of liver cirrhosis.
- *Galactokinase Deficiency*¹⁵ (GD). Carbohydrate metabolism disorder. Recessive heredity causes early cataracta in homozygotes, and preesenilis cataracta in heterozygotes between the ages of 25-50. 90% of galactocinase defect occurs among Gypsy population.
- *Glanzmann thrombasthenia*¹⁶ (GT). Typical symptom is increased hemophilia; bleeding time, platelet count and coagulation time are normal, but the adsorption and shape of blood clots is abnormal. Light phenotype and seasonal fluctuation is typical for Gypsy patients, with periodic severe bleeding during spring and summer. It is a common disease among Manush Gypsies in France.

-
- 10 SMA = Spinal muscular atrophy is a genetic disease affecting the part of the nervous system that controls voluntary muscle movement.
 - 11 LGMD2C = Limb-girdle muscular dystrophy type 2C is a genetic condition that affects the voluntary muscles around the hips and shoulders
 - 12 EB = Epidermolysis bullosa is a group of genetic conditions that result in easy blistering of the skin and mucous membranes.
 - 13 MCAD = Medium-chain acyl-coenzyme A dehydrogenase deficiency is an inherited metabolic disorder that prevents the body from converting certain fats to energy, particularly during periods without food (fasting).
 - 14 HH = Hereditary hemochromatosis is an autosomal recessive disorder that results from a mutated hemochromatosis (HFE [human factors engineering]) protein.
 - 15 GD = Galactokinase deficiency is an inherited condition in which the body is unable to properly digest galactose, a sugar found in all foods that contain milk and some fruits and vegetables. If a baby with GD eats food containing galactose, undigested sugars build up in the blood.
 - 16 GT = Glanzmann thrombasthenia is a bleeding disorder that is characterized by prolonged or spontaneous bleeding starting from birth



GALÉRIA

– *Autosomal Dominant Polycystic kidney disease*¹⁷ (ADPKD). The most common is heredity kidney disease. It is caused by mutations in three different genes. It is almost endemic among Boyash Gypsies in Somogy and Baranya counties. Gene frequency is 2.4% which is 20 times of the rate measured in non-gypsy populations.

It was also shown by genetic studies that *sclerosis multiplex* cannot develop among Gypsies due to the special HLA system.¹⁸

Learning known and registered genetically defined diseases is crucial; targeted screenings, early diagnosis together with appropriate treatment could be an effective way to improve the unfavourable health condition of the Gypsy/Roma population.

17 ADPKD = Autosomal dominant polycystic kidney disease is an inherited condition that causes small, fluid-filled sacs called cysts to develop in the kidneys.

18 HLA system: Human leukocyte antigens. The HLA gene family provides instructions for making a group of related proteins known as the human leukocyte antigen (HLA) complex. The HLA complex helps the immune system distinguish the body's own proteins from proteins made by foreign invaders such as viruses and bacteria.

Feith Helga Judit – Lukács J. Ágnes

Szüléshez kapcsolódó betegjogi kérdések etnikai metszetben

A hazai cigány¹ népesség egészségi állapotával számos kutatás foglalkozott az elmúlt évtizedekben, melyek mindegyike felhívja a figyelmet a romák szociális hátrányok okozta egészségi deficitére. Kevesebb hangsúly helyeződött azonban az egészségügyi ellátórendszer és a hazai cigány csoportok kapcsolatának vizsgálatára. Az alapvetően középosztályi normákra épülő egészségügyi ellátórendszer működése a mindennapi gyakorlatban számos alkalommal konfliktust teremt a romák és az egészségügyi dolgozók között. Ez a feszültség rendkívül komplex, kulturális, szociális tényezők és a kisebbségi létből fakadó szociálpszichológiai mechanizmusok egyaránt meghatározzák (Lukács & Feith, 2016).

Tanulmányunkban az egészségügyi ellátórendszer egy speciális területén vizsgáljuk meg ezt a soktényezős jelenséget. A szülészeti ellátás során a kulturális, szociális és szociálpszichológiai elemek mind erőteljesen megmutatkoznak, számos betegjogi dilemmát vetve fel. Az elméleti összefoglaló után szülésznőkkel készített fókuszcsoportos vizsgálatunk eredményeit mutatjuk be.

Gyermekvállalás és szülés cigány édesanyák körében

Mielőtt az eddigi kutatások alapján összefoglaljuk a cigány édesanyák és egészségügyi ellátórendszer kapcsolatának legfontosabb elemeit és ezek jogi vonatkozásait, fontosnak tartjuk leszögezni, hogy a hazai cigány népesség minden tekintetben heterogén csoport, néprajzi, lingvisztikai és szociális dimenziók szerint egyaránt differenciálódik. A Kárpát-medencében jellemző fő – romungró, oláh és beás – cigány csoportokat általában kulturális szempontok mentén különböztetjük meg, ugyanakkor a csoportok tovább strukturálódnak szociális tényezők mentén is: a családi szocializáció, az iskolázottság, valamint a településtípus determinálja az adott cigány csoportra jellemző kulturális elemeknek, hagyományoknak és szokásoknak az őrzését. Éppen ezért az egyes kutatások megállapításai semmiképpen nem általánosíthatók a teljes hazai roma populációra.

Feith Helga Judit PhD., főiskolai docens, tanszékvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék

Lukács J. Ágnes tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék

1 Tanulmányunkban a roma és cigány kifejezéseket egymás szinonimájaként használjuk, értve alatta a teljes népcsoportot.

Gyermekvállalás

A roma népesség esetében a gyermekvállalási hajlandóság jelentősen magasabb a többségi társadalomhoz képest (Hablicsek, 2007). A legutóbbi, 2011-es népszámlálási adatok szerint a teljes népesség körében 147 volt a 100 főre jutó élve született gyermekek száma, a cigányság esetében 233 (KSH, 2011). Triviális megállapítás, hogy a romák magasabb termékenysége a szülészeti ellátásban is hangsúlyosabb jelenlétet eredményez. A magasabb termékenységi mutatók mögött azonban szintén több tényező áll. A magasabb termékenységgel összefügg az alacsonyabb képzettség, valamint a munkaerő-piaci inaktivitás, ezek azonban nem elválaszthatók az etnikai háttértől, és régióként változhatnak (Husz, 2011). A kulturális és szociális elemek, valamint a kisebbségi létből fakadó mechanizmusok együttesen, szétválaszthatatlanul magyarázzák a magasabb gyermekszámot (Durst, 2006). A roma nők ugyanakkor nem csak több gyermeket vállalnak, de jóval fiatalabb korban, mint a nem roma nők. Ezt az összefüggést is differenciálják azonban a területi és kulturális különbségek, például a többi roma csoporthoz viszonyítva a beás cigány csoportoknál kevésbé jellemző a korai gyermekvállalás, ezzel együtt az észak-magyarországi régió sokkal inkább érintett (Janky, 2007; Husz, 2011). Fiatalabb életkorban, különösen kiskorúként (vagyis 18 éves kor alatt) vállalt várandósság, gyermekszülés számos jogi dilemmát, olykor aggályt vet fel. Bármilyen egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez igen lényeges a beteg hozzájáruló nyilatkozata, mely történhet írásban (nem elhanyagolható kockázatot jelentő invazív beavatkozások esetén minden esetben kötelező írott formában), szóban vagy ráutaló magatartással. Ahhoz, hogy bárki érdemi módon tudja gyakorolni az önrendelkezési jogát, nagyon lényeges a megfelelő belátási képesség és a tájékozottság. Minél fiatalabb életkorú a beteg, annál kiszolgáltatottabb helyzetbe kerülhet, hiszen az életkorából adódó tapasztalatlansága, a megfelelő iskolai végzettség hiánya képtelenné teheti őt az egészségügyi ellátása során a megfelelő, felelősségteljes döntés (beleegyezés vagy esetleg az ellátás visszautasítás) meghozatalára. Az érett (16-18 éves) kiskorú ugyan engedélyvel köthet érvényes házasságot, s ilyenkor cselekvőképessé válik, de a 18 éven aluli gyermekek zöme nem szerzi meg ilyen módon a cselekvőképességet – lévén, hogy a cigány csoportok esetében a házasság nem feltétlenül kapcsolódik jogi aktushoz –, vagyis törvényes (szülő vagy gyám által ellátott) képviselőre szorulnak. Ilyenkor – különösen egy konzervatív, tekintélyelvű családmódelben nevelkedő gyermek – nem feltétlenül aktív részese a testét, egészségét érintő döntéshozatalnak. S nem csak a döntések, hanem a megfelelő egészségmagatartás tekintetében is hátrányt szenvedhetnek el a kiskorúak, hiszen sok esetben még nem alakult ki a megfelelő egészségkultúráltság, körükben magas a rizikómagatartások prevalenciája. Ilyen formán a gyermekkorú, különösen a rossz szociokulturális környezetben nevelkedő cigány várandós és szülő nők a többségi társadalom hasonló korú fiataljaihoz képest akár sokszoros hátránnyal rendelkezhetnek.

Szülés

A cigány csoportok hagyományait összegző gyűjtések számos csecsemőgondozással kapcsolatos hiedelmet leírnak, ám a szüléssel kapcsolatban kevés információt közölnek. Ennek legfőbb oka, hogy a roma nők – a szülés medikalizációja előtt – jellemzően egyedül vajúdtak és szültek, segítséget már a gyermek megszületése után kaptak. A férfiak elkerülték a születés momentumát, azonban az apa feladata volt a magzatbu-

rok/méhlepény eltemetése. Ugyan a tradicionális cigány közösségekben a várandós nőket nem kímélik, a gyermeket szülő asszony annál nagyobb figyelmet kap, mi több, elvárt, hogy a tág család meglátogassa (napjainkban már a kórházban), étellel-itallal lássa el. (Náday, 2000; Rostás-Farkas, 2000)

A hagyományőrző cigány csoportok életében a közösségben megélt öröm és bánat alapvető fontosságú. A szokásrendnek megfelelően a cigány kismamákat nem csak a szűk család, de akár az egész közösség meglátogatja a kórházban. Ugyanakkor ez szemben áll az Eütv.-ben szabályozott egyik betegjoggal, hiszen bár minden beteget megillet a személyes kapcsolattartás joga (néhány kivételtől eltekintve), de ezt csak a többi beteg betegjogainak tiszteletben tartásával, s a betegellátás zavartalanságának biztosításával lehet gyakorolni. Az egészségügyi dolgozók gyakran nem tudnak mit kezdeni ezzel a jelenséggel, hiszen ezek a látogatások nem feltétlenül illeszkednek a kórházi házirendhez a látogatási időt, de a kórteremben egy időben jelenlévők számát illetően sem. (Szirtesi, 2002; Szabóné 2012; Lukács & Feith, 2016) Világos példa ez arra, amikor egy tradicionális és egyébként a cigány társadalomban széleskörben elfogadott és alkalmazott szokás szemben áll egy törvényben szabályozott esetkörrel.

Neményi Mária 1997-es kvalitatív vizsgálatában résztvevő cigány kismamák elmondásuk alapján ameddig csak lehet, otthon vajúdnak, igyekeznek minél később a kórházba kerülni, hiszen egy olyan hierarchizált és idegen közegbe kerülnek, ahol kiszolgáltatottságot, félelmet élnek meg. Sokukban megfogalmazódik, hogy a paraszolvencia hiánya miatt nem bánik velük megfelelően az egészségügyi személyzet. (Neményi, 1998)

A szülészeti, nőgyógyászati szakellátás területén a cigány nők többször számolnak be lekezelő hozzáállásról, előítéletességről, nem csak az egészségügyi dolgozók, de a többi páciens részéről is (Neményi, 1998; Gyukits, 2000; Solymosy, 2007). Előfordul, hogy a cigány nőket elkülönítve helyezik el az osztályokon, kvázi roma kórtermeket hozva létre (Solymosy, 2007). Ilyenkor beazonosíthatóan két betegjog sérülhet: a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog, valamint az emberi méltósághoz való jog.

A roma kismamák egészségmagatartása gyakran elmarad a többségi társadalomhoz tartozó várandós nőkéttől, amelyet a szociális tényezők ugyancsak erőteljesen meghatároznak. A tápanyagszegény táplálkozás, a káros szenvedélyek (elsősorban dohányzás) nagyobb eséllyel vezet koraszüléshez vagy alacsonyabb születési súlyhoz (Balázs et al., 2010; Fogarasi-Grenczer, 2015).

A szülésznők és nőgyógyászok munkáját nehezíti, hogy a tradicionális cigány közösségek jellemzően szemérmesek és tabuként tekintenek a szexualitáshoz kapcsolódó kérdésekre, amely a két fél közötti kommunikációnak erőteljes határokat szab (Szirtesi, 2002; Angyal, 2007, 2015; Szabóné, 2012; Nagy, 2016). Részben ebből, részben az alacsony iskolázottsági szintből fakadóan a roma nők gyakran kevés ismerettel rendelkeznek a termékenység témájában (Neményi, 1998). Az alacsonyabb ismeretszint miatt a többségi társadalom tagjaihoz képest még nagyobb a rizikója az információs aszimmetriának, vagyis annak, hogy a várandós vagy szülő nő nem érti meg az egészségügyi dolgozó tájékoztatását, s nem tud, nem akar vagy nem mer kérdezni. Ez különösen neuralgikus kérdés az egészségügyi szolgáltatás során, mert a megfelelő tájékozottsági szint ugyanakkor szoros összefüggésben áll az ellátás visszautasításának, az egészségügyi intézmény elhagyásának és a beteg önrendelkezési jogának a gyakorlásával.

Az egészségügyi dolgozók – védőnők, szülésznők és szülészorvosok – körében számos sztereotípiát él a cigány kismamákról. Egyrészt, hogy a cigányok, mint „civilizá-

latlan természeti nép”, ösztönösen, kontrollálatlanul, sokszor teátrálisan viselkednek, amely a szülés situációját is meghatározza. Másrészről, hogy a romáknál a tájékoztat-lanságból fakadóan hiányzik a tervező attitűd a gyermekvállalás területén, illetve az egészségmagatartásuk sem kielégítő. Természetesen az egészségügyi dolgozók sztereotípiái valós tapasztalatokon alapulnak, ugyanakkor ezek sokszor általánosítóak, nem számolnak a roma népesség heterogenitásával. (Neményi, 1998)

A roma édesanyák és az egészségügyi dolgozók egymásról alkotott sztereotípiái mindkét fél részéről erős előítéleteket éltetnek, amely rányomja a bélyegét az egészségügyi ellátásra is (Neményi, 1998). Az egészségügyi szolgáltatói oldal felől jelentkező előítélet a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jogot (pl. negatív diszkrimináció), esetleg az emberi méltósághoz való jogot (pl. durva, lekezelő hangnem; megfelelő indok nélküli várakoztatás) sértheti.

Módszer

Kvalitatív kutatásunk során szeretnénk volna mélyebben feltárni a szülészeti ellátás és a roma édesanyák kapcsolatát. Célunk volt, hogy a mindennapok során felmerülő leggyakoribb konfliktushelyzeteket megismerjük – ezúttal a szülésznők szemszögéből. Az interjúvázatlanban szociológiai és jogi szempontokat egyformán érvényesítettünk, mindenütt azt vizsgálva, hogy a többségi társadalomhoz képest a cigány várandósok és szülő nők mennyiben térnek el az egészség- és rizikómagatartásuk, szülésre vonatkozó ismereteik, szokásaik; szociális háttérük, kulturális különbségeik, szülésre vonatkoztatott családi szerepterheik és szerepelvárásaik, valamint egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos viselkedési mintázatok tekintetében. Ehhez kapcsolódó fontos kérdés volt az is, hogy vajon a többségi társadalom tagjai hogyan ítélik meg és viselkednek a cigány várandósokkal szemben, mennyiben jelenik meg az egészségügyi intézményekben a szegregáció a többségi társadalom igénye alapján.

Fókuszcsoportos vizsgálatunkba olyan gyakorló szülésznőket vontunk be, akik valamelyik budapesti kórházban dolgoznak, és munkájuk során gyakran találkoznak cigány páciensekkel. A fókuszcsoport résztvevőinek kiválasztásában – az említett szempontokon túl – a heterogenitásra törekedtünk, azaz néhány éves, és több évtizedes tapasztalattal rendelkező szülésznők véleményére egyaránt kíváncsiak voltunk. A csoportos interjúkn két budapesti egészségügyi intézményből összesen 10 szülésznő vett részt, akik átlagéletkora 36 év volt (min. 26, max. 57). Iskolai végzettség tekintetében 8 szülésznő BSc diplomával, kettő pedig középszintű szakmai végzettséggel rendelkezett. A kutatásba bevont szülésznők átlagosan 13 éve dolgoznak a szakmában (min. 2, max. 36), és három kivétellel a jelenlegi egészségügyi intézményükben töltötték ezt az időt. A csoportos beszélgetésen résztvevő szülésznők mindegyike napi rendszerességgel találkozik roma páciensekkel a munkája során, nyolcan aktívan részt vesznek a várandósgondozás folyamatában is. A szülésznők fele – fiatalabbak és idősebbek vegyesen – tanult képzése során a cigány csoportokról, kulturális sajátosságaikról. Mind az öt szülésznő a szakmai alapképzés során találkozott a roma témával, egy-két alkalommal hallgattak ezzel kapcsolatban ismereteket.

A fókuszcsoport 2018 áprilisában valósult meg, 118 percig tartott, a beszélgetést a résztvevők engedélyével diktafonnal rögzítettük. Az elemzés során a kategorizáció



GALÉRIA

módszerét alkalmaztuk, azaz a kutatási kérdések szempontjai mentén csoportosítottuk és mutatjuk be a fókuszcsoportos beszélgetés eredményeit, megvilágítva a hasonló és különböző véleményeket.

Eredmények

A fókuszcsoportos beszélgetés eredményeit – bár vegytisztán nem elválaszthatóak – három téma mentén mutatjuk be. A kulturális sajátosságokat érintő kérdések után az alacsony szociális státusszal, majd a szociálpszichológiai mechanizmusokkal kapcsolatos szülésznői tapasztalatokat közöljük.

Kulturális meghatározottság

A roma családok életében a gyermekszületés egy kitüntetett és nagy közösségben megélt társasági esemény, gyakorlatilag ez határozza meg a várandósság és a szülés egészét. A fókuszcsoportos beszélgetésen résztvevő szülésznők zöme arról számolt be, hogy a szülés során a vajúdnó körbevevő tágabb közösség meghatározó alakja egyértelműen egy nő lesz (szemben a romaközösségek tradicionálisan férfijogú tagozódásával). Ez a nő, aki végigkíséri a vajúdás és szülés folyamatát, általában a születendő gyermek apjának az édesanyja, vagyis a vajúdnó nő anyósa, „*az anyós tán még fontosabb, mint a férje*”. A többségi társadalom tagjainál azonban a vajúdnó nő párja, esetleg valamilyen vérszerinti rokon vagy barát jelenik meg segítőként. A romáknál az anyós stá-

tusz nem feltétlenül jelent jogi értelemben vett rokoni, vagyis házasságkötésen alapuló kapcsolatot, hiszen cigány közösségekben sokszor elegendő az, ha a csoport házasságként ismeri el a fiatalok kapcsolatát, „a lényeg, hogy csak meg legyen beszélve”. Ugyanakkor tradicionális roma családokban szokás, hogy a jogi értelemben vett házasságot is megkössék, akár már érett kiskorúként.

„Múltkor egy kiskorú lánynál nem ő választotta meg, hogy ki lehet bent. Én mondtam, hogy adott esetben az édesanyja, édesapja lehetne, de mondta az anyósa, hogy ő az anyósa, szóval ő lesz bent. Mondtam, hogy hát azért az anyukát is engedjük be néha, amíg beleegyeznek bizonyos dolgokba, vagy egyáltalán... De kötötték az ebet a karóhoz, hogy márpedig az anyósa fog megmondani mindent, a gyorsítót, a burokpesztést, minden beavatkozást.”

A cigány vajúdó nő helyett tehát a közösség szabályai alapján születik meg a döntés arról, hogy a vajúdás és a szülés alatt ki legyen a beteggel, ami az Eütv.-ben szabályozott kapcsolattartás betegjogi normáitól eltérő. Abban az esetben, amennyiben a cigány beteg kiskorú, a saját szüleinek, mint törvényes képviselőinek a lehetősége arra korlátozódik, hogy a kiskorú helyett és nevében megtegyék a szükséges beleegyező nyilatkozatokat, de a közösség szabályai miatt nem feltétlenül lesznek jelen lányuk vajúdási és szülési folyamatánál. „Az anyóssal zongorázzuk le dolgokat.” – jelezte több interjúalany, vagyis ilyen esetekben az anyós a kapcsolat a vajúdó, szülő nő felé. Ennek lehet pozitív és negatív hatása egyaránt az interjúalanyok szerint. Miután a roma asszonyok szülés terén általában tapasztaltabbak, hiszen jellemzően több gyermeket hoztak a világra, ezért megerősíthetik, amit a szülésznő mond, de olykor nehézséget is jelenthet a jelenlétük. Több interjúalany megerősítette, hogy miután az anyós ilyenkor a születendő gyermekre koncentrálnak inkább, ezért sokszor „gyorsítót” (oxytocin) kérnek a menyük részére, miközben, ha a roma várandós az édesanyja jelenlétében vajúdik, akkor erősebben fókuszál a lányára, s annak szenvedésére, fájdalmainak enyhítésére. Az interjúalanyok szerint nagyon fontos, hogy roma nők esetén a szülésznő felmérje az erőviszonyokat, s annak megfelelően válassza meg a kommunikáció irányát.

Azonban több szülésznő beszámolt arról is, hogy egyre gyakrabban szülnék olyan fiatal romák, akik vagy véletlenül estek teherbe, vagy már nem tartják olyan erősen a szokásokat, ilyenkor a nagycsalád sincs ott, s nem az anyós a meghatározó, hanem esetleg a testvér vagy a születendő gyermek apja.

A kísérő személye a szülési fájdalmak kifejezésének mértékét, és ebből következően a fájdalomcsillapítás módját is meghatározza. Amíg az anyós jelenlétében a cigány származású cigány kismamák visszafogottan mutatják csak ki a fájdalmat, az édesanyjuk, vagy partnerük esetében sokkal intenzívebben kifejezik ezt, adott esetben teátrális módon, ahogyan erről az egyik szülésznő beszámolt.

„Az anyós mellett nem mutathatom ki, hogy én gyenge vagyok, vagy nekem fáj. Az anyukám mellett teljesen más, meg a férj, vagy partner mellett is szerintem. [...] Az anyósnál belső kényszerből... Most nem arra gondolok, amikor az anyós azt mondja, hogy 'fejezd be', vagy 'csöndbe maradjál', vagy 'túrd', bár sokszor van ilyen is az anyós részéről... De van egy belső készlet, hogy ő ötöt szült, az én páromat is ő szülte, hát akkor nehogy már én ne tudjak.”

A szülési fájdalom elviselésében a szülésznők szerint nincs igazán különbség a roma és nem roma kismamák között, személyiség és egyfajta „érettség” kérdése, hogy hogyan viselik a szülést. A cigány származású szülő nők esetében ez az érettség ugyanakkor – főleg a Budapest környéki családok esetében – kulturálisan meghatározott, a fiatal lányok szocializációja a családanya-szerepre való felkészítésre koncentrálnak.

„Azért az biztos, hogy a roma 15 éves lány érettségben mégis más, és azért érettebb, mert az egész szociális környezete erre sarkallta, hogy érett legyen, hogy családanyaként gondolja el magát 16 évesen, és erre rendezkedjen be. [...] Egy 15-16 éves magyar [nem roma] lány szülése egy gyerek szülése lesz, a romáknál azért érezhető a felnőtt vonal.”

„Náluk ennek is sokkal nagyobb tradíciója van, hogy ez a bizonyos ‘én is ott voltam a testvéremnél, meg a sógornőmnél’... tehát ott még megvan, ami régebben talán a mi társadalmunkban is így volt, hogy az asszonyok a szülés körül, és ennek nagyon nagy jelentősége. Hiába nem egy tanult kismama szül, mégis az a tudás, amit ő megkapott, hogy a kistesómat pelenkáztam, meg amikor anyu benn volt a kórházban, meg a három nap, meg amikor a köldökzsinór... tehát nagyon sok olyan tudásuk van, ami nem egy könyvből tanult tudás, hanem valahogy az ösztönös cselekedetek miatt szülnék szépen. Tehát hogy van bennük egy őspanyai tapasztalat, ami akár úgy szerzett, hogy az anyukám, a nagymamám elmesélte.”

A kulturális meghatározottság fontosságát jól illusztrálja a következő idézet, amely a belvárosi, tradícióikat kevésbé, vagy egyáltalán nem tartó cigányságot jellemzi.

„Nekem pontosan ellenkező a tapasztalatom... Az a mendemonda, hogy ‘bezzeg a cigányasszonyok’, meg ‘miért nem úgy szülsz, mint egy cigányasszony’... Ez pontosan megfordult, és elkezdtek követni egy trendet, hogy ‘császármetszést kérek, érzéstelenítőt kérek’, és egyáltalán nem működnek a régi ösztönök.”

A szülésznők beszámolóit szerint a szülést vezető orvos gyakran bele is megy a császármetszés elvégzésébe – függetlenül attól, hogy az nem indukált –, hiszen a cigány kismamák mellett jellemzően jelen van a népes rokonság is, akik türelmetlenül várják a legfiatalabb családtag érkezését. A roma családok esetében ugyanis a születés rendkívül fontos közösségi esemény, a kismama kórházba érkezésétől az újszülött világra jöveteléig kitaratóan várokoznak, akár a vajúdás teljes ideje alatt, időnként 10-12 órán keresztül is.

„Az anyóssal jön, de azt tudni kell, hogy a folyosón a család huszonöt tagja, és az ajtón hol ez jön be, hol az jön be, cserélgetnek, az egész családot megismerjük.”

„Ez a családi összetartás, csak úgy tudják elképzelni, hogy ha szül valaki, akkor mindenkinek ott kell lenni, a férfiaknak, a nőknek, folyik a pezsgő...”

A várokozás gyakran italozással, zenéléssel (néha veszekedéssel) egybekötött ünneplést is jelent. A népes, adott esetben hangos tömeg kezelése nehézséget jelent a szülésznők számára, hiszen az gyakran zavarja az ellátást, a többi vajúdot és várokozó



GALÉRIA

családtagjaikat. Ugyan a vajúdo mellett egyszerre csak egy családtag lehet, természetesen mindenki szeretné jelenlétével is biztatni a cigány kismamát. A kórházi házirend ezen áthágása mindennapos probléma az osztályokon. Néhány szülésznő próbál rugalmas lenni, és megengedi, hogy egyszerre akár ketten, vagy folyamatos cserével több családtag is bemehessen a vajúdohoz, de az engedékeny magatartást sok esetben kihasználják a cigány családtagok. Többször előfordul, hogy a rokonság megpróbálja megvesztegetni a szülésznőket.

„Nem tartják a szabályokat, őket az nem zavarja, hogy másik öt vajúdot zavarnak, vagy másnál nem tud bejönni...”

„Ugyanez elmondható a látogatási időre, ki van írva a váróban, hogy mettől meddig van látogatás, de nem ismerik a számokat olyankor. A szülőszobán is ki van írva, hogy a vajúdo nő mellett egyszerre csak egy családtag lehet, és nyilván a nem romák is bepróbálkoznak, de azért, ha nekik el van mondva, azért betartják. A cigányoknál meg csak hátat fordítok, hogy írjak, és a hátam mögött szaladnak be négyen.”

A legtöbb feszültség a cigány kismamák szülészeti ellátása során tehát a kórházi házirend be nem tartásából fakad. Konfliktus esetén a legkülönbözőbb kimenetekel valósulnak meg a mindennapi gyakorlatban a szóváltástól kezdve egészen a rendőri intéz-

kedésig. A szülésznők kiemelték, hogy az esetleges konfliktusok esetén kulcsfontosságú a megfelelő kommunikáció, a folyamatos tájékoztatás, és legfőképpen a megfelelő hangnem megütése, amely semmiképp sem lehet „erőfitogató”.

„Szinte minden nap találkozunk nagyon agresszívvel is, de én azt gondolom, hogy ha kimegyünk, és egy picit az ő szintükön adunk felvilágosítást, akkor lehet kezelni. Az a lényeg, hepciáskodni nagyon nem éri meg velük, mert akkor egyből azt gondolják, hogy 'na, lenéz', de hogyha egy picit az ő szintükön elmondjuk, hogy hol tart a folyamat – nem mondom, hogy nem tépi fel két óra múlva az ajtót –, de azt gondolom, hogy azért lehet kezelni.”

„Egy bizonyos hangnemet meg kell választani, különben elfajulhat a dolog.”

A konfliktusok kezelésének másik nagyon fontos gyakorlati eleme lehet – kiváltképp a tradicionális cigány közösségek esetében – a közösség legtekintélyesebb tagjának a megnyerése. A szülés esetében általában az anyós ez a személy.

„Ha ott megtalálod a főnököt, megkérdezed, hogy 'na, ki a főnök a csoportban?', ott legtöbbször valamelyik időse asszonnal beszélsz, és akkor azt mondd, hogy 'na akkor a férfiakat letereli a kertbe', akkor ők lemennek, ő úgy nagyjából rendet rak, és megszűnik a 'folyik a pezsgő, bokáig áll', meg a duhajkodás, mert sokan vannak, összevesznek, összeveszik a két család, akkor azért lesz konfliktus, fiút várnak, lányt várnak...”

A cigány kismamák számára nem különösebben fontos, hogy a gyermeket mellkasra helyezték a szülést követő aranyórában. A születést követő rítus az ún. „cigányáldás”, ezzel a jelenséggel azonban a belvárosi romákat ellátó intézmény szülésznői nem, csak a Budapest környéki cigány kismamákkal foglalkozó szülésznők találkoztak. Emellett előfordul, hogy piros karszalagot kötnek az újszülöttre.

*„Van a cigányáldás. Bejön az anyós, vagy az anyuka is, hozza a pezsgőt, és meg-
nedvesíti vele a kismamának és a kisbabának is a száját, mert azzal hoz ő egy ál-
dást, és magyaráz ott valamit cigányul. Nekik ez egy rituális dolog.”*

A folyosói ünneplés egészen a gyermek megszületéséig, adott esetben a „cigányáldásig” tart, utána a népes család szétszéled, magára hagyva az újdonsült édesanyát. Gyakran sem ételt, sem italt nem hagynak ott a frissen szült asszonynak, a szülésznők segítenek az alapvető dolgokat (pl. intimbetét) összeszedni az édesanyának.

„Ami szerintem egy érdekes dolog, hogy a cigány társadalomban a gyerek születése – persze nyilván a többségi társadalomban is – a legnagyobb, legfontosabb dolog, de náluk egészen addig fontos, ameddig meg nem történik... Mint a tűz, elhúznak, és a pezsgőspohártól kezdve a lábnyomokig marad utánuk csak ennyi, és egyes egyedül talán a kislánynak-asszonynak az anyukája az, aki marad.”

„Addig a pillanatig számít az asszony, amíg meg nem szülte az utódot.”

A születendő gyermek és a születés ténye mellett a kismama jól-léte másodlagos, amit az is példáz, hogy ha a kórházba érkezést követően pár órán belül nem indul be a szülés, akkor gyakran önkényesen távoznak, saját felelősségre hazamennek, akár az orvosi javallat ellenére is. Az is előfordul ugyanakkor, hogy idő előtt behozza a kismamát a mentő, ám a család inkább már nem viszi haza a kismamát, ezzel is mintegy „sürgetve” a gyermek érkezését.

A roma édesanyák többsége a tápszerrel szemben egyértelműen a szoptatást pártolja. A szoptatással a szülésznők elmondása alapján ritkán van probléma a cigány kismamák már fentebb említett tapasztaltsága miatt. A szülésznők azonban azt is kiemelték, hogy az újszülötteket gond nélkül a szobában hagyják, vagy beadják a csecsemőgondozókhoz a többségében dohányzó roma édesanyák.

Alacsony társadalmi státusz

A fókuszcsoport során hamar egyértelművé vált, hogy a két egészségügyi intézményben ellátott cigány kismamák többsége – leszámítva a belvárosi, jómódú, muzsikus cigány családokat – egyben alacsony társadalmi státuszú is. Az alacsony iskolai végzettség, és az ezzel összefüggő munkaerő-piaci inaktivitás, valamint rosszabb egészségmagatartás a várandósság folyamatára is rányomja bélyegét.

A roma nők először is több gyermeket, és korábban vállalnak a többségi társadalomhoz képest. Ez a jelenség természetesen – ahogy azt az elméleti részben kifejtettük – nem függetleníthető a kulturális elemektől, azonban a szociális státusz is erőteljesen alakítja a gyermekvállalási kedvet.

„Nagyon sokszor nagyon fiatalon már többedszer szülnek. Pont, ha az egyik doktort idézzük, azt szokta mondani, 'egyszerűen először szülő roma asszony nincs'. Tehát nagyon gyakran nagyon fiatalon már a sokadik gyermeküket szülik. Ami szerintem nehézség, hogy ők nagyon-nagyon ritkán jutnak el esetleg egy felkészítő tanfolyamra, vagy hogy tudnák is, hogy mire készülnek, és szerintem a körülöttük lévő idősebb nők sem jól készítik fel őket. De én minél inkább a családban látom azt, hogy nagyon rossz irányba terelik a kismamákat. Mostanában nagyon sokszor tapasztaltam azt, hogy nagyon fiatal roma lányok, és olyan gyönyörűen szültek, hogy tényleg... az ember meg is könnyezte, mert 16-17 éves, és énszerintem azért meg kell érne a szülésre.”

A szülésznők nem tapasztalták a szakirodalom által gyakran emlegetett szegyenlősséget, szemérmességet a cigány kismamák körében. Az intim testrészeket jellemzően néven nevezik, a köznapi, adott esetben pejoratív kifejezéseket használva. Néhány tipikusan használt kifejezés azonban előkerült a csoportos beszélgetés folyamán, például az oxytocint köznapi nyelven „gyorsító”-nak hívják, a koraszülésnél az érést elősegítő tokolízis folyamatát „visszatartás”-nak, az abortuszt pedig „vetetés”-ként emlegetik.

A cigány kismamák gyakran nincsenek tisztában alapvető fogalmakkal, de ez az alacsony iskolai végzettséggel van összefüggésben, a hasonló státuszú nem roma szülő nőkre ugyanis ugyanúgy jellemző. Az alacsony iskolai végzettség, a funkcionális analfabetizmus az egészségügyi ellátás során jogi szempontból is problémát okozhat, hiszen a beleegyező nyilatkozatokat nehezen tudják értelmezni, az aláírás is sokszor nehézséget okoz, s gyakran csak úgy tesznek, mintha értenék az írottakat. *„Vagy úgy ír alá, hogy*

ilyen krikosz-kraksz, vagy úgy ír, mint egy általános iskolás, és negyed óra.” A jogszabályi rendszert, a betegjogi képviselő szerepét a cigány páciensek általában nem ismerik, konfrontálódás esetén a szóbeli fenyegetés lehetőségével élnek.

A szülésznők beszámolója alapján az alacsony státuszú cigány kismamák többsége nem megfelelően táplálkozik, sokan közülük dohányoznak, a belvárosi roma kismamák körében pedig nem ritka a droghasználat. Mindezek ellenére a szülésznők tapasztalata szerint ritkán fordulnak elő fejlődési rendellenességek, feltehetően azért, mert jellemzően fiatalon vállalják a roma nők gyermekeiket. A koraszülés ellenben annál gyakrabban fordul elő körükben, ám a megkérdezett szülésznők a koraszülött csecsemőket is életerősebbnek látják a nem roma újszülöttekhez képest: *„Meglepően jó állapotban vannak a roma koraszülött csecsemők, kabinoxigént szoktak csak kapni.”*

Szintén nem roma-specifikus, hanem az alacsony iskolai végzettséggel és rosszabb szociális helyzettel függ össze a nem megfelelő személyi, vagy tárgyi higiéné (például várandósgondozási kiskönyv állapota).

A szülésznők szerint a magasabb társadalmi státuszú cigány családokkal való munka ugyanúgy rejt magában kihívásokat, a kulturális tényezők mellett *„kibújik belőlük, hogy nem tartják a szabályokat”*), sokszor az anyagi jólétükre alapozva követelőzőbbek az ellátás során.

Szociálpszichológiai mechanizmusok

A kisebbségi létből fakadó szociálpszichológiai mechanizmusokkal kapcsolatos dilemmák javarészt a diszkrimináció és szegregáció témájához kapcsolódnak. A fókuszcsoportban résztvevő szülésznők elmondták, hogy tapasztalataik alapján egyértelműen gyakrabban küldenek kórházak az ő egészségügyi intézményeikbe cigány kismamákat, mindkét intézmény egyfajta „gyűjtőhely” ebből a szempontból. Az osztályon ugyanakkor a szülésznők nem válogatnak roma és nem roma kismamák között, ezt a résztvevő összes szülésznő megerősítette.

Mindkét intézményben egyértelmű azonban a szegregáció, elkülönített kórterme van a cigány anyáknak, ha nem is a vajúdás időszakában, de a csecsemőosztályon mindenképpen.

„A terhesosztályon talán annyira nincs ez olyan élesen, inkább a gyermekosztályon.”

„A gyerekágyon érdekes még, mikor letelefonálunk, hogy leviszünk egy kismamát: 'hát milyen típusút, hol van hely, hát hátul, igen, ott közöttük, akkor ő oda befér'...”

A szülésznők megítélése szerint a cigány kismamák egyébként is keresik egymás társaságát, és *„Mindenkinek jobb lenne, ha a saját nációval lenne...”*. Az elkülönítés fő érveit a cigány családok látogatási szokásai, valamint az eltérő higiénés szokások jelentik.

„Van olyan nálunk is, hogy helyhiány miatt bekerül két terhes, vagy megszült kismama olyan kórterembe, ahol... a világba nem ülnének egymás mellett még a vilamoson se, ott meg együtt alszanak napokig, és egyébként ott is mindig a családdal van baj, hogy a fehér [nem roma] kismamát nem az zavarja, hogy a szobatársa cigány, hanem hogy ő szoptat esetleg, és bevonul húsz cigány hozzátartozó, míg az

ő családja mondjuk tiszteletben tartja, hogy az ő szobatársa szoptat, vagy pelenkáz, és kimennek a folyosóra.”

Az is kiderült, hogy az elkülönítést inkább a nem roma nők kérik, gyakran azért választanak ún. alapítványi szobákat, hogy biztosan elkerüljék a cigány kismamákat. „[A nem roma kismamák] próbálják kerülni őket [a roma nőket], félnek attól, hogy kirabolják őket.” A szülésznők szerint a roma asszonyok számára egyáltalán nem meglepő a nem romák viszonyulása, már „megszokták”, emiatt nem is teszik szóvá az elkülönítést.

A szociálpszichológiai mechanizmusokhoz hozzá tartozik a cigány kismamák és a szülésznők, valamint orvosok viszonyának elemzése is. A kutatásba bevont szülésznők szerint a romák bizalmatlanabbak a nem roma páciensekhez képest.

„Talán az a legnehezebb, hogy ők bizalmatlanabbak velünk szemben. Bizalmatlanabbak, mint a nem romák. Meg kell nyerni őket, és ez időfaktor. Addig, amíg ők nem bizonyosodnak meg abban, hogy te jót szeretnél... Mert más az, ha téged már ismernek, akkor nyitottabbak is. Tehát el kell nyerni mindenképpen a bizalmukat.”

A roma családok ritkán fogadnak szülésznőt, a szülésznőket azonban ugyanúgy orvosként tisztelik, és „doktornőnek” szólítják a cigány kismamák, bár a roma férfiak esetében a nemnek meghatározóbb szerepe van: „Én csak nő vagyok nekik”. A kismamák és az orvos között egyértelműen a szülésznők közvetítenek, és bár ez a nem roma kismamák esetében is igaz, a cigány édesanyák esetében nagyobb jelentőséget kap ez a szerep. A fiatalabb szülésznőknek ugyanakkor sokkal jobban meg kell küzdeniük a bizalomért és tiszteletért, őket kevésbé fogadják el a cigány asszonyok, lévén, hogy még nem születtek. Nagyon ritkán, de az is megesik, hogy a cigány származású szülő nő másik szülésznőt kér „Ha te nem vagy jó, akkor hívok mást.”, illetve a császármetszés esetében is fontosabbá válik az orvos szerepe.

Megbeszélés

A szülésznők tapasztalatai megerősítik, hogy a hazai cigány népesség kapcsán nem fogalmazhatók meg általánosítható megállapítások. A szülésznők beszámolóit nem minden esetben, és nem teljes mértékben fedték az elméleti fejezetben ismertetett szakirodalom eredményeit, igazolva, hogy a cigány kismamák heterogén csoportot képeznek mind társadalmi státusz, mind a cigány hagyományok őrzése szempontjából. Eredményeink értelmezésében is rendkívül fontos szerepet játszott a két egészségügyi intézmény eltérő betegköre. A Budapest belvárosában élő romák a szülésznők beszámolóit alapján szekularizálódott csoportot alkotnak, a cigány kulturális elemeket nem tartják, az ő esetükben determinisztikusabb szerep jut a szociális tényezőknek. A Pest megyei kisebb településeken élő cigány családok többsége azonban hagyományőrző (a szülésznők a tradicionális cigány csoportokat az öltözködés alapján identifikálták), és ezek a tradíciók meghatározzák a szülés folyamatát is.

Kutatásunk eredményei megerősítették, hogy az alapvetően többségi társadalom által elfogadott, középosztályi normákra épülő egészségügyi jogi szabályozás nem



GALÉRIA

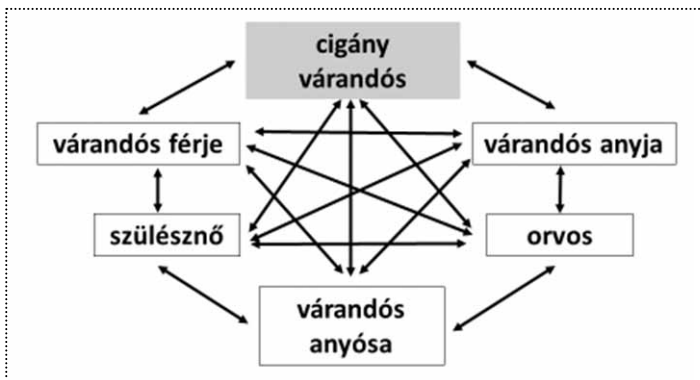
kompatibilis a cigányság kulturális hagyományaival és szokásaival, melyet sok esetben felerősít az alacsony szociális státuszuk, és az ezzel egyenes arányban álló alacsony iskolai végzettségük, a nem megfelelő tudásszintjük. Számos betegjog gyakorlása, így a tájékoztatáshoz, az emberi méltósághoz, a kapcsolattartáshoz és az önrendelkezéshez való joguk, az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga, valamint az orvosi titoktartáshoz való joguk korlátozottabb (Lukács & Feith, 2016). Az alábbi 1. táblázat összefoglalja, hogy a fókuszcsoportos beszélgetés alapján, a cigány nők szülése során milyen betegjogok gyakorlása generálhat konfliktust, s ezek elsődlegesen milyen összegző okokra vezethetőek vissza.

	cigány közösség szokásai	alacsony szociális státusz	alacsony iskolai végzettség
emberi méltósághoz való jog		X	
kapcsolattartás joga	X		
tájékoztatáshoz való jog	X	X	X
önrendelkezéshez való jog	X	X	X
egészségügyi dokumentáció megismerésének joga	X		X
titoktartáshoz való jog	X		X

1. táblázat: A cigány származású nő szülése során konfliktust generáló betegjogi sérelmek és lehetséges magyarázataik

A fókuszcsoportos interjú során felszínre kerülő feszültségek és jogi dilemmák nem csupán kulturális és szociális meghatározottságúak, de elválaszthatatlanul összefonódnak szociálpszichológiai mechanizmusokkal, így pl. a szegregációval, előítéletességgel. A cigány vajdó és szülő nő – hatályos egészségügyi törvényben rögzített – betegjogai nem pusztán az egészségügyi ellátórendszer egyenlőtlensége, túlterheltsége, esetle-

gesen az egészségügyi dolgozók ismerethiánya miatt sérülhetnek, hanem a cigány közösséget, különösen a tradicionális normákat tartó cigány csoportokat még mindig jellemző merev szokásrendszer miatt is. Eredményeink szerint ez utóbbi két irányból keletkeztethet további konfliktust: 1) a szülészeti ellátás során esetlegesen megjelenő betegjogi sérelmek mögött meghatározó módon jelen levő családi szerepelvárások, tradíciók (pl. a beteg helyett az anyós által gyakorolt önrendelkezési jog), valamint 2) a többségi társadalom – így pl. az egészségügyi ellátórendszerben a nem cigány származású betegtársak és az egészségügyi dolgozók túlnyomó hányadának – szokásrendszerétől idegen és ezáltal tagadó, olykor stigmatizációt kiváltó rosszsallása. A cigány nők szülészeti ellátása során úgy tűnik, hogy a tradicionális szokások legalább olyan erővel, ha nem súlyozottabban vannak jelen a betegjogi sérelmek mögött, mint a jól ismert ellátási problémák, túlszűfolttság, szakember hiány stb. Ugyanakkor nagyon fontos hangsúlyoznunk, hogy a cigány beteg egyáltalán nem biztos, hogy valódi sérelemként éli meg azt, ha a törvényben deklarált betegjogait nem megfelelőképpen tudja gyakorolni. Ennek egyrészt oka lehet az, hogy az általuk követett szokások erősebb hatással bírnak, mint a törvényi szabályozás, másrészt pedig a legtöbb esetben nincsenek is tisztában a betegjogi szabályozással, s annak betegeket védő tényezőivel. A betegjogi sérelmeket generáló vagy ennek következtében fellépő konfliktusok szereplői, azok személyi kapcsolódásai sokfélék lehetnek. (1. ábra)



1. ábra: A cigány származású nő szülészeti ellátása során megjelenő személyek között keletkező konfliktusok

Ezeknek a személyközi konfliktusoknak a forrásai szintén különfélék lehetnek. Tipikusan ezek akkor keletkezhetnek, amikor a cigány tradíció, kulturális szokásrend ütközik:

- a jogszabályi/szakmai előírásokkal,
- a hozzátartozói (pl. szülői, férji) érzésekkel, vagy
- a fiatalabb generáció modern, szokásokat tagadó életfelfogásával.

A fókuszcsoportos beszélgetés eredményei megerősítették, hogy ezeknek a konfliktusoknak egy része elkerülhető vagy feloldható egy jobb és a beteg szociokulturális helyzetét, szokásait jobban figyelembe vevő kommunikációval, esetleg adaptívabb hozzáállással.

Következtetések

Tanulmányunk végén még egyszer szeretnénk felhívni a figyelmet a hazai cigány népesség heterogenitására. Kutatásunk megerősítette, hogy a romák és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatát a kulturális és szociális, valamint szociálpszichológiai tényezők elválaszthatatlanul determinálják. A fókuszcsoportos vizsgálat keretein belül gyűjtött szülésznői tapasztalatok tehát nem általánosíthatók a teljes hazai cigány populációra. Ezen logika mentén az egészségügyi ellátórendszer sem kezelheti homogén csoportként a roma pácienseket, válaszokat kell megfogalmaznia a tradicionális, hagyományörző cigány közösségek normáira, egyúttal az alacsony társadalmi státuszból fakadó betegjogi dilemmákra. Ezek miatt a cigány közösség szülészeti ellátásában olykor kifejezetten nehéz és frusztráló lehet az egészségügyi dolgozó kötelezettségekkel és szabályokkal teli szerepe, hiszen gyökeresen – akár egymásnak is – ellentmondó lehet az egyes roma családok viselkedése. Ennek a konfliktusnak a feloldásához egyetlen út vezethet, ha az egészségügyi dolgozók a jövőben sokkal több információval, tudással rendelkeznek a cigányok szociális, kulturális és kisebbségi létéből adódó különbségeiről.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton is szeretnénk köszönetet mondani a fókuszcsoportos vizsgálatban részt vett szülésznőknek, hogy őszintén megosztották velünk tapasztalataikat.

Felhasznált irodalom

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903_290118
- Angyal Magdolna: A cigánység körében élő szokások, hiedelmek, babonák. In: Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 19–22. 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf (Letöltés ideje: 2018.03.08.)
- Angyal Magdolna: A magyarországi roma/cigány kisebbség helyzete és az életkörülményeit befolyásoló tényezők. In: Falus András (szerk.) Sokszínű egészségtudatosság. Budapest: SpringMed Kiadó. 157–168. 2015.
- Balázs Péter, Foley, K. L., Rákóczi, I. et al.: Koraszülő roma és nem roma nők összehasonlítása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei adatok alapján. Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle, 2010, 12(4), 138–145. 2010.
- Durst Judit: Kirekesztettség és gyermekvállalás A romák termékenységének változása néhány „gettósodó” aprófaluban (1970 – 2004). Doktori disszertáció, Budapest. 2006.
- Fogarasi-Grenczer Andrea: Várandósság alatti dohányzás okai és perinatális kimeneteli eredményei. Doktori disszertáció, Budapest. 2015.
- Gyukits György: Az egészségügy vesztesei. Beszélő, 2000, 5(4), 98–106. 2000.
- Hablicsek László: Kísérleti számítások a roma lakosság területi jellemzőinek alakulására és 2021-ig történő előrebecslésére. Demográfia, 50(1), 7–54. 2007.

- Husz Ildikó: Alacsony végzettség – sok gyerek? A magas termékenység néhány területi és etnikai aspektusáról. *Demográfia* 1., 5–22. 2011.
- Janky Béla: A korai gyermekvállalást meghatározó tényezők a cigány nők körében. *Demográfia* 50/1. 55–73. 2007
- KSH 2011 Népszámlálás http://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/tablak/demografia/04_02_03_14.xls (Letöltés ideje: 2018.03.08.)
- Lukács Ágnes – Feith Helga Judit. Betegjogok etnikai metszetben. *Orvosi Hetilap*, 157(18): 712–717. 2016.
- Náday Gyula: A cigányok hiedelemvilága. Budapest: Magyarországi Cigányok Demokratikus Szövetsége. 2000.
- Nagy Józsefné: A védőnői munka lehetőségei a roma családok egészségkultúrájának fejlesztésében. In: Kósa Zsigmond (szerk.) *Helyzetkép a magyarországi romákról*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó. 2016. 156–174.
- Neményi Mária: Cigány anyák az egészségügyben. Budapest: Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal. 1998.
- Rostás-Farkas György: A cigányok hagyomány- és hiedelemvilága. Budapest: Cigány Tudományos és Művészeti Társaság. 2000.
- Solymosy József Bonifác: A romák egészségi állapota Magyarországon. In: *Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano. 28–55. 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf (Letöltés ideje: 2018.03.16.)
- Szabóné Kármán Judit: A magyarországi roma/cigány népesség orvosantropológiai megközelítésben. In: Lázár Imre – Pikó Bettina (szerk.) *Orvosi Antropológia*. Budapest: Medicina. 395–409. 2012.
- Szirtesi Zoltán: Lehetséges konfliktusforrások romák és egészségügyi dolgozók között. In: *Egészségügy, kommunikáció, cigányság*, Budapest: Soros Alapítvány. 2002. 122–128.

Szabóné Kármán Judit

Az egészségügy és a cigányság

Néhány adat a cigányság történetéből

A cigányok/romák és az egészségügy több száz éves kapcsolata igen összetett; miközben többnyire – s jogosan – e populáció igen rossz egészségi státuszáról, jellemző komorbiditásáról, korai halálozásáról gyakran esik szó, kevesebbet említjük aktív szerepvállalásukat a közegészségügy, a népi orvoslás területén. Tanulmányom e másfajta nézőpontból is igyekszik bemutatni a cigányság és az egészségügy viszonyát.

Népi orvoslás, mágikus gyógymódok

A népi vagy tradicionális orvoslás az akadémiai és az alternatív (komplementer) orvosláson kívüli gyógyító rendszer.¹ S hogy mit értünk népi orvoslás alatt? Mindazokat a mágikus eszközöket, varázsló műveleteket, „amelyeket a néplélek teremtett meg a betegségek és a természet-és emberfeletti világ közt létrehozott titkos kapcsolattal.”² A népi gyógyászatban a betegségek okainak leggyakrabban a rontást, szemmel verést, s az Isteni büntetést tartották, ezért kezelésükre ráolvasást, rontás és szemmel verés elleni praktikákat gyakran alkalmaztak. A népi gyógyításban – ami az előző évszázadokban a hagyományos köznapi kultúra része volt – keverednek a hiedelmek és a tudáselemek. Minden családban (többnyire az asszonyok) ismerték a gyógyítás alapvető módszereit, de emellett minden közösségben specialisták – gyógyítóemberek, javasok – is voltak. A betegségek „levételére” mágiát használtak, ami szigorúan szabályozott cselekvéssorozatot (melyben kiemelt szerepe volt a helynek, időnek) és meghatározott szavak kimondását jelentette. A mágia eszközkészlete: hagyományos cselekvések (tisztító, elküldő, be-ill. kizáró cselekedetek, ráolvasás stb.), hagyományos eszközök (pl. szentelmények), hagyományos kísérő elemek (szótlanul, keresztúton, küszöbön, temető, napkelte vagy napnyugta után stb. végrehajtott cselekedetek). A mágiát az egyház üldözte, üldözi, ám minden közösség – szerte a világon – részben a rossz közegészségügyi viszonyok, részben pedig lelki igény miatt, mind a múltban, mind a jelenben fogékony a népi gyógyítók praktikáira. Soós József szerint: „a népi lélekben mélyen gyökerezik a mágikus-globális szemlélet. A mágia lelki feszültséget jelent, és éppen ettől távolodik

Szabóné Kármán Judit PhD, Tanszékvezető, Debreceni Református Hittudományi Egyetem Romológia Tanszék

- 1 Koltay Erika: Népi orvoslás – és természetgyógyászat. In: Lázár Imre-Pikó Bettina szerk.: Orvosi antropológia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012. 187.
- 2 Szendrey Ákos: Betegség, gyógyítás. In: A magyarság néprajza I-IV. (1933-37) Sajtó alá rendezte: Czákó Elemér. Egyetemi nyomda, Budapest. 1933. II. kötet 110-111

az orvostudomány.³ Frazer pedig így értelmezi: „A mágia a természeti törvények hamis rendszere, de csak az adott hiedelemrendszeren kívülről szemlélve, ugyanis belülről (egy adott közösségben élő szemszögéből) a mindennapi élet része, a rendszer belső törvénye által szabályozva.”⁴ A népi orvoslás szerves része volt a népi gyógynövények – gyógyfűvek, gyökerek – ismerete, alkalmazása is. A jótévő fűvekkel (pl. ezerjófű, angyalgyökér) gyógyítani tudtak, a rossz fűvekkel (pl. pokolszökés) viszont rontást, magzatelhajtást, halált tudtak okozni. Ma már az etnobotanikai, etnofarmakológiai kutatások jórészt igazolják a népi empiriában megőrzött gyógymódok egy részének, főleg a gyógynövényeknek, de számos gyógymódnak is a hatékonyságát. Az etnomedicina többek között a mágikus gyógymódok, az „igézés”, a gyógyító „rítusok”,⁵ a kimondott „varázsszavak”,⁶ „ráolvasások”⁷ gyógyító hatásait is kutatja; s míg korábban a ráolvasások szövegével foglalkoztak csupán, ma már azok pszichés, gyógyító következményeit is vizsgálják. A ráolvasás, a rituálé (rontás, betegség „levétel”) pszichofizikai és biokémiai hatásait ma már ismerjük; az esemény kapcsán endorfin szabadul fel a szervezetben, ennek szerepe a stresszoldásban pedig egyértelmű.⁸ A feszültségtől való megszabadulás, a probléma átadása, a „másoknak is már használt cselekmények elvégzése”, a hit a gyógyulásban, valóban elindít a szervezetben pozitív változást, gyógyulást. Ugyancsak fontos eleme volt a népi gyógyászatnak a betegségdémonokba vetett hit, ami ugyan a 19-20. századra már kikopott a magyar néphitből, ám különféle szitkok formájában még fellelhetjük őket: „A fene egyen meg! A guta üssön meg! A nyavalya törjön ki!”⁹ E betegségokozó démonok a korai orvoslás fontos alanyai lehettek!

A cigányok és a népi orvoslás

Mai ismereteink szerint a cigánynak (egyiptominak) nevezett népcsoport első kompániái a 11-12. században érkeztek Európa határaihoz. A kisebb-nagyobb családokban bevándorló cigányokat érdeklődéssel vegyes bizalmatlanság fogadta. A „furcsa” kinézetű, öltözetű, szemfényvesztést – jóslást, bűbájoskodást, mágiát, babonaságot – művelő csoportok korán kivívták az egyház ellenszenvét. A Bizánci Birodalomból származó cigányokra vonatkozó fontos dokumentum a 12. századi kánonjogász, Theodor Balsamonnak a Trullai Zsinat (692) dokumentumaihoz hozzáfűzött magyarázata, melyben hat év kiközösítéssel fenyegeti meg az egyház mindazon tagjait, akik medvetáncoltatással, jóvendőmondással, babonasággal, varázslással, szemmel verés elleni amulettek készítésével, árusításával foglalkoznak, miközben járják a világot. Ugyancsak a

3 Soós József: Falusi orvos, falusi nép. Gyógyászat, 1937. 11. sz. 171-173.

4 James G. Frazer: The Golden Bough 1890. /Az aranyág. Századvég Kiadó, Budapest, 2002

5 Diószegi Vilmos: „Visszafelé számláló” ráolvasások. Néprajzi Közlemények, 1957. II. évf. 3-4. sz. 162-173

6 Penavin Olga: Halotti búcsúztatók, imák, koldusénekek, gyógyító ráolvasások. A Hungarológiai Intézet Tudományos Közleményei, 1977. IX. évf. 32. sz. 5-22.

7 Pócs Éva: A népi gyógyászat és a néphit kutatásának határterületei. In: Antall József szerk.: Orvostörténeti Közlemények, Supplementum, 1979. 11-12. 61-75.

8 Hoppál Mihály: Népi gyógyítás. In: Hoppál Mihály szerk.: Magyar Néprajz VII. 1990. 693-724.

9 Koltay Erika: Népi orvoslás – és természetgyógyászat. In: Lázár Imre-Pikó Bettina szerk.: Orvosi antropológia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012. 190.



GALÉRIA

szemfényvesztés, babonaság ellen lépett fel az 1300-as évek elején I. Athanasziosz konstantinápolyi pátriárka, s küldött levelet a hiszékeny bizánciak papjainak, hogy óvják híveiket az *adiganoszoktól*, ne engedjék be otthonaikba, mert azok ördögi dolgokat cselekednek. Évtizedekkel később Joseph Bryennius (1340/1350-1431) bizánci szerzetes és prédikátor egy értekezésben már azt írta,¹⁰ hogy a birodalom balszerencséjének többek között az az oka, hogy az emberek naponta találkoznak a szemfényvesztőkkel, mágusokkal, *athinganoszokkal*. Egy, a 15. században keletkezett kánon pedig öt éves kiátkozással büntette azokat, akik szóba elegyednek a jövendőmondó, varázsló cigány nőkkel, vagy beengedik őket otthonukba. Az egyházban igen erős gyanú élt, hogy a cigányok – különösen viselkedésük, „mesterségeik,” s egyháztól való távolmaradásuk, idegenkedésük miatt – voltaképpen eretnekek. Az 1500-as években készült pápai bullák, a *Licet ab initio* (III. Pál pápa 1542), majd az *Immensa Aeterni Dei* (V. Sixtus pápa 1588),¹¹ melyek megerősítették a római inkvizíciót abban, hogy a hittől eltávolodottak és az eretnekek ellen fellépjen, ily módon – ha nem is nevesítette a cigányokat – lehetővé tette az ellenük irányuló szankciók megszületését. A következő század egyházi vezetése is elhatárolódott tőlük; az 1611. és 1629. évi Nagyszombati Zsinatok rendeletei, melyek ugyan nem nevezték meg a cigányokat, egyértelműen rájuk utaló megállapításokat tettek, s tevékenységük ellen irányuló utasításokat adtak a papságnak:

10 Hivatkozik rá George C. Soulis, Az eredeti szöveg francia fordításban: L. Oeconomus: L'état intellectuel et moral des Byzantins vers le milieu de XIV e siècle d'après une page de Joseph Bryennios. Mélanges Charles Diehl I. (Paris 1930)

11 Várnagy Elemér: A cigányok és a katolikus egyház In: Várnagy Elemér szerk.: Keresztény Pedagógiai Nyári Egyetem Pécs, 1994. JPTE Pécs 96.

„A ráolvasást, mágiát, jövendölést, sorsvetést, tenyérjósást, kuruzslást a prédikációban gyakran ostorozzák, és ha valakiről kiderül a babonaság, értesítsék róla a püspököt.”

„Az egyszerű nép könnyen babonás, sok helyen javasasszonyok babonával gyógyítanak és ráolvasásokat művelnek. A plébános kérdezze gyónásban és azon kívül is, gyógyítanak-e babonás módon embereket vagy állatokat, és térítse el ettől az embereket.”¹²

E korai dokumentumok alapján nyilvánvaló, hogy a bevándorló cigányok (elsősorban az asszonyok) felfedeztek egy már meglévő igényt, s ehhez – mint oly sokszor a történetük során – alkalmazkodtak. A *niche* adta lehetőséget kihasználták; a nép az egyház tanításai, ellenkezése, rendeletei ellenére igényelte varázsló, mágikus – betegséget, ártást, rontást „levető”, illetve „szerző” szolgáltatásaikat, ami így fontos megélhetési forrássá vált számukra évszázadokon keresztül. A néprajzi kutatásokban, a hazai népi egyéniségkutatásokban ismertek egy-egy közösség vezető személyiségei, a „búcsúvezető”, a „siratóasszonyok”, táncosok, mesélők mellett a falusi tudákosok, javasok, a népi orvoslás emberei; a zselici csontakó-és öntőasszonyok, az ősi és nagysárréti javasok, a Dráva-menti varázslók és még sokan mások. E sorba illeszkedtek a maguk praktikáikkal, szolgáltatásaikkal a cigány asszonyok. A rontás, szemmel verés elleni védekezéséként használt piros szalag az újszülött csuklóján, ugyancsak e célból alkalmazott életlen kés, olló a párna, a küszöb alatt,¹³ a megköpdösés, a ráolvasások, varázsmódok mind-mind hasonlóságot mutatnak a nem cigány asszonyok (ritkán férfiak) gyógy módjaival. A cigány betegségdémonok is, bár más alakzatúak és nevűek (melalo, lilyi, thulo, tharidyi és társaik),¹⁴ illeszkednek a magyar néphitben a különféle betegségek megszüntetésére szolgáló alakjainak (guta, nyavalya, fene stb.) sorába.

Közegészségügy, orvoslás és a cigányok

A varázslás, kuruzslás mellett 15-16. századi feljegyzések bizonyítják, hogy a cigányok –15. századi megjelenésüket követően – a történelmi Magyarországon rendszerint közegészségügyi feladatokat is elláttak. A honos nép által lenézett, megvetett gyepmestéri munka (sintérség, kutyapécérség), ami a városokon, nagyobb településeken az elhullott állatok tetemének eltakarítását, a kóbor ebek befogását, de gyakran az árnyékszék takarítását is jelentette, a letelepedő cigányok egyik mesterségévé vált a fémművesség, kovácmesterség, lókupekedés, hóhéri teendők elvégzése és egyéb foglalkozások mellett. A török hódoltság idején a három részre szakadt országban eltérően alakult a cigányok sorsa. A Hódoltságban az elnéptelenedett falvak, települések romjain etnikailag és vallásilag is igen színes, multikulturális, a törökök támogatását bíró társadalom jött létre; délszláv rácok (ortodox szerbek és muzulmán bosnyákok)

12 Magyar Katolikus Lexikon – babonaság szócikk: <http://lexikon.katolikus.hu/B/babona.html>

13 Szabóné Kármán Judit: A magyarországi cigány/roma népesség kultúrantropológiai és orvosantropológiai megközelítésben. Romológiai Füzetek 2. DRHE Romológia Tanszék Debrecen, 2018.48.

14 uo. 48.

telepedtek be, akiket oláhok, bunyevácok, sokácok, szlovákok követtek, s e tarka népesség között helyük volt a cigányoknak is, akik részben már itt éltek, vagy a török csapatokkal érkeztek, illetve a törökök telepítették be őket. Egészen bizonyos, hogy a török csapatokkal érkeztek cigányok,¹⁵ akik az Oszmán Birodalom hadseregében önálló cigány félkatonai szervezetet (*dzseámeteket*) is alkottak; s köztük – a kovácsok, fegyverművesek, zenészek mellett – seborvosok is voltak. Budán, a mai Víziváros területén a török időkben egy 50-60 cigány családból álló önálló városrész „*zingarorum civitas*” is létrejött, melynek lakói fokozatosan áttértek az iszlám vallásra. Az 1546. évi adóösszeírás feljegyezte az itt élők foglalkozásait is; e szerint a cigányváros lakói többnyire ötvösök, borkereskedők, hóhérok voltak, s felírásra került egy Musztafa Tehim nevű cigány orvos is!¹⁶ Későbbi évszázadok összeírásából – pl. az 1830-as évek Nógrád megyei levéltári adataiból – kiderül, hogy egy-egy falnak cigány bábája volt,¹⁷ az 1893. évi országos cigányösszeírás az értelmiségiek között 22 szülész nőt említ, s a foglalkozásoknál félezer döngnyúzót, gypmestert jelöl.¹⁸

A közegészségügy – s a cigányok sorsának alakulása szempontjából – a 19. század meghatározó volt, hisz ekkor született meg az a törvény, melynek egyik cikkelye egészen a 20. század hetvenes-nyolcvanas éveinek végéig lehetőséget teremtett a cigánytelepek rendszeres átvizsgálására, az ott élők kényszermosdatására, tetvetlenítésére. A modern magyar közegészségügy megszületését fémjelző 1876. évi – A közegészségügy rendezéséről szóló XIV. törvénycikk – ugyanis kimondta, hogy „...a közegészség fenntartása elleni kihágás rendőri bírászkodás tárgyát képezi. A hatóság a felügyeletet panasz bevárása nélkül is időnkénti szemlék és vizsgálatok által gyakorolhatja.”¹⁹ A törvény ugyan nem említ kiemelten egyetlen népcsoportot, társadalmi réteget sem, hisz az általános közegészségügyi helyzet rendezése érdekében született, mégis ettől kezdve vált lehetővé és gyakorlattá csendőri segédlettel a cigányok kényszerített, sokszor megalázó módon végzett fürdetése. A cigánytelepeken a kényszermosdatás vált gyakorivá, a vándorcigányok ellen pedig közegészségügy és állategészségügy veszélyeztetése miatt születtek komoly vádak. A kóbor cigányok ugyanis, csakúgy, mint más vándorok, csavargók, állandó mozgásuk révén egyértelműen a gócekban megjelenő – a 19. század végétől Európában egymást követő, s hazánkban is számtalan áldozatot követelő kolera, hólyagos himlő és kiütéses tifuszbajrányok – hordozói, továbbterjesztői voltak. E

15 Varga Szabolcs: Pécs nemzetiségei a török korban. Digitális változat: http://arkadia.pte.hu/tortenelem/cikkek/pecs_nemzetisege_a_torok_korban (2014. 05.06.)

16 Fekete Lajos: A hódoltság török levéltári forrásai nyomában. Oriental Reprints. Kőrösi-Csoma Társaság – MTA Budapest. 1993. 35.

17 Szomszéd András: A cigánysággal kapcsolatos összeírások és statutumok forrásértéke a 17. század második felétől a 19. század közepéig. In: Á. Varga László (szerk.): Rendi társadalom és polgári társadalom 1. Társadalomtörténeti módszerek és forrástípusok Salgótarján, 1987. Nógrád Megyei Levéltár kiadványa 15. 31-33.

18 MSK 1895. A Magyarországon 1893. jan. 31-én végrehajtott cigányösszeírás eredményei. Magyar Statisztikai Közlemények Új Folyam IX. kötet Budapest, Athenaeum R. Társulat Könyvnyomdája

A gypmester dögbíróként is szerepel olykor; feladata (1888. évi VII. tc. szerint) némi fizetség ellenében az állati tetemek szabályszerű eltakarítása volt.

19 1876. évi XIV. tc. a közegészségügy rendezéséről. I. rész. Egészségügyi intézkedések. 1 fejezet. Általános határozatok. 2. és 3. § In: Törvények, jogszabályok CompLex Kiadó.

járványok terjedése ellen kollektíve oltották be a letelepedett, de a vándorló cigányokat is, amint azt a pécsi újság egyik 1907. évi lapszámában is olvashatjuk: „Azok a kóbor cigányok, akik a tegnapi vásárra Pécsre jöttek, ugyancsak megemlegetik azt a napot, és azt hisszük, hogy nem igen tisztelik meg látogatásukkal városunkat. Az eset úgy esett meg, hogy a cigányokat beoltották karhatalommal. A dolog nem volt olyan könnyű. A műtétet rögtön, ott a helyszínen hajtott végre Ludwig Ferenc dr. hatósági orvos rendőri asszisztencia mellett. A legnehezebb dolguk természetesen a rendőröknek volt. Úgy kellett nekik összefogni a cigányokat.”²⁰ Veszélyt jelentettek a vándorcigányok az állatállományra is; az ínséges időben az elhullott állatokat elfogyasztó, a döghúst „feldolgozó” cigányok által – az elhullott állatok dögműből felhúzása, egy részének feldolgozása, a maradék szétdobálása, széthagyása következtében – okozott állatjárványok miatt több feljelentés született ellenük.²¹ Az 1900-as évek elején a nyomor, a zsúfoltság melegágya volt a különböző kórokozónak, a tetvek által terjesztett kiütéses tífusz mind a fővárosban, mind vidéken újabb és újabb járványokat okozott. Sorra születtek a rendeletek a fertőzések terjedésének megakadályozása érdekében; a 21904/1923. MNM. rendelet²² előírta a cigánytelepek s egyéb nyomortanyák kötelező tetvetlenítését, a 83724/1923. sz. BM. körrendelet, majd a 47.083/1924. sz. NMM rendelet²³ a kiütéses tífusz terjesztésért felelős kóborcigányok, s telepeik, lakásaik hathatósabb fertőtlenítését, kötelező orvosi vizsgálatukat szorgalmazta. A Pest megyei alispán ezen kívül még elrendelte,²⁴ hogy területén minden megvizsgálta, fertőtlenített, egészséges cigány egészségügyi igazolvánnyal rendelkezzen. 1924 tavaszán különösen sok áldozatot szedett a kitört kiütéses tífusz Kecskeméten, maga a községi orvos is meghalt a járványban. A betegség továbbterjedésének megakadályozása végett előbb nagyszabású razzitát tartottak a cigányok lakta „Cigányvárosban” – több mint hetven katona és rendőr kiürítette és kitararította a putrikat, fertőtlenítettek, mindenkit fürdésre kényszerítettek, a férfiakat kopaszra nyírták –, majd két hétig karantén alá helyezték őket. Rendőrkoroddal vették körül a Cigányvárost, s senki nem hagyhatta el a telepet, az ott élő közel hatszáz embert a város táplálta. A cigányok azonban igyekeztek megszökni, egy asszonyt, ki át akarta törni a kordont, a katonák le is lőttek. Július végére szűnt csak meg a járvány a városban, s a környező településeken.²⁵

1930-ban került sor hazánkban az első cigány egészségügyi kutatásra; a debreceni Tisza István Tudományegyetem közegészségtani intézete orvosi vizsgálat alá vett 1000

20 Vargha Dezső: Cigányokkal kapcsolatos újságcikkek a Pécsi Közlöny 1907. évi példányaiban. In: Márfi Attila – Kosztics István szerk.: Cigánysors II. Emberháza Alapítvány, Erdős Kamill Cigánymúzeum és CKKE, Pécs 2009. 88-89.

21 Uo. 197.

22 Pomogyi László: Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás a polgári Magyarországon. Osiris-Századvég Kiadó, Budapest. 1995. 192.

23 Magyarországi Rendeletek Tára, 1924. április 2. 935-936. 1. Idézi: Karsai László: A cigánykérdés Magyarországon 1919-1945. Út a cigány Holokausthoz. Cserépfalvi Kiadó, Budapest 1992. 58.

24 25531/1923. kig. sz. In: Pomogyi László: Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás a polgári Magyarországon. Osiris-Századvég Kiadó, Budapest. 1995. 192.

25 Bálintné Mikes Katalin: Adatok Kecskemét város egészségügyi helyzetéről 1919-1936. In: Iványosi-Szabó Tibor (szerk.): Bács-Kiskun megye múltjából IV. Egészségügy. Bács-Kiskun megyei Levéltár. Kecskemét, 1982. 160. p.

biharmegyei cigányt a körükben gyakori járványos betegségek és fertőzések felfedezése és csökkentése céljából. A vizsgálatokat, vérvételeket a berettyóújfalusi járási tisztiorvos végezte el, az eredményeket az egyetem hozta nyilvánosságra; megállapították, hogy a vizsgálatban részt vett cigányok 25%-a vérbajos volt – számos család minden tagja fertőzöttnek bizonyult –, s hogy a diftéria, tífusz, paratífusz, kiütéses tífusz körükben igen elterjedt.²⁶ A kiütéses tífusz újra és újra felütötte fejét, s járványügyi szempontból kiemelt góc volt egy-egy cigánytelep, ami ellen drasztikus megoldásokat is fogantatosítottak. Amikor 1935 májusában a kiskuni cigánytelepen megjelent a kiütéses tífusz – 15 ember megbetegedett, egy meghalt –, a telepet teljesen felégették, a cigányokat pedig vesztegár alá vették.²⁷ 1938 nyarán az Arad megyei Kurtics község cigánynegyedében is kitört a tífuszjárvány; az egész falut vesztegár alá helyezték, a cigánytelepet fertőtlenítették, s elrendelték a telep lakosainak megnyírását.²⁸ Nem volt azonban mindenütt gond a telepek tisztán tartása, mint erről Hajdú vármegyei szemleútján a belügyminiszter és egészségügyi államtitkára személyesen is meggyőződhetett. Hajdúböszörményben tett látogatásukról a tudósító a következőket írta: *„Kozma Miklós belügyminiszter megtekintette a város szélén levő cigánytelepet is, ahol a környék cigányai letelepítve takaros házakban gondos egészségügyi ügyelet mellett rendes munkás életet folytatnak. A telep bejáratánál Nagy József cigánybíró katonásan jelentkezett: – A létszám 402 – jelentette a belügyminiszternek, majd szigorú hangon tette hozzá: A tisztaságot, a rendet, a fegyelmet fenntartom! A belügyminiszter végigment a cigánytelepen, amelynek egyetlen beteg lakosa sincs és nem is volt hosszú idő óta.”*²⁹

A harmincas évek végén, Budapesten nem kis tiszteletet vívott ki magának egy orvosnak készülő fiatal cigány muzsikusként. *Farkas Józsi* előkelő budapesti éttermekben zenélt éjszakánként, nappal pedig orvosi tanulmányait végezte. Az 1937-ben már szigorló orvostól szóló újságcikkek életéről is szolgáltatott adatokat; az igen tehetséges fiatal zenész – már a rádióban is játszott ez időben – nagy szegénységbe született, szinte gyermekkorától magát kényszerült eltartani, ezért alapított bandát. Vágya azonban, hogy szegény cigányok orvosa legyen. Tanárai becsülik szorgalmát, támogatják, s olykor eljönnek az étterembe meghallgatni a játékát – írták róla a korabeli lapok.³⁰

A 15. században hazánkba érkezett cigány kompániák leszármazottai közül néhányan már évtizedek óta orvosként szolgálnak cigányok és nem cigányok között, mára többen végeztek egyetemeken kutatóként, ápolóként, szülésként, mentőtisztként – messze meghaladva elődeik népi orvoslását, gyógyítói praxisát.

26 Orvosi vizsgálat alá vettek 1000 biharmegyei cigányt. Csendőrségi Lapok 1930. dec. 20. XX. évf. 36. sz. 1093. p.

27 Tífusz miatt felégetik a kiskuni cigánytelepet. Zalai Közlöny 1935. máj. 14.

28 Magyar Távirati Iroda jelentése: Arad 1938. június 1. 47. p. MTI „könyvatos” hírek. Napi hírek/Napi tudósítások 1920-1944. Magyar Országos Levéltár

29 Magyar Távirati Iroda jelentése: Hajdúböszörmény 1936. november 18. 30. p.

30 „Ki tanyája ez a nyárfás...?” Orvosnak készül és szegény cigányokat akar ingyen gyógyítani. Új Hírek 1937. 11. 28.

Judit Szabóné Kármán

Health Care and Roma People

A few data of the history of Roma people

The centuries-old relationship between Gypsy/Roma people and health care is quite complex; their poor health status, typical co-morbidity, early mortality is often – and deservedly – talked about, while their active engagement in public health and folk medicine is rarely mentioned. In my study I aim to present the relationship between Gypsies and health care from this aspect.

Folk medicine, magical therapies

Folk or traditional medicine is a healing system besides academic and alternative (complementary) medicine.¹ But what does folk medicine mean exactly? All those magical tools and workings „*that were created by the spirit of the people through the secret relationship between diseases and the supernatural and superhuman world.*”² In folk medicine curses, evil eye, and divine punishment were considered as the main cause of diseases, therefore spells, curses and practices against evil eye were often used as treatment. In folk medicine – which was part of the traditional common culture – belief and knowledge are combined. General methods of healing were known in every family (mostly by women), and there were also specialists – healers, wise women – in each community. Magic was used for „removing” diseases, including strictly regulated actions (with an emphasis on place and time) and the utterance of pre-defined words. Instruments of magic: traditional actions (purifying, chasing, closing and expelling acts, etc.), traditional tools (e.g. sacramental), traditional accompanying elements (actions performed silently, at crossroads, on a doorstep, at a cemetery, after sunrise or sunset, etc.). An essential part of folk medicine was the knowledge and use of folk herbs as well. Good herbs (e.g. centaury, angelica) had healing power, while bad herbs (e.g. herb paris) induced curse, abortion or death. Today, the efficiency of certain therapies preserved in folk empiricism – especially herbs and numerous other therapies – is justified by ethno botanical and ethno pharmacological studies. Ethno medicine focuses on the healing

Judit Szabóné Kármán, Ph.D. Head Of Department of Romology, Debrecen Reformed Theological University

- 1 Koltay Erika: Népi orvoslás – és természetgyógyászat. In: Lázár Imre-Pikó Bettina szerk.: Orvosi antropológia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012. 187.
- 2 Szendrey Ákos: Betegség, gyógyítás. In: A magyarság néprajza I-IV. (1933-37) Sajtó alá rendezte: Czákó Elemér. Egyetemi nyomda, Budapest. 1933. II. kötet 110-111.

effects of magical therapies, „spells”,³ healing rituals⁴ and „magic words”,⁵ too. Today not only the text but the psychological and healing effects of these spells are also examined. Psychophysical and biochemical effects of spells, healing rituals (the removal of curse or disease) are already shown; endorphin is released in the body which has stress relieving effect.⁶ By shaking off tension, giving out problems, „performing actions that helped others”, and the faith in recovery can trigger a positive change and healing. Faith in demons of disease was also an important element of folk medicine. It faded away by the 19-20th century, but they can be detected in cursings: „*May you be eaten by hell*”, „*May you be hit by stroke.*” or „*May you be broken by disease.*”⁷ These demons of disease must have been important subjects of early medicine! Every community around the world has always been responsive to the practices of folk healers due to bad public health circumstances or spiritual need. According to Soós József: „*magical-global approach is deeply rooted in the spirit of people. Magic means spiritual tension, and medicine retreats from that.*”⁸ Frazer said the following: „*Magic is the false system of natural law, but only from outside of the given belief system. From inside (from the perspective of someone living in a given community) it is part of everyday life regulated by the internal law of the system.*”⁹

Gypsies and folk medicine

According to our current knowledge, the first crews of the ethnic group called Gypsies appeared at the borders of Europe in the 11th-12th century. By wandering further, in the 13th-14th century they arrived to the Greek colonies of the Republic of Venice, the peninsula of Peloponnese and surrounding islands. The first authentic date of the appearance of Gypsies in the territory of historical Hungary is 1455.¹⁰ Gypsies wandering in various-sized families were received by curiosity mixed with mistrust. These “oddly” looking and dressed groups who practiced jugglery – fortune telling, magic, superstition – soon earned the antipathy of the church. Despite the fact that their appearance and behaviour was often considered repulsive as written in one of the entries of the Bologna chronicles in 1422 – “...*It should be noted that such abominable people have never set foot in this area before. They were skinny and black, eating like pigs. Their woman walked the*

-
- 3 Diószegi Vilmos: „Visszafelé számláló” ráolvasások. Néprajzi Közlemények, 1957. II. évf. 3-4. sz. 162-173.
 - 4 Penavin Olga: Halotti búcsúztatók, imák, koldusénekek, gyógyító ráolvasások. A Hungarológiai Intézet Tudományos Közleményei, 1977. IX. évf. 32. sz. 5-22.
 - 5 Pócs Éva: A népi gyógyászat és a néphit kutatásának határterületei. In: Antall József szerk.: Orvostörténeti Közlemények, Supplementum, 1979. 11-12. 61-75.
 - 6 Hoppál Mihály: Népi gyógyítás. In: Hoppál Mihály szerk.: Magyar Néprajz VII. 1990. 693-724.
 - 7 Koltay Erika: Népi orvoslás – és természetgyógyászat. In: Lázár Imre-Pikó Bettina szerk.: Orvosi antropológia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2012. 190.
 - 8 Soós József: Falusi orvos, falusi nép. Gyógyászat, 1937. 11. sz. 171-173.
 - 9 James G. Frazer: The Golden Bough 1890. /Az aranyág. Századvég Kiadó, Budapest, 2002.
 - 10 Szabóné Kármán Judit: A magyarországi cigányság I. (Cigányok és romák). Semmelweis Kiadó Budapest 2016 (Judit Szabóné Kármán: Hungarian Gypsies I. (Gypsies and Roma). Semmelweis Budapest 2016.)



GALÉRIA

streets by turns, wearing coarse clothes attached to their shoulders with rings in their ears and long veils on their head.”¹¹ – ordinary people used their fortune telling and corresponding services. In his explanation to the documents of the Council in Trullo (692) even Theodore Balsamon – a 12th-century canonist – threatened with six years of excommunication those members of the church who engaged in fortune telling, superstition, magic, or making and selling amulets against evil eye while travelling around the world. Their ability of ventriloquism was straight-out considered as cooperation with Satan and was referred to like witches, false prophets and other suspicious companies were. At the beginning of the 1300’s Athanasius I, a Patriarch of Constantinople also took actions against jugglery and superstition. He sent a letter to the priests of the credulous Byzantines requesting them to defend their believers from *athinganos*, not to let him in their homes because they do diabolical acts. Decades later Joseph Bryennius (1340/1350-1431), a monk and preacher from Byzantium stated in one of his essays¹² that among other things, the misfortune of the empire is the result of people meeting jugglers, magicians, and *athinganos* on a daily basis. Furthermore, the punishment of those who engaged in a conversation with fortune teller, magician gypsy women or let them in their houses was an anathema of five years by a 15th-century canon. The church had the strong suspicion that gypsies – especially due to their behaviour, „crafts”, and aversion from the church – were actually heretics. The papal bulls of the 1500’s such as

11 Sir Angus Fraser: A cigányok. Osiris Kiadó Budapest 2000. 76.

12 Referring to George C. Soulis, Original text in French translation: L. Oeconomus: L'état intellectuel et moral des Byzantins vers le milieu de XIV e siècle d'après une page de Joseph Bryennios. Mélanges Charles Diehl I. (Paris 1930)

Licet ab initio (Pope Paul III. 1542), then *Immensa Aeterni Dei* (Pope Sixtus V. 1588)¹³ that confirmed the roman inquisition to take action against heretics and those who became detached from faith, thus making it possible that sanctions against gypsies – even without naming them – to created. The church leadership of the following century also distanced itself from them; the decrees of the Trnava Synod of 1611 and 1629 – which however did not name gypsies but made obvious references to them – ordered the clergy against their activities:

„Spells, magic, fortune telling, casting of lot, palm reading, quackery is often scourged in sermons, and if superstition turns out about someone, the bishop shall be informed.”

„Ordinary people easily become superstitious, wise-women heal with superstition and use spells.”¹⁴

According to early documents it is obvious that immigrant Gypsies (women in particular) discovered an already existing demand and adapted to it – just like many other times during their history. They took advantage of the niche; despite of the teachings, the resistance and the regulations of church, people needed their magical services of removing disease, spells and curses, which became an important way of making a living for centuries. Leaders of certain communities can be found in ethnographic researches: village scowlers, wise-women, people of folk medicine besides „farewell leaders”, „wailers”, dancers, story-tellers; chiropractor women of Zselic, wise-women of Ősi and Nagysárrét, magicians along the Drava, and many others. Gypsy women fit in this list with their own practices and services. A red ribbon on the wrist of the newborn child against curses and evil eye, a blunt knife or scissors under the pillow or the doorstep¹⁵ for the same reason, spitting and spells show similarities to therapies of non-gypsy women (and sometimes men). Gypsy demons (melalo, lilyi, thulo, tharidyí)¹⁶ of disease also fit in the list of personified diseases in Hungarian folklore (stroke, misery, etc.) in spite of having different forms and names.

Public health, medicine and Gypsies

Notes from the 15-16th century prove that Gypsies in historical Hungary – after their arrival in the 15th century – usually fulfilled functions in public health besides magic and quackery. They became professional pound masters – an occupation despised by na-

13 Várnagy Elemér: A cigányok és a katolikus egyház In: Várnagy Elemér szerk.: Keresztény Pedagógiai Nyári Egyetem Pécs, 1994. JPTE Pécs 96.

14 Magyar Katolikus Lexikon – babonaság szócikk: <http://lexikon.katolikus.hu/B/babona.html>

15 Szabóné Kármán Judit: A magyarországi cigány/roma népesség kultúranropológiai és orvosantropológiai megközelítésben. Romológiai Füzetek 2. DRHE Romológia Tanszék Debrecen, 2018. 48.

16 Szabóné Kármán Judit: A magyarországi cigány/roma népesség kultúranropológiai és orvosantropológiai megközelítésben. Romológiai Füzetek 2. DRHE Romológia Tanszék Debrecen, 2018. 49.

tives – which meant not only the collection of animal carcasses and stray dogs in towns but often the cleaning of outhouses. Other occupations held by Gypsies were metal-worker, smith, horse-dealer, executioner and many other. During the Turkish rule when the country was divided into three parts, their fortune evolved differently. On the ruins of deserted villages, an ethnically and religiously colourful and multicultural society was created with Turkish support; South Slavic Serbs (orthodox Serbs and Muslim Bosnians) settled followed by Vlach, Bunjevci, Slovak people. Gypsies found their place in this community. They either had been living there, or arrived with Turkish groups, or were settled by the Turkish. It is certain that Gypsies who arrived with Turkish groups¹⁷ established an independent Gypsy paramilitary organization (named *dzseámet*) in the army of the Ottoman Empire; including smiths, metal workers, musicians and surgeons. During the Turkish rule, an independent district of 50-60 Gypsy families was established in Buda (named „*zingarorum civitas*”), and the residents gradually converted to Islamic. The occupation of these residents was documented by the tax census in 1546, according to which most of the Gypsy people were working as goldsmith, wine merchants, or executioners, and a doctor called Musztafa Tehim was also recorded.¹⁸ According to subsequent censuses – e.g. from the archives of Nógrád county in the 1830's – it is revealed that there were Gypsy midwives¹⁹ in certain villages. In the 1893 Gypsy census 22 midwives were mentioned among intellectuals, and half thousand knackers, pound masters were recorded.²⁰

The 19th century was determining regarding public health and the fortune of the Gypsy population, as a law was passed which provided opportunity for regular inspections of Gypsy settlements, forced washing and delousing of the people living there until the end of the 1970-1980's. The Act XIV. of 1876 on the arrangement of public health was the hallmark of the modern Hungarian public health stating that „...*any violations against the sustenance of public health is subject to police jurisdiction. Periodic inspections and surveys may be carried out by authorities even without the receipt of any complaint.*”²¹ Although, no ethnic group or social class is highlighted by the law – since it was created to settle the situation of the general public health –, forced and often humiliating bathing of Gypsy people became possible and a general practice with the help of gendarmes. Forced washing at Gypsy settlements become commonplace, and

17 Varga Szabolcs: Pécs nemzetiségei a török korban. Digitális változat: http://arkadia.pte.hu/tortenelem/cikkek/pecs_nemzetisege_a_torok_korban (2018. 05.06.)

18 Fekete Lajos: A hódoltság török levéltári forrásai nyomában. Oriental Reprints. Kőrösi-Csoma Társaság –MTA Budapest. 1993. 35. p.

19 Szomszéd András (1987): A cigánysággal kapcsolatos összeírások és statutumok forrásértéke a 17. század második felétől a 19. század közepéig. In: Á. Varga László (szerk.): Rendi társadalom és polgári társadalom 1. Társadalomtörténeti módszerek és forrástípusok Salgótarján, 1987. Nógrád Megyei Levéltár kiadványa 15. 31-33. p.

20 MSK 1895. A Magyarországon 1893. jan. 31-én végrehajtott cigányösszeírás eredményei. Magyar Statisztikai Közlemények Új Folyam IX. kötet Budapest, Athenaeum R. Társulat Könyvnyomdája

A gyepmester dögbíróként is szerepel olykor; feladata (1888. évi VII. tc. szerint) némi fizetség ellenében az állati tetemek szabályszerű eltakarítása volt.

21 1876. évi XIV. tc. a közegészségügy rendezéséről. I. rész. Egészségügyi intézkedések. 1 fejezet. Általános határozatok. 2. és 3. § In: Törvények, jogszabályok CompLex Kiadó.

serious accusations were raised against wanderer Gypsies for jeopardising public health and animal health. Similarly to other roamers and tramps, through their continuous movement, wanderer Gypsies carried and spread diseases such as cholera, vesicular pox and spotted fever which claimed numerous victims in Europe and in Hungary from the end of the 19th century. Settled and wanderer Gypsies were collectively vaccinated against those epidemics as written in an issue of the Newspaper of Pécs from 1907: *„Those wanderer Gypsies that visited the fair of Pécs yesterday will remember that day and most probably will not pay any more visit to our city. They were vaccinated with armed forces. It was not an easy procedure. It was performed by medical expert Ludwig Ferenc dr. on the spot with police assistance. It was hardest for the police. They had to gather the Gypsies.”*²² Wanderer Gypsies meant threat for livestock as well. Numerous charges were pressed against them because of consuming and „processing” dead animals in times of need, and then leaving the carcasses thrown about, lying around, thus spreading animal epidemic.²³ In the beginning of the 1900’s, poverty and overcrowding was the hotbed for various pathogens. Spotted fever spread by lice caused more and more epidemics in the capital city and in the country as well. A number of regulations were created in order to prevent the diseases from spreading; Circular no. 83724/1923 of the Ministry²⁴ of Interior and Decree no. 47.083/1924 of the Ministry²⁵ of Labor and Social Welfare urged the compulsory medical examination of wanderer Gypsies responsible for spreading spotted fever, and more effective disinfection of their houses and settlements. Furthermore, the deputy count of Pest county ordered²⁶ that examined, disinfected, and healthy Gypsies in his region shall possess a health certificate. In the spring of 1924, spotted fever in Kecskemét claimed a considerably high number of victims, including the local doctor himself. In order to avoid further spreading of the disease, a large-scale raid was carried out first in the so-called „Gypsy town” when more than seventy soldiers and police officers evacuated and cleaned and disinfected the gypsy shacks, made everyone take a bath, cut men’s hair bald, then put them in quarantine for two weeks. The Gypsy town was surrounded by a police cordon, no one could leave the settlement, and the almost six hundred people were fed by the city. However, Gypsies still tried to escape. A woman trying to break the cordon was shot by soldiers. The epidemic in the city and surrounding towns ceased only by the end of July.²⁷ The first health

- 22 Vargha Dezső: Cigányokkal kapcsolatos újságcikkek a Pécsi Közlöny 1907. évi példányaiban. In: Márfi Attila – Kosztics István szerk. (2009): Cigánysors II. Emberháza Alapítvány, Erdős Kamill Cigánymúzeum és CKKE, Pécs 88-89.
- 23 Vargha Dezső: Cigányokkal kapcsolatos újságcikkek a Pécsi Közlöny 1907. évi példányaiban. In: Márfi Attila – Kosztics István szerk.: Cigánysors II. Emberháza Alapítvány, Erdős Kamill Cigánymúzeum és CKKE, Pécs, 2009. 197.
- 24 Pomogyi László (1995): Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás a polgári Magyarországon. Osiris-Századvég Kiadó, Budapest. 1995. 192.
- 25 Magyarországi Rendeletek Tára, 1924. április 2. 935-936. 1. Idézi: Karsai László: A cigánykérdés Magyarországon 1919-1945. Út a cigány Holokauszthoz. Cserépfalvi Kiadó, Budapest, 1992. 58.
- 26 25531/1923. kig. sz. In: Pomogyi László: Cigánykérdés és cigányügyi igazgatás a polgári Magyarországon. Osiris-Századvég Kiadó, Budapest. 1995. 192.
- 27 Bálintné Mikes Katalin: Adatok Kecskemét város egészségügyi helyzetéről 1919-1936. In: Iványosi-Szabó Tibor (szerk.): Bács-Kiskun megye múltjából IV. Egészségügy. Bács-Kiskun megyei Levéltár. Kecskemét, 1982. 160.

research of Gypsies in Hungary was conducted in 1930. The institute of public health of Tisza István Science University in Debrecen examined one thousand Gypsies of Bihar county in order to explore and reduce the rate of epidemic diseases and infections that were common in their community. Blood collection and examinations were performed by the district medical officer of Berettyóújfalu, and the results were published by the university. It was revealed that 25% of the examined Gypsies had syphilis – every family member in a lot of families – and diphtheria, typhoid, paratyphoid, and spotted fever are quite widespread among them.²⁸

Spotted fever appeared again and again. Certain Gypsy settlements were considered the center of it, where drastic solutions had to be implemented. When spotted fever appeared at the Gypsy settlement of Kiskun in May, 1935 – fifteen people fell sick, one died – the whole settlement was burnt down and the people were put under quarantine.²⁹ During the summer of 1938, typhoid epidemic erupted in the Gypsy settlement of Kurtics in Arad county; the whole village was put under quarantine, the Gypsy settlement was disinfected, and residents had to cut their hair.³⁰ Keeping the settlements clean was not problematic everywhere. The Minister of Interior and the State Secretariat for health were convinced about that during their inspection in Hajdú county; the correspondent wrote the following about their visit in Hajdúböszörmény: "*Minister of Interior Kozma Miklós visited the Gypsy settlement in the suburbs where local Gypsies live in neat houses leading a normal working life under thorough health care service. At the entrance of the settlement Gypsy judge Nagy József reported neatly: "402 is the current headcount" – he said and then added sternly: "I maintain cleanliness, order and discipline!" The Minister of Interior walked through the Gypsy settlement where no sickness had been recorded for a very long time.*"³¹ At the end of the 1930's a Gypsy musician in Budapest earned great respect for pursuing medical studies. *Farkas Józsi* had been playing music in exclusive restaurants during night, and pursued his medical studies during the day. Personal information about the graduate student were published in newspaper articles in 1937; the talented musician – who had played music in the radio by that time – was born into a poor family. He had to earn a living from an early age, which is why he founded a band. Although, he desired to become a doctor of poor Gypsy people. His teachers valued his diligence and supported him. Sometimes they went to the restaurant to listen to his music – as written in contemporary newspapers.³² Some of the descendants of Gypsy groups that arrived to Hungary in the 15th century have been working as doctors for decades among Gypsy and not Gypsy people. A lot of them graduated from universities as researchers, nurses, obstetricians, paramedics – surpassing far beyond the folk medicine and healing practices of their ancestors.

28 Orvosi vizsgálat alá vettek 1000 biharmegyei cigányt. Csendőrségi Lapok 1930. dec. 20. XX. évf. 36. sz. 1093.

29 Tifusz miatt felégetik a kiskuni cigánytelepet. Zalai Közlöny 1935. máj. 14.

30 Magyar Távirati Iroda jelentése: Arad 1938. június 1. 47. MTI „könyomatos” hírek. Napi hírek/ Napi tudósítások 1920-1944. Magyar Országos Levéltár

31 Magyar Távirati Iroda jelentése: Hajdúböszörmény 1936. november 18. 30.

32 Ki tanyája ez a nyárfás...? Orvosnak készül és szegény cigányokat akar ingyen gyógyítani. Új Hírek 1937. 11. 28.

Pakai Annamária, Novákné Szabó Szilvia, Karácsony Ilona, Vajda Réka

Roma nők ismereteinek felmérése védőnői körzetben a méhnyakrák és kockázati tényezőivel kapcsolatban

Bevezetés

A világon globális betegségterhet jelentenek az összes halálozás 68%-át kitevő nem fertőző betegségeken belül a rosszindulatú daganatos megbetegedések. Világviszonylatban 14 millió megbetegedést és 8,2 millió halál- esetet okoztak 2012-ben, az Európai Unióban (EU28) 2,5 millióan voltak érintettek a kór által és 1,2 millió halálozásteredményezett. A rosszindulatú daganatos megbetegedések Magyarországon az összhálalozás 28%-ért (33.790 fő) felelősek 2012-ben. Világviszonylatban a méhnyakrák a malignus tumorok között harmadik-, a WHO Európai Régiójában az ötödik helyen áll, az emlő, a vastagbél, a tüdő és a méhtest rák után (WHO Globocan, 2012). Európa több országában a szervezett szűrőtevékenységnek köszönhetően a méhnyakrák miatti halálozás oly mértékben csökkent, hogy a betegség teljes eradikálása is szóba jöhet. 2013-ban 37 209 új daganatos megbetegedést fedeztek fel hazánkban a 20 év feletti nők körében, amelyek közül a méhnyak elváltozásai a tizedik leggyakrabban előforduló megbetegedést jelentették 1114 új felismert esettel (Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2015).

Magyarországon 2009-ben az Egészségügyi Minisztérium támogatásával, kísérleti jelleggel elindult a „Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram” (VMMP). A programba jelentkező védőnők részt vettek „A védőnők felkészítése a népegészségügyi célú méhnyakszűrésre (kenetvételekre) és követésére” című oktatáson. A képzés magába foglalta a méhnyakrák megbetegedéssel kapcsolatos elméleti oktatást, a kommunikációt támogató elméleti és gyakorlati képzést, valamint a kenetvételi technika nőgyógyász szakorvosok által felügyelt elsajátítását. A továbbképzés minden része vizsgával zárult a kenetvételi technika értékelését pedig a Citológiai Laboratórium (Sejtdiagnosztika Budapest Egészségügyi Kft.) végezte. A körzetekben a méhnyakszűrést az OTH által adott megbízó levél birtokában végezték a védőnők. Mivel a VMMP

- 1 Dr. Pakai Annamária PhD., habil, egyetemi docens, tanszékvezető, képzési igazgató PTE ETK, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenációs Tanszék, Szombathely
Novákné Szabó Szilvia védőnő, Zalaegerszegi Járási Hivatal Népegészségügyi Osztály, Szentpéterúr
Karácsony Ilona szakoktató, PTE ETK, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Védőnői és Prevenációs Tanszék, Szombathely
Vajda Réka szakoktató, PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet, Pécs

sikeresnek látszott, folytatódott tovább kísérleti programként (VMPII-V). A védőnői méhnyakszűrő program öt éve (2009-2013) alatt 137.603 nő kapott meghívólevelet a védőnőnél is igénybe vehető szervezett méhnyakszűrésre. A meghívott nők 50%-át elérték a védőnők. A VMP-ben részt vevő védőnők összesen 19.849 kenetet vettek le, ami az általuk elérték 30%-át jelentette. Továbbiakban a védőnői méhnyakszűréstől várható, hogy „helybe” viszi a méhnyakszűrést így azok számára is könnyebben elérhető lesz ahol nincs nőgyógyász, akik vonakodtak elmenni a szűrésre, lehetőség a női kenetvevő személyének biztosítására. Fontos, hogy megvalósuljon a személyes meghívás, a megfelelő tájékoztatás, szükség esetén az ösztönzés (nem negatív kenet, nőgyógyászati panaszok) a nőgyógyászati szakellátás igénybevételére. Jelenleg a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESZCSM módosításáról szóló 28/2013. (IV.5.) EMMI rendeletet az országgyűlés elfogadta, melynek értelmében a védőnők növelmi feladatai kiegészülnek 2015. május 1-ével a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzésével.

A védőnők méhnyakszűrésbe történő bevonásának főbb okai:

- A védőnők 1915 óta a megelőzés területén végzik munkájukat az egészségügyi alapellátás területén.
- Közreműködnek nő-, anya-, csecsemő-, gyermek-, ifjú-, családvédelemben. Ellátnak közegészségügyi, járványügyi egészségfejlesztési és egészségnevelési feladatokat is.
- Ellátási területük a körzet, ahol az életvitelszerűen ott élők körében végzik munkájukat, amelynek a növelmi feladatok (családtervezés, anyaságra felkészítés, lakossági szervezett szűrővizsgálatok szervezése) is részét képezik.
- A hátrányos helyzetű célpopuláció elérése és megnyerése, a szűrésbe történő bevonása beépíthető a tevékenységükbe. (Döbrössy et al, 2013; Fehér E, 2012; Vajda et al, 2017)

Célkitűzések

Hazai statisztikai adatok alapján a méhnyakrák előfordulási és halálozási mutatói a környező európai országokhoz mérten kedvezőtlenebb képet mutatnak. A Nemzeti Rákregiszter 2009-2013 időszakra vonatkozó adatai mind országosan, mind Zala megyében emelkedést mutattak a méhnyak-rák (BNO: C53) incidenciája tekintetében (Országos Onkológia Intézet 2009-2013). Jelen kutatás célkitűzései:

- Feltárni a méhnyakrák rizikó tényezőinek jelenlétét, azon 25-65 év közötti zalai roma nők körében, akik VMP-ben részt vevő településeken élnek.
- Tanulmányozni ismereteiket a méhnyak-rákról, a méhnyakszűrésről és a legfőbb kockázati tényezőjéről.
- Megvizsgálni a célcsoport méhnyak-szűrésen való részvételi szokásait, különös tekintettel a védőnői méhnyak-szűrésre.

Vizsgálati módszertan

A kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálat Zalaegerszeg Járás azon területi védőnői körzeteiben történt, ahol roma nők élnek és elérhető számukra a védőnői méhnyakszűrés. A

kutatásba bevont falvak: Szentpéterúr, Felsőrajk, Tótszerdahely, Csonkahegyhát, Zalabaksa, Pókaszeptk, Nemesapáti. A vizsgálat során a nevezett településeken dolgozó területi védőnők segítettek az adatgyűjtési tevékenységünket. A kutatásunk 2015. július és november között valósult meg. A nem véletlenszerű teljes körű mintavétel, célirányos kiválasztás fent nevezett településeken élő 25-65 év közötti korosztályba tartozó roma nők körében történt, akik számára a védőnői méhnyakszűrés elérhető. Kizárási kritérium volt: méheltávolításon átesett, jelenleg a méhnyak rosszindulatú elváltozása miatt kezelés alatt álló roma nők. Kizártuk továbbá azokat, akik a kérdőív több mint 70%-át (n=22) nem töltötték ki. Összesen 150 darab kérdőív került kiosztásra, ebből 128 darab kérdőív volt értékelhető.

Saját szerkesztésű kérdőívünk kitöltése anonim módon, önállóan (kérésre területi védőnő segítségével) történt, az alábbi kérdéscsoportokat tartalmazta: **Szociodemográfiai adatok** (életkor, családi állapot, egy háztartásban élő személye és számuk, kiskorú gyermekek száma, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás), **A méhnyakrák szempontjából fontosabb rizikótényezők** (szociális helyzet, életkor első terhességkor, terhességek száma, szülések száma, abortuszok száma, dohányzás, alkoholfogyasztás, alkalmazott fogamzásgátlási mód,); **Humán papillomavírussal kapcsolatos ismeretek** (HPV jelentése, fertőzést elősegítő tényezők, HPV által okozott betegségek, terjedési mód, megelőzés lehetőségei, oltással kapcsolatos hajlandóság) (Millei et al, 2014; Vajda et al, 2014.a; Vajda et al, 2014.b; Vajda et al, 2013); **A méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretek** (kialakulását elősegítő tényezők, ok, szűrésen való megjelenési arány, halálozás, szűrés módszerei) (Millei et al, 2014; Vajda et al, 2014.a; Vajda et al, 2014.b; Vajda et al, 2013); **Méhnyakszűréssel kapcsolatos szokások** (megjelenés, első alkalom, gyakoriság, rendszeresség, információ források méhnyakrák megelőzésére vonatkozóan, védőnői méhnyakszűrés ismerete, részvétel, előny) (Karamánné Pakai 2014, Karamánné Pakai 2011; Karamánné Pakai et al 2009.a.; Karamánné Pakai et al 2009.b.; Karamánné Pakai et al 2018.; Schiberna-Cser et al 2012; Pakai A et al, 2013, Karamánné Pakai et al 2015).

Leíró statisztikát – átlag, szórás, relatív gyakoriság, medián, módusz –, valamint 95%-os valószínűségi szinten ($p < 0,05$) matematikai statisztikai – χ^2 -próba, kétmintás t-próba, ANOVA, abban az esetben, ha Kolmogorov-Szmirnov Z értéke $p < 0,05$ (a mintánk nem követ normál eloszlást), a Kruskal-Wallis nem paraméteres próbát alkalmaztuk. Az adatok rögzítésére és elemzésére az SPSS 20.0 IBM Corporation statisztikai programcsomag adat- és változó tábláit használtuk.

Eredmények

Szociodemográfiai adatok

A vizsgáltban részt vevő nők átlag életkora 38,16 év (SD=10,28) a legfiatalabb megkérdezett 25, a legidősebb 59 éves volt. A családi állapot vonatkozásában 43,8%-ban az élettársi kapcsolat volt a jellemző 27,3%-uk házas 17,2%-uk hajadon, hat fő elvált és kilenc fő özvegy. A legtöbb nő (51,6%) házas/élettársával és gyermeke(i)vel él. Az egy lakásban élők száma átlagban 5 fő (SD=2,59), a legkevesebb 1, míg a legtöbb 12 fő. Az együtt élő kiskorú gyermekek száma átlagosan 2 (SD=1,83), ezen belül 61 fő 1-2 gyerekkel, 32 fő 3-4 gyermekkel, 14 fő 5-7 kiskorúval és 3 fő nyolc gyermekkel él, továbbá 21 fő

jelölte, hogy nem lakik együtt kiskorú gyermekkel. A mintában szereplők 41,4%-a nem végezte el az általános iskolát, 42,2%-nak általános iskolai végzettsége, 10,9%-nak szakiskolai vagy szakmunkásképző bizonyítványa, 5,5%-nak érettségi bizonyítványa van. Felsőfokú végzettséggel a kérdőívet kitöltők között senki sem rendelkezik. A megkérdezett nők esetében azonos a fizikai közmunkát végzők és a gazdaságilag inaktívak (GYES, GYED, GYET) aránya (28,1%), 18,0%-a háztartásbeli, 14,8%-a fizikai munkát végző foglalkoztatottak, szellemi munkát kevesen – mindösszesen 3,9 % – végeznek. A lakóhely és a kórház távolsága átlagban 30,76 km (SD=8,3) a legközelebb lakó tíz a legtávolabbi pedig 45 km-re élt. A kórházba való utazáshoz legtöbben (112 fő) az autóbustzt jelölték. Sokaknak (76 fő) személyautóval is van lehetősége közlekedni, de a vonatot mindösszesen heten jegyezték meg lehetséges utazási eszközként. A megkérdezettek közül 4,9% két-, 24,2% három- és 18,0% egy szobás lakásban él. A nők 64,8%-a saját anyagi helyzetét a környezetéhez képest átlagosnak, 32,8%-a átlag alattinak és 2,3 %-a átlag felettinek ítélte meg.

A méhnyakrák szempontjából fontosabb rizikótényezők jelenléte

Az első várandósság idején az asszonyok átlag életkora 19,1 év (SD=4,3), a legfiatalabb 13, a legidősebb 37 éves volt. A leíró elemzés alapján az első várandósság idején válaszadók közül 30-an 16 évnél fiatalabbak, 61-en 17-20 év között, és csupán 37 fő (28,9%) volt 20 évnél idősebb. A szülések számára átlagban 4, ugyanakkor 15 főnek nem volt egy szülése sem egy asszony pedig 10 gyermeket szült. Abortusza a megkérdezettek 43%-ának nem volt ugyanakkor 0,8% nyolc abortuszon esett át. Átlagban 1,43 (SD=1,682) jellemző, 19,5%-nak kettő, 15,6%-nak egy, 10,2%-nak három terhesség megszakítása volt.

A dohányzással kapcsolatos kérdés esetében a válaszadók 58,6%-a naponta egy doboz cigarettát szív el, 7% még többet és csupán 14% nem dohányzott soha, valamint a leszokottak aránya is alacsony (8,6%).

Az anyagi helyzet megítélése szerint szignifikáns különbséget találtunk a dohányzás, mint kockázati tényező jelenlétében ($\chi^2 = 12,395$, $df=1$, Cramer $V=0,311$, $p<0,001$). Azok, akik átlag alatti jövedelemmel rendelkezőnek tartják magukat, a környezetükhöz képest nagyobb arányban dohányoznak (88,1%) mint az átlagos és átlag feletti jövedelemmel rendelkezők (57%). Az idősebb (36 év feletti) korosztály tagjai nagyobb arányban (74,6%) dohányoznak, mint a fiatalabbak (64,0%) de a különbség nem szignifikáns ($p=0,790$). Továbbá a gazdasági aktivitás és a családi állapot tekintetében sem volt feltehető szignifikáns kapcsolat ($p>0,05$).

Az alkoholfogyasztással kapcsolatosan a kérdőívet kitöltő nők 55,5%-a egy hónapnál ritkábban, 29,7% soha nem fogyaszt alkoholt. Napi és heti rendszerességgel összesen 9 fő italozik. A szocio-demográfiai tényezőkkel összevetve a változókat, szignifikáns kapcsolat nem volt kimutatható ($p>0,05$).

A rendszeresen használt fogamzásgátlási módok közül a nők 31,3%-a jelölte a tablettát, 14,8%-a az injekciót, 9,4%-a a spirált, 14,1%-a a gumióvszert, 11,7%-a a megszakított közösülést, 4,7%-a a petevezeték lekötést, a nem védekezők aránya pedig 22,7%. A kérdőívet kitöltők 43,8%-a alkalmazott élete során rendszeresen hormonális fogamzásgátlást, ők nagyobb arányban kerültek ki az átlagos vagy átlag feletti jövedelműek (47,7%) és a kapcsolatban élők köréből (46,2%). A fogamzásgátlási módokkal kapcsolatban szignifikáns különbséget az iskolai végzettséget tekintve találtunk. A nyolc osz-

tálynál magasabb végzettségűek nagyobb részben (52%) éltek a hormonális fogamzásgátlás lehetőségével, mint az alacsonyabb végzettségűek (32,1%), ($\chi^2 = 5,010$, $df=1$, $p=0,025$, Cramer $V=0,198$). A megkérdezettek 31,3%-a élete során egyáltalán nem alkalmazott semmiféle fogamzásgátlási módszert.

A higiénának a fertőzések megelőzésében betöltött szerepével a minta 97,7%-a tisztában volt. 77,3%-uk szerint a menstruáció alatt naponta többször, 0,8% szerint nem kell a nemi szerveket megmosni. A szexuális együttlét alkalmával történő tisztálkodásra vonatkozó kérdés esetében 84,4% szerint előtte és utána is kell mosakodni. Összességében elmondható, hogy a nők 69,5%-a (89 fő) megfelelően tájékozott 30,5%-a (39 fő) pedig hiányos ismeretekkel rendelkezik az intim higiénával kapcsolatban. Akkor tekintettük megfelelően tájékozottnak a kérdőívet kitöltő nőket, ha a fenti három kérdésből mindháromra helyesen válaszoltak. (1. táblázat)

változó	átlag	szórás	minimum	maximum
Az Ön életkora az első terhességekor?/év	19,1	4,3	13	37
Az Ön terhességeinek száma?	4,9	3,4	0	13
Az Ön szüleiének száma?	3,5	2,5	0	10
Az Ön abortuszainak száma?	1,4	1,6	0	8
változó	attributum	abszolút gyakoriság (n)	relatív gyakoriság (%)	
Dohányzás	igen	86	67,2	
	nem	42	32,8	
Alkohol fogyasztás	igen	19	14,8	
	nem	109	85,2	
Intim higiénével kapcsolatos tájékozottság	megfelelően tájékozott	89	69,5	
	nem megfelelően tájékozott	39	30,5	

1. táblázat: Kockázati tényezők jelenléte a megkérdezett roma nők körében (N=128)

Humán papillomavírussal kapcsolatos ismeretek

A HPV rövidítés jelentését a megkérdezett nők 29,7%-a ismerte. Közülük a nyolc osztálynál magasabb végzettségűek szignifikánsan tájékozottabbak (41,3%) ($\chi^2 = 11,769$, $df=1$, Cramer $V=0,303$, $p=0,001$). A fertőzést elősegítő tényezőkre vonatkozó kérdés kapcsán a kérdőívet kitöltők többségében a szexuális partnerek gyakori váltogatását (55,5%) és a korai életkorban kezdett szexuális életet (35,2%) tekintették kockázati tényezőnek. A nők 34,4%-a pedig nem rendelkezett semmilyen információval a kérdéssel kapcsolatban. A HPV fertőződést elősegítő tényezők körében helyes válasznak tekintettük, ha a „korai életkorban kezdett szexuális élet” és a „gyakori partnerváltás” megjelölésre került. A helyes válaszokat összevetve a szocio-demográfiai faktorokkal χ^2 -próbát végeztünk, ami azt mutatta, hogy a nyolc osztálynál magasabb végzettséggel rendelkezők közül szignifikánsan többen tudták a helyes választ ($\chi^2 = 11,190$, $df=1$, Cramer $V=0,296$, $p=0,001$).

A HPV méhnyakrák kialakulásában játszott szerepével, az asszonyok 53,9%-a volt tisztában és 7,8%-uk az ajak és szájüregi daganatok kialakulásáért is felelőssé tette. Szerepet tulajdonított a HPV-nek a válaszadók 3,9%-a a végbél daganatok kialakulásá-

ban is, viszont 43,0%-uk nem rendelkezik információval a HPV jelentőségéről az egyes daganatok kialakulásával kapcsolatban. A helyes választ a nyolc osztálynál magasabb végzettségűek 12,0%-ban tudták, bár a különbség az iskolai végzettség alapján nem volt szignifikáns ($p > 0,05$).

A minta 68,4%-a szerint nőket és férfiakat egyaránt, 35,2% szerint pedig csak nőket érintheti a HPV fertőzés. A fertőződés módját meghatározó kérdésre, a kitöltők válaszai alapján leggyakoribb (77,3%) a szexuális úton történő fertőződés lehetősége. Emellett 18,8% szerint illemhelyen, 3,9% szerint pedig uszodában is lehet fertőződni HPV vírussal. (2. táblázat)

változó	attributum	abszolút gyakoriság (n)	relatív gyakoriság (%)	helyes válasz n (%)	helytelen válasz n (%)
A HPV rövidítésjelentése	herpesz vírus	4	3,1	38 (29,7)	90 (70,3)
	humánpapillóma vírus	38	29,7		
	egy méhnyakrákért felelős gén rövidítése	32	25,0		
	nem tudom	42	42,2		
A HPV fertőződést elősegítő tényezők (több válasz is megjelölhető)	fogamzásgátló tablettá szedése	5	3,9	43 (33,6)	85 (66,4)
	korai életkorban kezdett szexuális élet	45	35,2		
	felfázás	20	15,6		
	dohányzás	10	7,8		
	szexuális partnerek gyakori váltogatása	71	55,5		
	női nem	71	55,5		
	férfi nem	3	2,3		
	uszodahasználat	13	10,2		
	genetikai hajlam	32	25		
nem tudom	44	34,4			
HPV okozta betegségek (több válasz is megjelölhető)	nem okozhat közvetlenül betegséget	-	-	10 (7,8)	118 (92,2)
	ajak-és szájüregi daganat	10	7,8		
	végbéldaganat	5	3,9		
	méhnyak-rák	69	53,9		
	emlődaganat	8	6,3		
	hasnyálmirigy daganat	1	0,8		
nem tudom	55	43,			
Kik fertőződhetnek	csak férfiakat	-	-	83 (64,8)	45 (35,2)
	csak nőket	45	35,2		
	nőket és férfiakat egyaránt	83	64,8		
HPV-vel való fertőződés módja	uszodában	5	3,9	99 (77,3)	29 (22,7)
	szexuális úton	99	77,3		
	illemhelyen	24	18,8		

2. táblázat: A HPV ismeretekkel kapcsolatos kérdések (N=128)



GALÉRIA

A HPV fertőzés, az esetek 69,5%-a szerint megelőzhető, mindösszesen 5% az, aki szerint nem és 25,0%-uk nem tudott nyilatkozni a kérdéssel kapcsolatban. A HPV elleni védőoltásokról hallott már korábban a nők 57,8%-a. Azok közül, akik hallottak az oltásról, 40% nem tudta, hogy milyen oltóanyag hozzáférhető Magyarországon, csupán 12,5% tudta helyesen, hogy a két leginkább rákkeltő típus elleni HPV-16 és -18-as mellett, a rákot nem, de vírusos szemölcsöt okozó 6-os és 11-es HPV- típusok ellen is védelmet nyújtó védőoltás is kapható. χ^2 -próbát végezve nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a szocio-demográfiai faktorok és a Magyarországon forgalomban lévő vakcina típusok ismerete között ($p > 0,05$). Pusztán egy nő részesült HPV elleni védőoltásban, de további 51 fő (39,8%), beoltatná magát. Ezt a kérdést elemezve szignifikáns kapcsolatot a családi állapottal találtunk ($\chi^2=5,42$, $df=1$, $p=0,025$, Cramer $V=0,261$). Azok a nők, akik nem élnek kapcsolatban ötször nagyobb eséllyel oltatnák be magukat HPV elleni védőoltással (OR:5,250, CI:1,100-25,06).

Összességében a HPV-vel kapcsolatos kérdésekre a 128 válaszadó közül helyesen csupán 4,7% (6 fő) válaszolt. A további értékelések érdekében a HPV-vel kapcsolatos ismereteket pontszámokkal láttuk el. A kérdésekre összesen 12 pontszám volt adható. Alacsony szintűnek tekintettük a tudást három pont alatt, közepesnek négy és hét pont között nyolc pont felett pedig magasnak. Ez alapján a megkérdezettek 41,4 %-a alacsony-, 48,4%- közepes és csupán 10%- rendelkezett magas szintű tudással. Az alacsony szintű tudással rendelkezők szignifikánsan nagyobb arányban az alacsonyabb iskolai végzettségűek köréből került ki ($\chi^2=17,122$ $df=2$, Cramer $V=0,366$, $p < 0,001$).

A méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretek

A méhnyakrák kialakulását elősegítő tényezők közül a legtöbben (74,2%) a szexuális partnerek gyakori változtatását, a korai életkorban kezdett szexuális életet (39,1%) és a genetikai hajlamot (35,9%) jelölték a válaszadók. Ezt követte a baktériumok (32,8%), a HPV fertőzés (30,5%) és a felfázás (30,5%). Az asszonyok helytelenül ítélték meg a felfázás, a baktériumok és az uszodahasználat szerepét. A dohányzásról a minta 18,0%-a, a fogamzásgátló tablettáról pedig 4,7% gondolta, hogy elősegíti a méhnyakrák kialakulását. Összességében a nők 17,2%-a felelt helyesen a kérdésre. A válaszokat akkor fogadtuk el, ha a nők egyaránt megjelölték a „korai életkorban kezdett szexuális élet”, a „szexuális partnerek gyakori változtatása” és a „humán papillomavírus fertőzést”. A méhnyakrák okaként a válaszolók 41,4%-a a gyakori partner váltást, 39,1% a magas rizikójú HPV-vel történő fertőzést, 19,5%-a pedig a különböző bakteriális fertőzéseket azonosította. Akkor tekintettük tájékozottnak a nőket, ha az okot és az elősegítő tényezőt is helyesen tudták. Így a nők 13,3%-a tekinthető a témában tájékozottnak, köztük szignifikánsan nagyobb arányban (20,0%) voltak jelen a nyolc osztálynál magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők ($\chi^2=7,079$, $df=1$, Cramer $V=0,236$, $p=0,008$).

A méhnyakrák kérdéskörön belül rákérdeztünk arra, hogy véleményük szerint a nők hány százaléka vesz részt ma Magyarországon méhnyakszűrésen. Helyes választ 34 fő (26,6%) adott miszerint 20-40% közötti a megjelenési arány. A válaszadók többsége szerint évente 200 nő halálát okozza hazánkban a méhnyakrák, megfelelő választ a nők 28,1%-a adott. A leánygyermekkel rendelkező nők 72,7%-a fontosnak tartja leánya számára a rendszeres nőgyógyászati szűrővizsgálaton való megjelenést. Közülük 3% nem engedheti meg magának, mert magas az ára és csupán 0,8% nem tartja fontosnak gyermeke rendszeres nőgyógyászati szűrésen való megjelenését. Az asszonyok méhnyakszűréssel kapcsolatos tájékozottságát azzal a kérdéssel teszteltük melyben a méhnyakszűrés módszereire kérdeztünk rá. 39,1%-ban helyesen megjelölték a méhszájtükrözés (colposcopia), sejtkenet mintavétel és indokolt esetben humán papillomavírus meghatározást. A méhnyakszűrés kizárólag sejtkenet mintavétellel történik 28,9% szerint és 27,3% nem rendelkezik információval a vizsgálatról. (3. táblázat) Az eredmények feldolgozása során elemeztük a méhnyakrákkal kapcsolatos ismeret szintet. Minden helyes válasz egy pontot ért összesen 10 pontot lehetett kapni, így az átlag tudásérték 3,35 volt (SD=1,791). Alacsony szintűnek tekintettük a tudást három pont alatt, közepesnek négy és hét pont között, magasnak pedig 7 pont felett. Ez alapján a megkérdezettek közül 77-en (60,2%) az alacsony, 51-en (39,8%) pedig a közepes tudású csoportba kerültek, magas szintű tudással nem rendelkezett senki a megkérdezettek közül.

változó	attributum	abszolút gyakoriság (n)	relatív gyakoriság (%)	helyes válasz n (%)	helytelen válasz n (%)
A méhnyak-rák kialakulását elősegítő tényezők (több válasz is megjelölhető)	fogamzásgátló tabletta szedése	6	4,7	22 (17,2)	106 (82,8)
	korai életkorban kezdett szexuális élet	50	39,1		
	felházás	39	30,5		
	dohányzás	23	18,0		
	szexuális partnerek gyakori változtatása	95	74,2		
	női nem	17	13,3		
	humán papillomavírus fertőzés	39	30,5		
	uszodahasználat	12	9,4		
	genetikai hajlam	46	35,9		
baktériumok	42	32,8	34 (26,6)	94 (73,4)	
0-20%	7	5,5			
20-40%	34	26,6			
40-60%	50	39,1			
60-80%	25	19,5			
80% felett	12	9,4	50 (39,1)	78 (60,9)	
különböző baktériumok	25	19,5			
gyakori partnerváltás	53	41,4			
magas rizikójú HPV (humán papillomavírus) törzsek	50	39,1	36 (28,1)	2 (71,9)	
50 nő	34	26,6			
200 nő	45	35,2			
500 nő	36	28,1			
900 nő	13	10,2	50 (39,1)	78 (60,9)	
méhszájtükrözés, sejtkenet mintavétel és HPV meghatározást	50	39,1			
kizárólag humán papillomavírus meghatározást	2	1,6			
kizárólag méhszájtükrözést	4	3,1			
kizárólag sejtkenet mintavételt	37	28,9			
nem tudom	35	27,3			

3. táblázat: Méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretek (N=128)

A méhnyakszűréssel kapcsolatos szokások, ismeretek

A kérdésekközött szerepelt, hogy milyen gyakorisággal kell megjelenni a méhnyakszűrésen. A kutatásban részt vevő nők 76,6%-a szerint évente, 12,5% véleménye alapján pedig három évente kell részt venni a vizsgálaton. 7% úgy véli, hogy két évente, 3,9% pedig ritkább megjelenést tart követendőnek. Összességében az asszonyok 96,1%-a szerint három illetve három éven belül kell nőgyógyászati szűrésen részt venni. A megkérdezettek közül 79,7% (102 fő) már vett részt méhnyakszűrésen, míg 20,3% (26 fő) nem. A vizsgálaton már részt vettek között szignifikánsan nagyobb arányban (84,6%) voltak azok, akik kapcsolatban élnek ($\chi^2=4,723$, $df=1$, Cramer $V=0,192$, $p=0,030$). Az asszonyok átlagosan 20,41 évesen ($SD=6,04$) jelentek meg először méhnyakszűrésen. A legfiatalabb életkor 14, a legidősebb 45 év volt. A méhnyakszűrésen résztvevők közül 45,1% évente, 12,7% három és 7,8% két évente jár szűrővizsgálatra, viszont a 34,3%-uk három évnél ritkábban. A további elemzések érdekében összevont csoportot képeztek a három év illetve az alatti kategóriák, valamint a három év felettiek.

A szocio-demográfiai adatok közül a családi állapot valamint a szűrési gyakoriság tekintetében nincs szignifikáns összefüggés ($p=0,097$), de az látható, hogy a kapcsolatban élő nők nagyobb része (54 fő) három évente illetve gyakrabban jár szűrésre. Az anyagi helyzet megítélésével és az iskolai végzettséggel szignifikáns kapcsolat mutatkozott. ($\chi_{\text{anyagi}}^2=7,321$, $df=1$, Cramer $V=0,268$, $p=0,007$; $\chi_{\text{iskola}}^2=7,187$, $df=1$, Cramer $V=0,265$, $p=0,007$).

Logisztikus regresszió elemzést végeztünk annak megállapítása céljából, hogy a szűrővizsgálaton való részvételi gyakoriságot, mint függő változót a fenti tényezők milyen mértékben befolyásolják. Az elvégzett elemzés eredménye azt mutatja, hogy a szociodemográfiai tényezők közül az iskolai végzettség valamint az anyagi helyzet, mint független változók határozzák meg a függő változónkat. A 8 általánosnál magasabb iskolai végzettséggel és az átlagos vagy a feletti anyagi helyzettel rendelkező nők több mint két és félszer nagyobb gyakorisággal vesznek részt 3 évnél gyakrabban méhnyakszűrő vizsgálaton ($\beta=0,963$, $OR_{\text{iskola}}=2,619$ 95%CI:1,086-6,316; $\beta=0,999$, $OR_{\text{anyagi}}=2,714$ 96%CI:1,094-6,738).

A „mikor jelent meg utoljára nőgyógyászati szűrésen” kérdésre adott válaszokból az látható, hogy a szűrésen részt vevő nők fele (51%) volt a tavalyi évben (2014), 12,7%-a két éven belül, az elmúlt három évben pedig 3,9%-uk jelent meg szűrésen. Megemlítendő az előbbi kérdés kapcsán, hogy a szűrésre járók 23,5%- nem emlékezett az utolsó szűrésének az időpontjára. (4. táblázat) A kérdést összevetve a szocio-demográfiai adatokkal, szignifikáns összefüggést a családi állapottal és az iskolai végzettséggel találtunk ($\chi_{\text{családiáll.}}^2=7,713$, $df=1$, Cramer $V=0,275$, $p=0,005$, $OR:3,868$, 95%CI:1,438-10,405; $\chi_{\text{iskola}}^2=7,138$, $df=1$, Cramer $V=0,265$, $p=0,008$). Azok, akik számon tartják utolsó méhnyakszűrésük időpontját, nagyrészt (82,1%) kapcsolatban élnek és magasabb iskolai végzettségűek (85,5%).

változó	átlag (év)	szórás	minimum (év)	maximum (év)
Első méhnyakszűrésen való megjelenés	20,41	6	14	45
	attributum		abszolút gyakoriság (n=128)	relatív gyakoriság (n)
Méhnyakszűrésen való megjelenés gyakorisága	3 éven belül		123	96,1
	3 éven túl		5	3,9
	attributum		abszolút gyakoriság (n=102)	relatív gyakoriság (%)
Ön milyen gyakran jár méhnyak-szűrésre?	kétévente illetve gyakrabban		54	52,9
	háromévente illetve ritkábban		48	47,1
Utolsó megjelenés nőgyógyászati rákszűrésen	nem emlékszik		24	23,5
	emlékszik		78	76,5

4. táblázat: Méhnyakszűrésen való részvételi szokások (N=128)

Kétmintás t-próba alkalmazásával vizsgáltuk, hogy van-e különbség méhnyakszűrésen való megjelenést tekintve a HPV-vel és a méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretek összetített pontértékei között. Azok között, akik megjelentek a méhnyakszűrésen és a védőnői kenetvételen illetve nem jelentek meg, a tudásértékben nem találtunk jelentős különbséget ($p > 0,05$). A megjelenés gyakorisága alapján az ismeretek közötti különbség tendencia szintű ($p = 0,051$). Az ANOVA vizsgálat eredményei alapján az iskolai végzettség szignifikáns hatással volt a kérdésekkel kapcsolatos jártasságra ($F = 14,801$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,19$). A Hochberg post hoc vizsgálat alapján a szignifikáns különbséget azok között találtuk, akik nem fejezték be az általános iskolát (mean_{8 általános alatt}: 6,23, SD=3,490) és akik annál magasabb végzettséggel rendelkeznek (mean_{8 osztály felett}: 11,05, SD=4,018) ($p < 0,001$).

A megkérdezett nők a méhnyakrák megelőzésével kapcsolatos információikat 76,6%-ban a védőnőtől, 68%-ban a televízióból és 44,5%-ban a nőgyógyásztól hallották. Az ismeretek 23,4%-ban a rokonoktól és az internetről származnak, csekély mértékben közvetít tudást az újság és a szórólap. Az asszonyok 3,1%-a egyik forrásból sem hallott információt.

A kutatás során a védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatosan is tettünk fel kérdéseket. A vizsgálatban résztvevők 84,4%-a hallott arról, hogy a védőnőnél is van mód méhnyakszűrésre. A megkérdezettek 88%-a a védőnőtől értesült a védőnői kenetvétel lehetőségéről, valamint 29,6%-uk a televízióból, 25%-uk rokonoktól ismerősöktől és 22%-uk a nőgyógyásztól. Azok közül, akik hallottak a védőnői méhnyakszűrésről, 41,7% (n=108) már részt is vett a védőnőnél kenetvételen. A védőnői méhnyakszűrésen történő megjelenés és a szocio-demográfiai tényezők valamint a HPV-vel és a méhnyakrákkal való tájékozottság összevetése során szignifikáns kapcsolat nem mutatkozott ($p > 0,05$). Akik részt vettek védőnői kenetvételen, 66,7%-ban a védőnő behívására, 15,6%-ban a meghívó levél hatására, 13,3%-ban saját döntés alapján és 4,4%-ban mások ajánlására tették. A védőnői méhnyakszűrésen részt vevő asszonyok 51,1%-a szándékosan a védőnőt választotta, 48,9%-ának pedig mindegy volt, hogy orvos vagy védőnő veszi le a kenetet. A kenetvevő személyének választása során szignifikáns kapcsolat mutatkozott az életkorral ($\chi^2 = 5,148$, $df = 1$, Cramer V = 0,338, $p = 0,023$) és a családi állapottal ($\chi^2 = 7,515$, $df = 1$, Cramer V = 0,409, $p = 0,006$). A 36 év feletti (64,3%), és akik nem élnek kapcsolat-

ban (80,0%) nagyobb arányban választották szándékosan a védőnő személyét a kenetvételre. Azok közül, akik megjelentek a védőnőnél kenetvételel, 95,6%-nak nem volt rossz tapasztalata és 100%-ban ajánlják asszonytársaiknak is. A védőnői méhnyakszűrés előnyei közül a legjelentősebb a válaszadó nők 86,7%-a szerint az, hogy helyben van valamint 59,4%-nak fontos volt, hogy megbízik a védőnőben. Az asszonyok 40,6%-a az „elfogad”, 39,8%-a „előtte nincs szégyenérzetem” és 39,8%-a „szán rám annyi időt, amennyi szükséges” válaszokat tartotta prioritásnak. Az egyéni időpontot 28,9%-ban a rövid várakozási időt pedig 32,8%-ban tartották hasznosnak. Az egyéb válaszlehetőségek közül a következőket írták le a kérdőívet kitöltők: „a védőnő diszkrétebb, felvilágosít, jobban meghallgat, mint az orvos, érthetően válaszol, tanácsot ad, tovább küld vizsgálatokra”. A szűrésen való megjelenést (járt-e vagy nem méhnyakszűrésen, volt-e védőnői méhnyakszűrésen, illetve a szűrési gyakoriság) összevetettük a közlekedési lehetőségekkel (tömegközlekedés, tömeg és egyéni közlekedés is) azonban szignifikáns kapcsolatot nem találtunk ($p=0,102$).

Az elmúlt három évben az asszonyok 32,8%-a kapott meghívólevelet, melynek hatására 23,8%-uk jelent meg szűrésen. χ^2 -próba alkalmazásával szignifikáns kapcsolatot találtunk a meghívólevelet kaptak és az életkor ($\chi^2=15,124$, $df=1$, Cramer $V=0,344$, $p<0,001$), valamint a gazdasági aktivitás között ($\chi^2=4,016$, $df=1$, Cramer $V=0,177$, $p=0,045$). A 36 év alattiak (11 fő) és a gazdaságilag passzívok (17 fő) kevesebben kaptak meghívólevelet. A meghívólevelet kaptak között magas volt azok aránya (45,2) akik a levél ellenére sem mentek el a szűrésre, 31,0%-uk pedig mindenképp ment volna akkor is, ha nem kap levelet. Azok, akik a meghívólevél hatására elmentek szűrésre, 56,5%-ban a védőnőnél, 43,5%-ban pedig nőgyógyásznál jelentkeztek kenetvételre. A méhnyakszűrésen való megjelenést (volt/nem volt) összevetettük az egészségi állapot szubjektív megítélésével, de a változók között nem mutatkozott szignifikáns kapcsolat ($p=0,134$), ahogy a szűrési gyakorisággal történő összevetés során sem ($p=0,742$). A védőnői méhnyakszűrésen való megjelenéssel kapcsolatban pedig tendencia szintű ($p=0,050$).

Az adatok összevetése korábbi kutatási eredményekkel

A méhnyakrák a rosszindulatú daganatok között világviszonylatban jelentős helyet foglal el (WHO Globocan 2012). Az Európai Unióban a méhnyakrák gyakoriságát tekintve az ötödik, Magyarországon 2015-ben 476 nő vesztette életét és, ezzel a 9. halálok (Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2015). Annak ellenére, hogy hazánkban rendelkezésre áll a megelőzésére szolgáló szervezett cervixszűrés, komoly népegészségügyi problémát jelent, mivel a méhnyakszűrés csak megfelelő hatékonysággal működve biztosíthatna lehetőséget a cervix carcinóma okozta halálozás radikális csökkentésére (Langmár et al, 2011). Magyarországon a szakemberek több kutatásban vizsgálták a szűréstől való távolmaradás okait, a rizikótényezőket és megelőzésre irányuló ismereteket, a szűréssel szembeni attitűdöt, valamint a daganatos megbetegedések pszichoszociális háttértényezőit (Pakai et al, 2017; Bogdáné Basa et al, 2017; Vajda et al, 2014.a.b.; Hegyaljay et al, 2010; Rohanszky et al, 2015; Rohanszky et al, 2017; Dégi, 2008; Dégi et al, 2013;).

Kutatásunk célja volt feltérképezni a méhnyakrák rizikó tényezőinek jelenlétét azon roma nők körében, akik a VMP-ben részt vevő településeken élnek. Kíváncsiak voltunk

az asszonyok humán papillomavírussal, méhnyakrákkal, méhnyakszűrővel kapcsolatos tájékozottságára is.

A vizsgálatban résztvevők átlagéletkora 38,16 év volt, családi állapotukra leginkább az élettársi kapcsolat a jellemző. Az iskolai végzettség tekintetében magas és közel azonos arányú a nyolc általános alatti (41,4%) és a nyolc általánossal rendelkezők aránya (44,2%) és csekély a magasabb iskolát végzettek aránya (16,4%). A gazdaságilag aktívak aránya egyezik a gazdaságilag nem aktívak (GYES, GYED, GYET) arányával (28,1%). Tekintettel arra, hogy aki távolabb lakik a területileg illetékes kórháztól annak a méhnyakszűrőre való megjelenés nehézséget jelenthet, megkérdeztük a lakóhely és a területileg illetékes kórház távolságát, ami átlagban 36,76 km volt.

A méhnyakrák kialakulásának kockázatát emeli a korai életkorban kezdett szexuális élet, a szülések száma, illetve a dohányzás (Moreno et al, 2002; Jäger et al 2013). Tanulmányunkban a rizikótényezőket vizsgáló kérdéscsoportnál az első várandósságuk idején a megkérdezett roma nők 71,1%-a 20 évnél fiatalabb volt és 23,4% tizenhat éves sem volt az első gyermekéldás idején. Kettőnél több szülés a válaszolók 61%-ánál, abortusz pedig 57%-uknál volt. A megkérdezettek között a napi rendszeres dohányzás 75,8%-ban, az alkoholfogyasztás csupán 14,8%-ban jellemző.

A hormonális fogamzásgátlók használata szintén a kockázatot növelő tényezők közé tartozik a méhnyakrák szempontjából (Moreno et al, 2002). A hormonális fogamzásgátlást tartósan használók közül 31,3%-ban jelölték a tablettát és 14,8%-ban az injekciót. A kérdőívet kitöltők 43,8%-a alkalmazott élete során rendszerességgel hormonális fogamzásgátlást. Az iskolai végzettséget tekintve a nyolc osztálynál magasabb végzettségűek nagyobb részben (52%) éltek a hormonális fogamzásgátlás lehetőségével, mint az alacsonyabb végzettségűek (32,1%) ($p=0,025$). A megkérdezettek 31,3%-a pedig élete során egyáltalán nem alkalmazott semmiféle fogamzásgátlási módot.

A személyes tisztaság egy afrikai (Togo) kutatás eredményei szerint a kockázati tényezők közül 33%-ot tesz ki (Moore et al, 2014). Az intim higiénia tekintetében az asszonyok 69,5%-a megfelelően tájékozott volt. Vizsgálatunkban az egészségi állapotukat a fiatalabb életkorúak (65%) és a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők (71%) szignifikánsan jobbnak ítélték meg ($p=0,006$). A kapcsolatban élők nagyobb hányada (61,5%) és a magasabb iskolai végzettségűek 62,7%-a gondolja azt, hogy a többi emberhez képest nem betegszik meg hamarabb másoknál. Az „*olyan egészséges vagyok, mint bárki más*” állítást tekintve a fiatalabb korosztály (25-36 év) tagjai 63,1%-ban és a magasabb iskolai végzettségűek 61,3%-a jelezte pozitívan. Egészségromlásról a 36 év feletti korosztály tagjai 60,3%-ban az alacsonyabb iskolai végzettségűek pedig 54,7%-ban számoltak be. Teljesen egészségesnek a 36 év alatti korcsoport csupán 41,5%-a tartja magát. A mintát képező nők 30,5%-ának családjában fordult elő méhnyakrák megbetegedés.

A méhnyakrák kialakulásának legfontosabb kockázati tényezője a HPV, ezért fontos, hogy vele kapcsolatban megfelelő tudás birtokában legyenek a nők. Ezzel szemben a tanulmányunkban megkérdezett nők 29,7%-a ismerte a HPV rövidítés jelentését. Míg Bogdáné Basa Eszter et al 2016-ban végzett kutatásában 52,4%-a nem tudta a választ (Bogdáné Basa et al, 2016), addig más hazai vizsgálatban ennél magasabb értékről számoltak be (84,4%) (Vajda et al, 2014).

Hasonló a kép a fertőzést elősegítő tényezőket illetően, hiszen a kérdőívet kitöltők 55,5%-a szerint a szexuális partnerek gyakori váltogatása és 35,2%-a véleménye alapján

a korai életkorban kezdett szexuális élet a leggyakoribb kockázati tényező a HPV fertőzés létrejöttében. Hasonló roma kutatásban 70,6% gondolta úgy, hogy a korai szexuális élet nem befolyásolja a fertőzés kialakulását (Bogdáné Basa et al, 2017). Más felmérés adataitól, ahol a szexuális partnerváltás kockázati hatásával a megkérdezettek 88,2%-a, a korai életkorban kezdett szexuális életével pedig 52,7%-a volt tisztában (Vajda et al, 2014) – jelentősen különbözik saját eredményünk.

A HPV méhnyakrák kialakulásában játszott szerepével az asszonyok 53,9%-a volt tisztában. Eredményeinket összevetve más kutatásban közölt adatokkal, kiderült, hogy a nagyatádi asszonyok 97,8%-ban tisztában voltak a HPV méhnyakrákot okozó szerepével (Vajda et al, 2014), a roma nők körében 2016-ban végzett kutatásban 83,3% nincs tisztában azzal, hogy a HPV ajak-, és szájüregi daganatot vagy végbéldaganatot is okozhat, azonban 87,3% tudja, hogy elősegítheti a méhnyakrák kialakulását (Bogdáné et al, 2017).

A kitöltők ismeretei jobbak a fertőződés módjával kapcsolatban, hiszen a válaszok alapján a fertőződés leggyakoribb módját nagy részben helyesen jelölték (77,3%), de Vajda és mtsai. Nagyatádon készült kutatásában közölt adatokhoz képest alul marad, ahol a megkérdezettek 95,2% ismerte a szexuális kontaktus szerepét a fertőzés terjedésében (Vajda et al, 2014). Balla és társa közlésében a fertőződés szexuális útját 79,37%-ban ismerték, amihez pedig hasonlóak az eredményeink (Balla et al 2010).

A HPV elleni védőoltásokról a nők 57,8%-a hallott. Eredményeinket összevetve más hazai adatokkal kiderült, hogy a nagyatádi nők 83,3%-a (Vajda et al, 2014), a nagyatádi roma nők 66.7%, egy Magyarországon készült országos vizsgálat résztvevőinek 54%-a rendelkezett ismerettel a megelőzés lehetőségéről (Marek et al, 2011).

A humán papillomavírusok kétséget kizáróan ok-okozati viszonyban vannak a méhnyakrák kialakulásával, ezért a védőoltásnak nagy szerepe van az elsődleges megelőzésben. A Magyarországon hozzáférhető oltóanyagra vonatkozóan 12,5% -uk volt tájékozott, szemben azon kutatás eredményeivel, amiben az oltás ismerőinek több, mint 30%-a tudta, hogy milyen HPV típusok elleni védőoltás kapható hazánkban (Vajda et al, 2014; Bogdáné et al, 2017 hasonló).

A megkérdezett asszonyok védőoltási hajlandósága (39,8%) kissé elmarad annak a budapesti felmérésnek az eredményeitől, ahol a nők 58,18%-ban igényelnék a védőoltást (Balla et al, 2012), és nem sokkal tér el Vajda nagyatádi felmérésétől, ahol a résztvevők 48,9%-a immunizáltatná magát a HPV elleni védőoltással. (Vajda et al 2014).

Összességében a HPV-vel kapcsolatos ismeretek tekintetében a megkérdezettek 41,4 %-a alacsony-, 48,4%- közepes és csupán 10%- rendelkezett magas szintű tudással. Igen alacsony a válaszadók körében a helyes ismeretekkel rendelkezők aránya – 4,7% (6 fő) –, ami nagymértékben alul marad annak a kutatásnak az eredményeitől, ahol a megkérdezettek 17,2%-a válaszolt megfelelően a humán papillomavírussal kapcsolatos kérdésekre (Vajda et al, 2014).

Mivel az előrehaladott és elhanyagolt méhnyakrák rossz prognózisú, nem kezelhető eredményesen, fontos szerepe van az ismereteknek a méhnyakrákkal és a megelőzésével (méhnyak-szűrés) kapcsolatosan. A vizsgálatunkban, a méhnyakrák elősegítő tényezők megfelelő kombinációját a nők 17,2 %-a, a humán papillomavírussal, mint oki tényezőt 39,1% jelölte meg helyesen. Ezek alapján a roma nők ismeretei rosszabbnak mondhatók, mint a 2010-ben Vajda és munkatársai által megkérdezett 186 nő, akik közül a helyes kockázati kombinációt 30,1%, a HPV-t okként pedig 72,4% jelölte meg

(Vajda et al, 2014). A kockázati tényezők megítélése nem tér el Hegyaljay 2010-ben végzett kutatásához képest (17%), az ok (HPV) tekintetében is kisebb a különbség (56%) (Hegyaljay et al, 2010).

A rákmegelőző állapot a méhnyakszűrővel felismerhető, ami lehetőséget biztosít arra, hogy minimális beavatkozással megszüntessük a betegséget. A vizsgálatunkban részt vevő nők 26,6%-a ítélte meg jól Magyarországon a nők méhnyakszűrőre való megjelenési arányát és hasonlóan (28,1%) a hazánkban méhnyakrákban évente meghaltak számát. Leánygyermeké számára a kérdőívet kitöltő nők 72,7%-a fontosnak tartja a rendszeres nőgyógyászati szűrővizsgálaton való megjelenést. Az asszonyok 39,1%-ban tájékozottak a méhnyakszűrő módszereire vonatkozóan. Összességében a méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretek tekintetében kellő tudással a megkérdezettek 13,3%-a rendelkezett, ami alatta marad a nagyatádi nők tájékozottságának (24,2%) (Vajda et al, 2014).

A mintában szereplő asszonyok 96,1%-a szerint három illetve három éven belül meg kell jelenni méhnyakszűrőre, és közülük 79,7% már vett részt vizsgálaton, 26 fő nem volt még nőgyógyászati rákszűrőre, ami a megkérdezettek 20,3%-a. A nők 65,7%-a három éven belül jár méhnyakszűrőre. A vizsgálatunkban az első szűrőre a legfiatalabb nő 14 a legidősebb 45 éves, átlagéletkoruk 20,41 év volt. A kapott adatok közelítettek a Nagyatádon készült vizsgálatban leírtakhoz (20,92 év) (Vajda et al, 2014), viszont jóval alacsonyabb, mint egy Zalaegerszegen és környékén készített kutatás eredménye (27,52 év). Kutatásunkban az asszonyok 34,3%-a három évnél ritkábban jár szűrőre, míg 45,1%-a évente részt vesz méhnyakszűrőre, hasonlóan a Hegyaljay és munkatársai által közölt adatokhoz (4,5%) (Karamánné et al 2008; Karamánné et al, 2009).

A megfelelő jártasság a méhnyakrák terén meghatározó védőfaktor a hátrányos helyzetben élők számára a betegség kivédésében. A kutatásban résztvevő asszonyok a méhnyakrák megelőzésével kapcsolatos információik 76,6%-át a védőnőtől, 68%-át a televízióból és 44,5% át a nőgyógyásztól kapják. Továbbá azonos arányban (23,4%) vannak a rokonoktól és az internetről származó információk, az írott formában érkezők (újság 17,2-, szórólap 19,5%), csupán a nők 3,1%-a nem tájékozódott semmilyen forrásból. A vizsgálatban megkérdezettek többsége (84,4%) hallott a védőnői méhnyakszűrőről, 88%-ban a védőnőt, 29,6%-ban a televíziót, 25%-ban rokonokat, ismerősöket és 22%-ban a nőgyógyászt jelölték meg az információ forrásaként. Azok közül, akik hallottak a védőnői méhnyakszűrőről (n=108) 41,7% (45 fő) már részt is vett a védőnőnél kenetvételen. Többségük (66,7%) a védőnő hívására, a meghívó levél hatására 15,6% és 4,4% mások ajánlására.

A védőnők méhnyakszűrőbe történő bevonásával javult a kistelepüléseken élő lakosság méhnyakszűrőre való hozzáférése, illetve megtörtént a szűrő nemzetközi ajánlásoknak megfelelő átalakítása. Az asszonyok 51,1%-a szándékosan választotta a védőnőt a kenet levételére, akik a megjelentek, 95,6%-nak nem volt rossz tapasztalata és 100%-ban ajánlják asszonytársaiknak is. A védőnői méhnyakszűrő előnyei közül a válaszadók közül legtöbben (86,7%) jelölték azt, hogy helyben van, 59,4%-ban pedig azt, hogy megbízhatnak a védőnőben. Az egyéb válaszlehetőségek a kérdőívet kitöltők szerint: „*diszkrétebb, felvilágosít, jobban meghallgat, mint az orvos és érthetően válaszol, tanácsot ad, tovább küld vizsgálatokra*”. Az elmúlt három évben az asszonyok 32,8%-a kapott meghívólevelet és köztük magas volt azoknak az aránya (45,2%) akik a levél ellenére sem mentek el a szűrőre.

Megfigyelhető, hogy azok körében, akik nem veszik igénybe a szűrővizsgálatot, bizonyos szubjektív tényezők negatív befolyásoló hatása jelentős, ami pozitív motiváció segítségével kiküszöbölhető (Döbrössy et al, 2010). A méhnyakszűrésen való megjelenés motivációjára utaló kérdések körében a megkérdezett roma nők azért mennek el méhnyakszűrésre (85,2%) mert a negatív szűrővizsgálati eredmény megnyugtatja. A válaszadók 50,8%-a kifejezetten azért megy el méhnyakszűrésre, mert odafigyel saját egészségére és 51,6%-uk, mert nőként és anyaként felelősséget éreznek a gyermekeikért és önmagukért – közel hasonló eredményeket közöltek Vajda és munkatársai (54,8%, 60,2%) (Vajda et al, 2014). Többnyire az asszonyok azért jelennek meg méhnyakszűrésen, hogy megelőzzék a méhnyakrák kialakulását – 108 fő (84,4%) – szerintük az időben felfedezett méhnyak elváltozás eredményesen kezelhető. A méhnyakrák megelőzése 78,9%-ban, a családban előforduló méhnyakrákos megbetegedés 35,9%-ban és az ismerősök körében előforduló méhnyakrák pedig 45,3%-ban hat ösztönzően a szűrővizsgálaton történő megjelenésre. Az asszonyok 78,1%-a szerint évente annyit meg kell tenniük az egészségük érdekében, hogy elmennek nőgyógyászati szűrésre, a leánygyermeküknek való példamutatás 64,1%-ukat ösztönzi a méhnyakszűrésen való részvételre.

A válaszadók többnyire (31%) azért nem mennek el rendszeresen méhnyakszűrő vizsgálatra, mert félnek valamely betegség felismerésétől a szűrővizsgálat kapcsán, 12,5%-uk egészségesnek-, 9,4%-uk pedig öregnek tartja magát a méhnyakrákhoz. Az asszonyok azért is maradnak távol, mert nem tudják megfizetni (4,7%), fájdalmas számukra (10,2%), szégyenérzetük van (19,5%), nincs rá idejük (19,5%), nem kaptak meghívólevelet (12,5%), nem megfelelő az időpont számukra (17,2%), korábban rossz tapasztalatuk volt (7,8%). Az általunk megkérdezett nők 47,7%-át meghívólevéllel, 46,1%-át telefonon történő időpont egyeztetéssel, 18,8%-át a költségek csökkentésével lehetne motiválni a méhnyakszűrésen való megjelenésre. Elmennének a kenetvétellel, 57,8%-ban, ha a védőnő végezné azt, 31,3%-ban, ha többet foglalkozna vele az orvos, 10,2%-ban, ha jutalmat kapnának érte. A kérdőívet kitöltők közül 69,5% csak panasz esetén jelenne meg szűrésen, 28,9%-uk akkor, ha nem kellene utazni miatta és 14,8%-uk jutalom ellenében. A munkahely által szervezett szűrésen 32% -uk szívesen részt venne, közülük a gazdaságilag aktívak aránya 43,3%, ami hasonló eredményt mutat (42%) egy 2003-2004-ben Zalaegerszegen készült vizsgálat laikus adataival (Karamánné et al 2008; Karamánné et al, 2009). Szűréstől távoltartó tényező még a válaszadó nők 36,7%-ánál a szégyenérzet, 28,9%-ban a vizsgálat kellemetlensége, 21,9%-ban a családi és munkahelyi kötelezettségeik, valamint 23,4%-ban a hosszú várakozási idő. Inspirálóan hat 63,3%-ban a méhnyakszűrésen való megjelenést illetően az, hogy az asszonyok egymást ösztönzik a szűrésen való megjelenésre, 28,9%-ban a munkaidőn kívüli szűrés lehetősége, 32%-uknál, ha a média többet foglalkozna a szűrővizsgálatokkal és 10,9%-uknál az anyagi juttatások. A megkérdezettek 78,9%-a szerint minden szűrővizsgálaton részt kell venni, a nőgyógyászati szűrésen pedig évente meg kell jelenni 83,6%-uk véleménye alapján. Fontos tényező (75,8%) az édesanyák körében, hogy példát mutassanak leánygyermeküknek.

Ahhoz, hogy a nemzeti népegészségügyi program keretében kiépült szervezett népegészségügyi lakossági méhnyakszűrés hatékony és sikeres legyen, elengedhetetlenül szükséges a megfelelő (60-70%) részvétel „compliance” a lakosság részéről.

A kérdőívet kitöltők a roma nők méhnyakszűréstől való távolmaradás okaként leg-

nagyobb arányban (51,6%) a szégyenérzetet, 42,2%-ban a vizsgálat kellemetlenségét, 40,6%-ban félelmet attól, hogy kiderül valami bajuk, valamint 39,8%-ban a negatív megkülönböztetés válaszlehetőséget jelölték. Leginkább a szűrés körülményeit (1,6%) illetve a vizsgálat fájdalmisságát (6,3%) tartották elhanyagolhatónak. Az asszonyok néhány egyéb okot is felsoroltak, ami a szűrésen való megjelenést segíthetné: ha a tudatosság jellemezné a szűrés fontosságát, ha nem lennének megkülönböztetve a roma nők, ha kapnának megfelelő tájékoztatást annak fontosságáról a férfiak is, ők pedig az asszonyokat küldenék.

A szűrésen való megjelenést pedig legtöbbször véleménye alapján (39,8%) az segítené, ha helyben végeznék a szűrést és 36,7%-ban, ha a védőnőhöz mindig lehetne menni.

A megfelelő tartalmú és hatékony információ átadás nagy jelentőséggel bír az asszonyok számára, mivel alacsony iskolai végzettségükből eredően nem biztosított az önálló tájékozódás lehetősége. Nagyon kevesen, mindössze a kutatásunkban részt vevő nők 3,9%-a halott előadás formájában a méhnyakrákról korábban. Azonban 71,1%-át érdekelné és el is menne a közeljövőben nőgyógyászati témájú előadásra, míg Karamánné és munkatársai által végzett kutatás szerint a laikusok csupán 57%-a igényelné a tárgykörrel kapcsolatos tájékoztatást. A megkérdezett nők körében a kérdések közül legnagyobb igény a szűrővizsgálatokkal (55,5%), és a nőgyógyászati daganatokkal (43,8%) kapcsolatban volt és a többség (97%) gyermekei számára is fontosnak tartaná az előadásokon való részvételt (Karamánné et al 2008; Karamánné et al, 2009).

Összegzés

Az eredmények rávilágítottak arra, hogy a megkérdezett roma nők körében nagymértékben jelen vannak a méhnyakrák kialakulásának kockázatát növelő tényezők. A HPV-vel és a méhnyakrákkal kapcsolatos tájékozottságuk alacsony és hiányos. A megfelelő ismeretek hiánya miatt nehezebben mérlik fel a veszélyforrásokat, nem tartják elég lényegesnek a szűrésen való megjelenést sem és a leánygyermekük veszélyeztetettségét sem tudják megítélni. Ezért nagyon fontos a roma nők körében tudatosítanunk azt, hogy a kockázati faktorok jelen vannak életükben, ami miatt fokozottan ki vannak téve a méhnyakrák veszélyének.

A védőnő munkájába széles körűen beilleszthető a minden célcsoportot megszólító információs tevékenység a népegészségügyi szűréseken való részvétel erősítése érdekében.

Egyik lehetőség az iskolai munka során adódik, elérhetjük, hogy a serdülők megfelelő ismeretet és segítséget kapjanak, életmódjuk alakításához. Ebben az időszakban a kockázati tényezők megelőzésének van nagy szerepe (szexuális élet kezdetének kitolása minél későbbi időpontra, dohányzás megelőzés, HPV oltás). Fontos, hogy nagyobb hangsúlyt fektetve és ismétlődően történjen a tájékoztatás mind az alap mind a középfokú oktatásban, tanórai illetve tanórán kívüli foglalkozások alkalmával a tanulók igényeihez igazítva tevékenységünket (Tigyi, 2011; Tigyi, 2013).

A következő lehetőség a várandósgondozás kezdetétől kínálkozik. Sokat tehet a védőnő a megelőzés érdekében, ha figyelemmel kíséri a cytológiai kenetvétel megtörténtét, jó alkalom a dohányzásról való leszokás igényének felkeltésére, információt adhat a méhnyakrák kockázati tényezőiről és a szűrővizsgálatról. A szemléletformálás szempontjából fontos az apák és a család idősebb nőtagjainak bevonása is a munkába.

A harmadik szintér a védőnői munkában a népegészségügyi feladatok, amihez kapcsolódóan végezheti a prevenciós feladatait. Ezen belül azt a csoportot éri el, akikkel napi munkája szintjén nem találkozik. A gondozottak számára igényeiknek megfelelő tartalommal szervezhet csoportos összejöveteleket, amik példaként szolgálhatnak az egészségmagatartás szempontjából a közösség többi tagjának. Egyéni beszélgetésre is adhat lehetőséget, melynek során a személy konkrét problémáival kapcsolatos kérdések megbeszélésre van mód. A megfelelő szűrésen való megjelenési hajlandóság elérése érdekében a tájékoztatásnak fontos szerepe van a tévhitek eloszlatásában. Igény esetén a védőnőnek például lehetősége van csoportos szűrés szervezésére önkormányzati támogatás igénybevételével. Mivel a gazdaságilag aktívaknak nehézséget okoz a szűrésen való megjelenés és a többségük a közmunkaprogramban dolgozik, ajánlatos lenne azzal összekapcsolni a megelőző tevékenységet. Mivel nagy számban beoltatnák magukat az asszonyok, a költség-hatékonysági vizsgálatok eredményei alapján lesz eldönthető, hogy milyenek a felnőtt népességben a HPV vakcináció költség-hozadék viszonyai. Fontosnak tartanánk a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos televízióban történő kampányszerű felhívásokat, mivel a második leggyakoribb információ forrásként jelölték meg az asszonyok.

A védőnők munkáját nagyban segítené, ha számukra egységesen elkészített egyszerű, érthető anyag és módszer állna rendelkezésre a felvilágosító munkájukhoz, az egységes szintű tájékoztatás eredménye és a védőnők terheinek csökkentése érdekében. Végül a védőnőnek fontos szerepe van a kiszűrt személyek követésében, mert hiába a szűrés, ha pozitív eredmény esetén nem történik kezelés. A követést nem ártana a VMP-n kiszűrteken kívülre is kiterjeszteni.

A hiteles tájékozódás lehetőségét – az eredmények alapján – a két legfőbb tájékoztató forrást (védőnő, televízió) megerősítve, kellő szakmai tartalommal feltöltve, az írott formát mellőzve kellene megteremteni a roma illetve a velük hasonló helyzetben élő nők számára. A szűrésen való megjelenés tudatosságát növelhetnénk. Másodsor pedig ismertessük meg az asszonyokat a megelőzés lehetőségeivel és támogassuk azt, hogy éljenek is vele. Mivel a meglévő ismereteik nagyrészt a védőnőtől származnak és tapasztalatok szerint nem jellemző a védőnői gondozás elutasítása, így ő továbbra is hiteles és elérhető szakember az ismeretek bővítése szempontjából. A tapasztalatokat levonva megállapítható, hogy a védőnői méhnyakszűrés által elértük azoknak az asszonyoknak egy részét, akik eddig távol maradtak a méhnyakszűréstől, de még mindig vannak olyanok, akik nem veszik igénybe a prevenció e lehetőségét. A méhnyakrákos megbetegedések és halálozások csökkentésének érdekében fontos, hogy az asszonyok ismerjék a megelőzés lehetőségét és fontosságát, valamint a leányok asszertív módon kezeljék egészségük megőrzését (Döbrössy et al, 2013; Bogdáné Basa et al 2017; Pakai et al 2017; Harjáné et al 2015, Tigyi et al, 2011).

Felhasznált szakirodalom

- Ami R. Moore – Nikola Driver, 2014. Knowledge of Cervical Cancer Risk Factors Among Educated Women in Lomé, SAGE JOURNAL 10. pp 1-8.
- Annamaria Karamáné Pakai – Andras Oláh, 2015: Literature review in practice, using the most popular databases for literature review. In: Ács P (szerk.) Data analysis in practice. Pécs: University of Pécs, Faculty of Health Sciences, pp. 35-86.

- Balla Bettina Claudia – Dobos Gábor, 2010: Felmérés a fiatal magyar nők körében a méhnyakrákról, szűrésről és a HPV oltásról. *EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS* 51(3) pp22-24.
- Bogdáné Basa Eszter- Vajda Réka-Váradyné Horváth Ágnes- Karácsony Ilona- Pakai Annamária, 2017: Méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretszint roma nők körében. *NŐVÉR*, 30:(2) pp. 31-39.
- Degi L.Csaba, 2013: In search of the sixth vital sign: cancer care in Romania. *SUPPORTIVE CARE IN CANCER* 21:(5) pp. 1273-1280.
- Degi L.Csaba, Kallay Éva, Kopp Mária, 2013: Trends in Cancer Distress: Results of a Representative Population-Based Investigation. *PSYCHO-ONCOLOGY* 22:(3) pp. 297.
- Dégi, L. Csaba, 2008. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Kopp, M. (szerk.), Magyar lelkiállapot, 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 557—568.
- Döbrössy Lajos – Kovács Attila – Döbrössy Bence – Budai András – Boncz Imre – Margitai Barnabás – Koós Tamás, 2010: Miért kihasználatlan hazánkban a szervezett lakosságyszűrés *LAM* 20(10) pp. 689-693.
- Döbrössy Lajos- Kovács Attila – Budai András – Odor Andrea – Fehér Erika, 2013: Screening for cervical cancer in Hungary: New role for health visitors. *CLINICAL NURSING STUDIES*, 1:(3) pp. 32-38.
- Egészségügyi statisztikai évkönyv, 2015: Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- Fehér Erika, 2012: A Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve. *VÉDŐNŐ*, 2. pp. 5-11.
- Harjáné Brantmüller Éva- Szieberth Roxána – Karácsony Ilona, 2015: Magyar és cigány nők gyermekvállalása. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA* VI:(3) pp. 171-180.
- Hegyaljay Réka – Paál Adrienn – Langmár Zoltán – Sobel Gábor – Bánhidy Ferenc, 2010: A nők ismeretei a méhnyakrákról. *ORVOSI HETILAP* 151:(8) pp. 302-305.
- International Agency for Research on Cancer WHO Globocan 2012; <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> (2018.06.30.)
- Jäger Anett – Tigyiné Pusztafalvi Henriette, 2013: Szexuális magatartás vizsgálata a középiskolások körében. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA* 4:(1) pp. 50-58. (2013). Szexuális magatartás vizsgálata a középiskolások körében. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA* 4:(1) pp. 50-58.
- Karamán Pakai Annamária – Doms Ramona – Schafer Jürgen – Vizsralek Beáta – Dér Anikó-Szili Katalin – Balázs Péter, 2009:A méhnyakrák-szűrésen való részvételt befolyásoló tényezők ápolók körében. *ACTA SANA: MENS SANA IN CORPORE SANO* 4:(2) pp. 6-14.
- Karamánné Pakai Annamária – Németh Katalin – Dér Anikó – Kriszbacher Ildikó – Mák Erzsébet – Mészáros Lajos – Lampek Kinga – Oláh András – Balázs Péter, 2008: A szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata magyar nők körében. *BULLETIN OF MEDICAL SCIENCES / ORVOSTUDOMÁNYI ÉRTESÍTŐ* 81:(4) pp. 271-275.
- Karamánné Pakai Annamária – Németh Katalin – Kriszbacher Ildikó – Dér Anikó – Lampek Kinga – Mészáros Lajos – Betlehem József – Balázs Péter, 2009b: A szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata a Nyugat-dunántúli régióban élő nők körében. *MAGYAR EPIDEMIOLOGIA* 6:(1) pp. 9-20.
- Karamánné Pakai Annamária, 2011: A méhnyakrák szűrésén való megjelenés motivációjának vizsgálata. Budapest, Semmelweis Egyetem, Disszertáció, 154 p.

- Karamánné Pakai Annamária, 2014: Szervezett lakossági szűrővizsgálatok és a lakosság egészségi állapota Magyarországon. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA* 4:(4) pp. 259-261.
- Langmár Zoltán – Németh Miklós – Kornya, László, 2011: Méhnyakszűrés Magyarországon- epidemiológiai, történeti és módszertani vonatkozások. *ORVOSI HETILAP* 152:(51). pp. 2063-2066.
- Marek Erika – Degrez Tímea – Kricskovics Antal – Kovacs Krisztina – Rebek-Nagy Gábor – Gocze Katalin – Kiss István – Ember István – Gocze Péter, 2011: Difficulties in the prevention of cervical cancer: Adults' attitudes towards HPV vaccination 3 years after introducing the vaccine in Hungary. *VACCINE* 18;29(32) pp. 5122-9.
- Millei Krisztina – Vajda Réka – Kívés Zsuzsanna – Máté Orsolya – Pakai Annamária, 2015: HPV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek vizsgálata édesanyák és leányaik körében. *EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS* 56:(3) pp. 9-16.
- Nemzeti Jogszabálytár. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESZCS rendelet <https://segitseg.magyarorszag.hu/segitseg/portal/kereses/jogszabalykereso.html> (2018.06.30.)
- Országos Onkológiai Intézet Rákregiszter statisztika. <http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika> (2018.06.30.)
- Pakai Annamária- Dér Anikó- Kriszbacher Ildikó-Németh Katalin- Zsigmond Edit- Balázs Péter, 2010: Why don't Hungarian women take part in organized cervical screenings? *NEW MEDICINE* XIV:(1) pp. 25-28.
- Pakai Annamária- Kívés Zsuzsanna, 2013: Kutatásról ápolóknak 2. rész: Mintavétel és adatgyűjtési módszerek az egészségtudományi kutatásokban. *NŐVÉR* 26:(3) pp. 20-43.
- Pakai Annamária-Brantmüller Éva-Vajda Réka-Karácsony Ilona-Balázs Péter, 2017: Reasons for non-appearance on organized cervical screening in Hungary. *PRACTICE AND THEORY IN SYSTEMS OF EDUCATION* 11:(2) pp. 142-154.
- Pusztalvi Henriette – Keller Judit, 2011: A sportolás szerepe lelki egészségünk megőrzésében. *EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS* 52:(5-6) pp. 2-12. (2011)
- Rohánszky Magda – Pusztalvi Henriette, 2015: Pszichoonkológia a mindennapi gyakorlatban. *KLINIKAI ONKOLÓGIA* 2:(1) pp. 57-62. (2015)
- Rohánszky Magda - Berényi Károly - Fridrik Dóra - Pusztalvi Henriette, 2017: Éber, tudatos figyelemre épülő, a rákbetegséggel való megküzdést segítő program (MBCR) hatásvizsgálata magyar rákbetegek körében. *ORVOSI HETILAP* 158:(33) pp. 1293-1301. (2017)
- Schiberna-Cser Henriett – Karamánné Pakai Annamária – Dér Anikó – Oláh András, 2012: Irodalomkutatás az ápolásban. In: Oláh András (szerk.) Az ápolástudomány tankönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2012. pp. 123-175.
- Tigyi Zoltánné Pusztalvi Henriette, 2011: Az egészségnevelés intézményesülésének folyamata hazánkban a dualizmus korától a második világháború végéig. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA* 2:(3.) pp. 225-233.
- Tigyiné Pusztalvi Henriette, 2013: Az egészségnevelés intézményesülésének története. *EDUCATIO* 22:(2) pp. 224-234.
- Vajda Réka – Horváthné Kívés Zsuzsanna – Ágoston István – Molics Bálint – Karamánné Pakai Annamária, 2013: Attitűdvizsgálat a méhnyakrákkal és a humán papilloma vírussal kapcsolatban Nagyatádon élő nők körében. *MAGYAR EPIDEMIOLOGIA* 10:(1Sup) p. 47.

- Vajda Réka – Karamánné Pakai Annamária – Éliás Zsuzsanna – Sélleyné Gyuró Mónika- Tamás Péter – Várnagy Ákos – Kívés Zsuzsanna, 2014.a: A méhnyakrákkal kapcsolatos ismeretek és szűrővizsgálaton való részvételi mutatók vizsgálata. *LEGE ARTIS MEDICINAE* 24:(3) pp. 118-125.
- Vajda Réka – Kívés Zsuzsanna – Éliás Zsuzsanna – Sélleyné Gyúró Mónika – Tamás Péter- Várnagy Ákos – Karamánné Pakai Annamária, 2014.b: A humán papillómavírussal (HPV) kapcsolatos attitűdvizsgálat. *MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA* 77:(3) pp. 18-25.
- Vajda Réka-Árváné Egri Csilla-Kovács Attila- Budai András- Döbrössy Lajos- Koiss Róbert- Kívés Zsuzsanna- Boncz Imre, 2017: A védőnői méhnyakszűrési pilot program értékelése. *ORVOSI HETILAP* 158:(12) pp. 461–467.
- Victor Moreno – F Xavier Bosch – Nubia Muñoz – Chris JLM Meijer – Keerti V Shah – Jan MM Walboomers – Rolando Herrero – Silvia Franceschi, 2002: Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *LANCET* 30:359(9312) pp.1085-92.



KITEKINTŐ

98 Cserti Csapó Tibor
Elillant évtized IV.

Cserti Csapó Tibor

Elillant évtized IV.

A Roma Integráció Évtizede Program eredményei, s a cigány, roma csoportok társadalmi integrációjának alakulása az egészségügy prioritási területén, illetve a horizontális vizsgálati témák tekintetében a kelet-közép-európai régió országaiban

Bevezetés

A kelet-közép-európai rendszerváltásoktól – mikor is a térség kormányzatainak figyelmé az egyes országokban élő roma, cigány népesség markánsná és jól láthatóvá váló problémáinak megoldása irányába terelődött – a kormányzatok és azután Európai Unió központi irányító testületei is számos kezdeményezést indítottak, jelentős forrásokat fordítottak a leszakadó csoportok felzárkóztatására, integrálására, a társadalmi egyenlőtlenségek mérséklésére. Ezek közül az egyik legátfogóbb kezdeményezés a 2014-ben lezárult Roma Integráció Évtizede program volt.

A kérdés, hogy ezek az erőfeszítések át tudták-e formálni érzékelhető mértékben az egyes országokban élő romák életkörülményeit, javítani tudták-e társadalmi-gazdasági esélyeiket, csökkentették-e a lemaradásukat. Nehezen mérhető és számszerűsíthető kérdésekre keressük a választ. S miközben benyomásaink vannak arról, hogy például Magyarországon a különböző projektek és kezdeményezések napjainkig nem hoztak átütő sikert, s a hazai cigány népesség többségének mindennapi életében nagy változás nem érzékelhető; statisztikai szinten, objektív módon ez nehezen igazolható.

E tekintetben is fontosnak nevezhetjük a Roma Integráció Évtizede programot, illetve az azt irányító iroda tevékenységét, mert pontosan e nehezen számszerűsíthető folyamatok tekintetében tettek arra kísérletet, hogy mérhetővé tegyék az egyes országokban élő cigány, roma csoportoknak a társadalom egészéhez viszonyított lemaradását, valamint az e téren érzékelhető változásokat.

Folyóiratunk korábbi számaiban megvizsgáltuk már a négy prioritási terület közül az oktatásra¹, a foglalkoztatásra², illetve a lakhatásra³ vonatkozó mutatók tanulságait. E

Habilitált egyetemi docens, PhD, PTE BTK NTI Romológia és Nevelésszociológia Tanszék

- 1 CSERTI CSAPÓ Tibor: Elillant évtized? A cigány, roma csoportok társadalmi integrációjának alakulása a kelet-közép-európai régió országaiban az oktatás területén a Roma Integráció Évtizede eredményeinek tükrében. *Romológia*, 2016/11. pp.10-28.
- 2 CSERTI CSAPÓ Tibor: Elillant évtized II. A cigány, roma csoportok foglalkoztatás-politikai integrációjának alakulása a kelet-közép-európai régió országaiban a Roma Integráció Évtizede eredményeinek tükrében. *Romológia*, 2016/12. pp. 6-26.
- 3 CSERTI CSAPÓ Tibor: Elillant évtized III. – A cigány, roma csoportok társadalmi integrációjának alakulása a lakhatási körülmények terén a kelet-közép-európai régió országaiban a Roma Integráció Évtizede eredményeinek tükrében. *Romológia*, 2016/14. pp.110-133.

tanulmányunkban arra teszünk kísérletet, hogy a Dekád időszaka alatt a cigány népesség társadalmi integrációját erősítő kezdeményezések hatását mérő módszer adatai alapján megvizsgáljuk, milyen változások mutathatók ki a romák egészségi állapotára vonatkozó indikátorokban, valamint az adatok értelmezése kapcsán e mérőrendszer problémáira és buktatóira is felhívjuk a figyelmet. Megnézzük a mutatók közül az ún. horizontális témák indikátorait is.

A Roma Integrációs Index egészségügyi mutatói

A romáknak az adott ország átlagos viszonyaihoz értelmezhető lemaradását az indikátor rendszer csupán három adat segítségével igyekezett megrajzolni. Ezek a következők:

Egészségbiztosítással rendelkezők aránya – A 15 éves és idősebb népességből az egészségbiztosítással rendelkezők aránya.
Csecsemőhalandóság – Az 1000 születésre jutó, első életévük betöltése előtt elhalálozó gyermekek aránya ezrelékben kifejezve.
Várható élettartam – A születéskor várható élettartam az a valószínűsíthető időtartam, amit a megszülető gyermek remélhet, ha a születéskori életkörülmények és halálzási minták élete során változatlanok maradnának.

1. táblázat: A Roma Integrációs Index egészségügyi helyzetre vonatkozó mutatói

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés tekintetében a kiindulási mutatók (az indulási év, 2005 bemeneti méréséből) hat, míg az utóbbiak (a záró év, 2014 kimeneti eredményei) csak egy országnál hiányoztak. A csecsemőhalálozások, ill. a születéskor várható élettartam adatai egyes esetekben a hivatalos, míg máskor alternatív forrásokból kerültek beemelésre, de mindkét mutatónál a bázisértékek három, míg a záró értékek két országnál mutatnak hiányt.

A Roma Integrációs Index horizontális témákat vizsgáló mutatói

Négy további adat olyan témákra vonatkozik, amelyek nem tartoznak a korábbiakban vizsgált négy prioritási terület egyikéhez sem, azonban a roma népesség társadalmi helyzetéről informatív megközelítéseket eredményeznek.

Szegénységtől veszélyeztetettek aránya – Azon személyek aránya, akiknek az egy főre jutó rendelkezésre álló jövedelme nem éri el a szegénységi küszöb 60%-át.
Átlagjövedelem (nemzeti valutában kifejezve) – a háztartástagok adózás utáni szabadon (költségekre, megtakarításokra) felhasználható egy főre jutó értéke
Abszolút szegények aránya – Azon személyek aránya a megfelelő teljes populációhoz viszonyítva, aki olyan háztartásban élnek, melynek bevételei nem érik el a nemzeti szegénységi küszöböt. Ez országonként változik a háztartások alapkiadásokra fordítandó minimum költségeinek statisztikai tükrében.
Hátrányos megkülönböztetést átélték aránya – A megfelelő populációból azok aránya, akik (érzésen alapuló saját állításuk szerint) valaha áldozatául estek hátrányos megkülönböztetésnek etnikai, vallási csoporthoz való tartozásuk, nemük, életkoruk, vagy fogyatékosságuk miatt. A mutató nem értelmezhető a többségi népesség esetében.

2. táblázat: A Roma Integrációs Index horizontális témákat vizsgáló mutatói

E keresztmutatók közül a szegénységi kockázatra irányuló már az utóbbi években használatban volt, ezért csak egy országnál nem találunk kimeneti értéket (2014), de az induló adatok (2005) hat országnál nem voltak fellelhetők. Az átlagjövedelem négy, illetve a zárásnál három, míg az abszolút szegénység által veszélyeztetettek esetében három, ill. a későbbi időpontban egy ország mutatója hiányzik. Bár több értelme volna nemek szerint bontva vizsgálni, mint a lakástulajdonra vonatkozó indikátor esetében, ám ahhoz hasonló okok miatt ez sem volt elérhető ebben a bontásban a legtöbb ország adatai közt.

A hátrányos megkülönböztetésre vonatkozó adathelyeket úgy tűnik, elég nehéz volt feltölteni, s nem csak amiatt, hogy e tekintetben leginkább alternatív forrásokra lehetett alapozni (az egyetlen használható forrás tulajdonképpen az FRA Alapjogi Ügynökség kisebbségekre irányuló felmérése volt), de a mutató értelmezése körül felmerülő viták miatt is. Sok ország csak a jelentett (vagy bírósági úton igazolt) diszkriminációs esetekre alapozta az emiatt alulreprezentált adatait, a roma integrációs index viszont a fent említett FRA kutatásra alapulva a szubjektív, az átélt megkülönböztetés érzésének tényére épített. Bíztható azonban, hogy míg alapadatok nyolc, addig a későbbi értékek csak egy ország esetében nem állnak rendelkezésre. A gender típusú megközelítést sok esetben akadályozta, hogy nemi bontásban, különösen a roma népesség esetében nem voltak információk. Ahol lehetett, ott viszont a roma nők társadalmi integráltságának összehasonlítását nem a teljesség népesség nő tagjaihoz, hanem a teljes populációhoz viszonyították.

Eredmények, tendenciák

ALBÁNIA

Az albániai adatokból jól látszik, hogy a teljes népesség „lefedettsége” az egészségbiztosítás területén nem kielégítő. Az albán népesség alig több, mint fele biztosított, s e téren nem sok javulás volt a megfigyelt időperiódusban. Az országban élő romák helyzete még ennél is rosszabb, csak 30%-uknak volt hozzáférése az ellátórendszerhez. Körülben is tapasztalható némi javulás, de ez a többségi lakossággal azonos mértékű, így a felzárkózás terén semmilyen elmozdulás nem történt.

Sajnos ebből az egy adatból tudunk csak képet alkotni a Roma Integráció Évtizedének történéseiről az országban, hiszen Albánia az egészségügy területét vizsgáló adatok közül sem a csecsemőhalandósággal kapcsolatban, sem a várható élettartam vonatkozásában nem nyújtott információt.

A RIÉP mutatók ún. horizontális témái közül szintén adathiány jellemzi a szegénységtől veszélyeztetettek körét, az abszolút szegénység megjelenése viszont követhető. E téren a közölt adatok látványos javulást jeleznek. Az össznépesség esetében az abszolút szegény kategóriába sorolhatók aránya 29%-ról 15%-ra, míg a roma népességnél 75%-ról 37%-ra csökkent. Ez továbbra is jelzi az esélykülönbséget a jövedelmi, vagyoni viszonyok tekintetében – természetesen összefüggésben az indikátor rendszer foglalkoztatottságban, területi hátrányokban, iskolázottságban kifejezett lemaradást jelző mutatóival. A romák lemaradása azonban erőteljesen csökkent. Míg korábban háromnegyedük az abszolút szegény kategóriába volt sorolható, ez 2014-ben már csak a csoport 37%-a. Természetesen ez is nagyon relatív társadalmi státuszt jelent, hiszen

Albánia a vizsgált országok kevésbé fejlett csoportjához tartozván a népesség nagy többségéről elmondható, hogy viszonylagos szerény anyagi körülmények közt él. Másrészt kérdéses, hogy az abszolút szegénység kategóriájának hagyományos számítási módszertana⁴ mennyire alkalmas az egyes országok eltérő társadalmi-gazdasági körülményei közt élő népesség helyzetének összevetésére.

Az átlagkeresetek összehasonlításakor természetesen nem tudjuk értelmezni a nemzeti valutákban kifejezett átlagos jövedelmi mutatókat, sem azok akkor aktuális Euro árfolyamát (100 albán Lek=0,75 Euro⁵), sem az országban a vizsgálati időpontban érvényes jellemző vásárlóerejét nem ismerjük. Az összehasonlítás csak az ország teljes népességének jövedelméhez viszonyítva mutat információt a romák társadalmi kirekesztettsége terén. Ez Albániában csökkent. Egy roma kereső átlagos jövedelme 2005-ben alig haladta meg a társadalmi átlag felét, az évtized vége felé már elérte az osztársadalmi átlag 60%-át.

A hátrányos megkülönböztetést átéltek arányában javuló tendenciát jeleznek az értékek, 56%-ról 40%-ra csökkent a közölt mutató.

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	52	30	31	54	32	34	22	22	0
Csecsemőhalandóság	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.
Várható élettartam	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.
Átlagjövedelem (ALL)	7500	3900	na.	7784	4671	na.	52%	60%	-8%
Abszolút szegények aránya	29	75	na.	15	37	na.	46	22	-24
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya	na.	56	na.	na.	40	na.	56	40	-16

3. táblázat: Albánia – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

4 A szegénység abszolút megközelítésének gyakorlata egy objektív mutatóhoz (pl. létminimum) viszonyítja az ehhez képest lemaradók körét. Az alapszükségletek számbavételén alapul (fogyasztói kosár) – ezen alapvető szükségletek azonban országonként eltérők lehetnek. A hazai létminimum-számítás is ezen a gondolaton nyugszik. (Vö: Andorka, 2006.; Havasi, 2017)

5 https://hu.coinmill.com/ALL_EUR.html (2017.10.12.)

BOSZNIA-HERCEGOVINA

Az országban jelentős különbség figyelhető meg az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés tekintetében a teljes népesség, illetve a romák mutatója között. Ez utóbbi ugyan 3%-nyit javult, de így is még csak 68% rendelkezik egészségbiztosítással. A csecsemőhalandóság mutatója (bár csak 2005-ös adatokat látunk) szintén jelzi a roma népesség erőteljes egészségügyi lemaradását. A teljes népességre vonatkoztatott 7 ‰ is magas érték európai viszonylatban, de ehhez képest a roma népesség 24 ‰-es mutatója a roma nők rossz egészségügyi helyzetét, a felvilágosító tevékenységnek, a terhsgondozásnak, a szülészeti ellátásnak és az újszülött kori gondozásnak az ellátási problémáit, a romák e téren megjelenő diszkriminációját jelezheti.

A horizontális témák is rámutatnak a roma népesség társadalmi kirekesztődésére a számos helyen jelentkező adathiány ellenére. A szegénységtől veszélyeztetettek köre az országban jellemző 32%-hoz képest több mint duplája a roma populációnál (77%). Az abszolút szegények aránya országosan 14%, míg a romák közt 42%. Igaz, e téren mind országosan, mind a romákat vizsgálva jelentős javulás és a romáknak az országos értékhez való lassú zárkózása érzékelhető. A átlagjövedelem terén is mutatkozik a romák halmozottan hátrányos társadalmi helyzete: az átlagos jövedelmek a bosznia-hercegovinai átlagnak éppen a felét teszik ki.⁶

Azok aránya, akik életük során tapasztaltak hátrányos megkülönböztetést, a 2005-ös 56%-ról a romák 40%-ára csökkent.

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	84	65	na.	83	68	na.	19	15	-4
Csecsemőhalandóság	7	24	18	na.	na.	na.	14	na.	na.
Várható élettartam	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	na.	na.	na.	32	77	na.	na.	45	na.
Átlagjövedelem (ALL)	na.	na.	na.	628	315	na.	na.	50%	na.
Abszolút szegények aránya	29	75	na.	15	37	na.	46	22	-24
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya	na.	56	na.	na.	40	na.	56	40	-16

4. táblázat: Bosznia-Hercegovina – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

6 1 BAM (bosnyák konvertibilis márka) nem hivatalos árfolyama 2017.10.13: 1 BAM=0,51Euro https://hu.coinmill.com/BGN_EUR.html

Bulgária

Bulgáriában az összlakossághoz képest (85%-uk) a romák közül csak kb. feleannyian (48%-uk) rendelkeztek egészségbiztosítással 2014-ben. A csecsemőhalandóság magas értéke szintén az egészségügyi hozzáférés korlátozott voltára utal. Míg az országos érték is magas (10,4‰), az ország roma lakosságánál ennek a kétszeresét regisztrálták (19,4‰) 2005-ben. Az egészségügyi ellátás lassú javulása a roma népesség körében is érzékelhető a RIÉP évei során, a társadalmi távolság valamelyest csökkent, de a lemaradás továbbra is jellemzi a roma nők hozzáférési nehézségeit a terhesgondozáshoz, a csecsemőellátáshoz.

Bulgária az életkilátásokra vonatkozóan is közölt összevethető adatokat; ezek szerint a teljes népességre vonatkoztatott születéskor várható élettartam 2005-ben 72,6 év volt, s ez 2014-re 74,5 évre növekedett az térség országait jellemző demográfiai tendenciáknak megfelelően. Kevésbé érinti az előregedés problémaköre az ország roma népességét, mert bár köztük is nőtt (az országos átlaghoz képes visszafogottabban) az érték (67,2 évről 68,9 évre), a társadalmi távolság ilyen módon alig érzékelhetően növekedett.

A szegénység erősen veszélyezteti a roma népesség tagjait, 2014-ben majd kétszer akkora az esélye egy romának, hogy a szegények csoportjába kerüljön, mint egy átlagos bulgáriai állampolgárnak. Az abszolút értelemben vett szegények arányában még hatványozottabb a különbség. A bolgár társadalomnak csak 5%-a tartozott e körbe 2014-ben, a romáknak azonban pontosan az egyharmada.

A társadalmi esélykülönbséget a fizetésekben mutatkozó hatalmas szakadék érzékelteti legszemléletesebben, s e téren nem látszik semmi elmozdulás. A romák munkaerőpiaci kirekesztődése, a munkahelyi diszkrimináció, az alacsony iskolázottságból származó bérkülönbségek, az eltartottak magasabb száma, illetve a területi szegregáció eredményezte hátrányhelyzet következményeként 2005-ben a 169 levás átlagjövedelemhez képest a romák körében csak 45 leva (26%) az átlagos bevétel. Az évtized alatt nőttek az átlagjövedelmek országosan (2014: 394 BGL), s ugyanilyen mértékben a roma bevételek is (104 BGL), de a lemaradás nem mérséklődött.⁷

Hátrányos megkülönböztetést a megkérdezettek 60%-a élt át korábban.

7 1 BGL=0,51 Euro (MNB, 2017.10.13.)

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	na.	na.	na.	85	48	47	na.	37	na.
Csecsemőhalandóság	10,4	19,4	na.	7,3	13,6	na.	9	6,3	-2,7
Várható élettartam	72,6	67,2	na.	74,5	68,9	na.	5,4	5,6	+0,2
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	na.	na.	na.	48	85	na.	na.	37	na.
Átlagjövedelem (ALL)	169	45	na.	394	104	na.	26%	26%	0
Abszolút szegények aránya	na.	na.	na.	5	33	na.	na.	28	na.
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya	na.	na.	na.	na.	60	na.	na.	60	na.

5. táblázat: Bulgária – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

CSEH KÖZTÁRSASÁG

Csehország tekintetében az egészségügyre vonatkozó mutatók közül a biztosítással rendelkezők arányára vonatkozó adat csak a záróévből elérhető. Az ország összlakosságához képest, ahol szinte teljeskörű az egészségbiztosítás rendszere, a roma populáció esetében 5%pontnyi lemaradás volt megfigyelhető, s alig jobb a roma nők helyzete.

Az össznépességhez viszonyítva lemaradás mutatkozik a csecsemőhalálozások terén is. 2005-ben a romák adata 1,3-szorosa az országos átlagnak, s ez az 1,3-es szorzó meg is maradt a Dekád záróévére, bár alacsonyabb szinten, hiszen mind az összlakosság, mind a roma népesség körében javult a csecsemőkre vonatkozó morbiditási mutató. A roma nők értéke mindkét évben pozitívabb, ami jelzi a roma fiú újszülöttek nagyobb veszélyeztetettségét. A társadalmi távolság e téren egy kicsit mérséklődött, mert míg 2005-ben a romák adata 1,2 %pontnyi lemaradást jelzett, addig 2014-ben már csak 0,8 %-nyit.

A születéskor várható élettartam mutatója jelzi a legnagyobb egészségügyi veszélyeztettséget a romák esetében. Még hazánknál is nagyobb leszakadást jelez az összlakossághoz képest átlagosan 10 évvel kevesebbet megélő romák adata. Ugyan 2014-re kitolódott kb. két évvel a születéskor várható élettartam, de ugyanez a tendencia az ország egészében egy picivel még nagyobb volt, így a társadalmi szakadék egészében véve egy picit nyílt a várható élettartamban. Ezen a téren a roma nők is jobb helyzetben vannak férfi társaiknál (mint az általában jellemző az európai térségben) alig több, mint három évvel hosszabb ideig élnek, mint a férfi-női egyesített mutató (a roma férfiakra nincs külön adat).

A horizontális témák közül mindegyik mutatóra csak a frissebb évből van példa, így a dekád időtartamának változása nem értelmezhető. A szegénységtől veszélyeztetett lakosság köre a romák közt 53%-kal volt nagyobb 2014-ben, az átlagjövedelem az országos átlag 61%-a a romák közt. Hátrányos megkülönböztetést addigi élete során a közösség tagjainak 64%-a jelzett.

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	na.	na.	na.	98	93	94	na.	5	na.
Csecsemőhalandóság	3,8	5	4,34	2,48	3,28	2,83	1,2	0,8	-0,4
Várható élettartam	76	66	69,1	78,5	68,1	71,8	10	10,4	+0,4
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	na.	na.	na.	15	68	na.	na.	53	na.
Átlagjövedelem (ALL)	na.	na.	na.	25,393	15,569	na.	na.	61%	na.
Abszolút szegények aránya	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya	na.	na.	na.	na.	64	na.	na.	64	na.

6. táblázat: Cseh Köztársaság – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

MAGYARORSZÁG

Hazánkban talán olyan országos átfogó projektek nem indultak az egészségügy területén, mint ahogy azt láttuk az oktatással, vagy a foglalkoztatással kapcsolatban. Az egészségügy vonatkozásában 2008-ban folytatódtak a már korábban megkezdett, népegészségügyi szűrővizsgálatok, illetve a szív- és érrendszeri szűréseken való tudatos részvételt a program erősebb kommunikációja által kívánták elérni. Ezen felül az egészségkutatás, iskolai egészségfejlesztés, a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok egészségi állapotának javítását célzó programok, jó gyakorlatok leírásában történtek fontos intézkedések.⁸ Ide sorolhatjuk azonban azokat a helyi szinten lezajlott, s főleg EU-s pályázati forrásokból finanszírozott egészségügyi felvilágosító, prevenciók projekteket is, amelyek főként a civil szereplők szervezésében, kezdeményezésében folytak.

Magyarországon 3%-kal kevesebb roma, cigány embernek van egészségbiztosítása, mint az országos átlagérték. Ez az adat a roma, cigány nőkre is érvényes.

A csecsemőhalandóság országos adata hazánkban bár folyamatos csökkenést mutat,⁹ 2014-ben még mindig magasabb, mint Nyugat-, Észak-Európa országaiban¹⁰, vagy akár a cseh mutatóhoz képest is nagy lemaradást mutat!) Érdekes, hogy a KSH hivatalos közlésétől eltérő érték szerepel az évtized adatbázisában, ami ismét csak jelzi e mutatók megbízhatóságának kérdésességét. A romáké ehhez képest is 1,6-szor magasabb.

A várható élettartam terén is lemaradás észlelhető a cigány, roma népesség viszonylatában, átlagosan 6 évvel élnek kevesebbet a magyar átlagnál. Egy kicsi felzárkózás azért érzékelhető, mert miközben az évtized során országosan nőtt az érték, a romáknál kicsivel erőteljesebben nőtt, korábban a lemaradásuk ugyanis 6,5 évnyi volt.

Magyarországon a szegénység kockázata jobban veszélyezteti a roma embereket, s míg egy kicsit országosan is romlott a helyzet, hiszen a 2005-ös 12%-hoz képest 2014-ben már 13%-unk volt kitéve e veszélynek; a cigányok körében ez az évtized erőteljesebb elszegényedést, lecsúszást eredményezett: 2005-ben 37%-uk volt kitéve a szegénységnek, 2014-ben már majd kétharmaduk (59%). Hazánkban e téren figyelhető meg az egyik legerősebb kirekesztődés és társadalmi távolság növekedés (21 pontnyit nőtt a távolság). Az abszolút szegénység kockázata is erőteljesen növekedett (ez mind országosan, mind a romákra vetítve igaz), ám miközben az átlag a népesség 1%-áról 24%-ra¹¹ növekedett, a romáknál 2%-ról 67%-ra emelkedett az érték. Tehát körükben 46%-kal magasabb az abszolút szegénység kockázata. S így a társadalmi távolság is kinyílt, a 2005-ös 1 egységről 43 egységnyire.

Az átlagjövedelem összehasonlítása során Magyarország eltérő megközelítéssel adta meg a két időpont adatait. 2005-ben láthatjuk, hogy a cigány, roma keresők átlagjövedelme a hazai átlag 58%-át teszi ki, 2014-ben viszont euróban közölt adatokat lát-

8 Kurt Lewin Alapítvány Budapest, 2010.

9 A csecsemőhalandóság országos adata hazánkban

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Magyarország (%)	6,2	5,7	5,9	5,6	5,1	5,3	4,9	4,9	5,0	4,5	4,2	3,9

(https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tps00027.html – letöltés: 2018. 06. 04.)

10 2014-ben Nagy-Britanniában 3,9‰, Svédországban: 2,2‰ (https://www.ksh.hu/docs/hun/eurostat_tablak/tabl/tps00027.html – letöltés: 2018.06.04.)

11 Gyanúsán magas adat!

hatunk. Valójában ez némi romlást mutat a társadalmi leszakadásban, hiszen a romák átlagjövedelme már csak az átlag 57%-a.

Enyhébb emelkedés figyelhető meg azok arányában, akik hátrányos megkülönböztetést éltek át, ez az érték 62%-ról 64%-ra változott.

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	na.	na.	na.	97	94	94	na.	3	na.
Csecsemőhalandóság	na.	na.	na.	5,9	9,5	na.	na.	3,6	na.
Várható élettartam	68,7	62,2	71,3	70,7	64,8	na.	6,5	5,9	-0,6
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	12	na.	na.	32	77	na.	na.	45	na.
Átlagjövedelem (ALL)		37	na.	13	59	na.	25	46	+21
Abszolút szegények aránya	100%	58%	na.	5,073	2,893	na.	58%	57%	+1%
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya	1	2	na.	24	67	na.	1	43	+42
	na.	62	na.	na.	64	na.	62	64	+2

7. táblázat: Magyarország – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

MACEDÓNIA

Az egészségbiztosítással rendelkezők 2005-ös mutatóiban gyanús adatokat láthatunk, amikor az országos átlag 3%-nyival alacsonyabb a roma népesség mutatójánál. Mindenesetre 2014-re fordult a kocka, mert már a macedón átlag 94%, s ehhez képest egy kicsit marad le az ország roma lakossága, közülük csak 93% rendelkezik biztosított jogviszonnal.

Nagyon magas az országban a csecsemőhalálozások értéke, 2005-ben az adatok szerint 1000-ból 9,7 baba hal meg első életében. Ehhez képest még riasztóbb a roma mutató, itt 12,8%-os az érték. A leány újszülötteknél picit jobb a helyzet, 1000 roma leányból 11,9 nem éri meg első születésnapját. Tíz évvel később az ország általános egészségügyi viszonyainak romlását tükrözi az emelkedő mutató (10,2%), s közben a romák egészségügyi kirekesztődése még markánsabb, amikor 17,4%-re szökik a csecsemőhalálozás értéke körükben. A roma leány újszülöttek esélyei még radikálisabban romlottak.

A várható élettartam terén sincs dicsekedni valója Macedóniának, az átlagos 69,6 év mellett a romák nagyjából 10 évvel korábban halnak. A leszakadás itt is erősödött, 2014-ben a kicsit javuló országos adathoz képest a romák adata mérsékelten romlott, de ekkor a különbség már majdnem 11 év.

A horizontális vizsgálati irányok közül, ahol értelmezhető a változás, ott némi javulás rögzíthető. Így az átlagjövedelemben, amely a romáknál a társadalmi átlaghoz viszonyított 34%-ról 42%-ra emelkedett. Az abszolút szegények aránya is csökkent (miközben az országban nőtt ez a mutató!), ám a lemaradás még így is tekintélyes. A szegénység kockázatában is nagy a különbség (3,6-szoros). Furcsa viszont (s megint csak az adatok esetlegességének figyelembe vételére és óvatos következtetések levonására sarkall), hogy a roma nők között kockázati mutatója megegyezik az országgal. Ha ez igaz, akkor a roma férfiak adatának nagyon magasnak kellene lennie ahhoz, hogy kijöjjen a romák 75%-os átlaga. Nem ismerjük a nemi arányokat a macedóniai romáknál, de ha 50-50%-nak tételezzük, akkor matematikai alapon a roma férfiak 123 %-ának kellene e kockázati mezőbe esnie, de ez lehetetlen, a veszélyeztetett kör nem lehet nagyobb, mint 100%! Ha a születéskor várható élettartam mutatójából indulunk ki, akkor viszont azt a következtetést kell levonnunk, hogy a nők aránya roma közösségben magasabb, hiszen több évig élnek, e mutatók a roma közösség feminizálódását jelzik. Végül a hátrányos megkülönböztetést átéltek százalékos értékét látva kicsit kedvezőbb irányba mozdul a romákkal szembeni negatív attitűdökről eddig rajzolt kép. Csak a romák 36%-a jelzett 2014-ben ilyesfajta átélte atrocitást.

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	89	65	na.	83	68	na.	19	15	-4
Csecsemőhalandóság	9,7	12,8	11,9	10,2	17,4	18,9	3,1	7,2	+4,1
Várható élettartam	69,6	59,5	61,3	70,2	59,3	60,7	10,1	10,9	+0,8
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	na.	na.	na.	27	75	27	na.	48	na.
Átlagjövedelem (ALL)	4,890	1,674	na.	4,686	1,988	na.	34%	42%	-8%
Abszolút szegények aránya	4	34	na.	5	29	na.	30	24	-6
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya	na.	na.	na.	na.	36	32	na.	36	na.

8. táblázat: Macedónia – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

MONTENEGRÓ

Némely területen gyanúsak mondhatók a montenegrói adatközlések is. Ilyen például az egészségbiztosítással rendelkezőkre vonatkozó, ahol 2005-ben a csaknem teljes el látottsággal rendelkező országos átlag mellett csak a roma lakosság egyharmada

(36%) volt biztosítva. A jogviszony tekintetében a vizsgált 10 év alatt hatalmas növekedési tendencia rajzolódik ki, 2014-ben már alig van lemaradás. Mindenesetre mind a 27 mutatót tekintve Montenegróban e téren javult leginkább a statisztika.

A csecsemőhalálozások magas (11%-os) értéke mellett is tragikusan kiugró a roma újszülöttek elhalálozása (71%) 2005-ben, a roma lányok közt pedig majdnem minden tizedik meghal élete első éve során (97%). Ez a legmagasabb csecsemőhalálozási mutató a vizsgált országok között! Ha viszont elfogadjuk a közölt adatokat, akkor Montenegro hazánknál is alacsonyabba szorította vissza ezt az egészségügyi mutatót, a roma lakosság körében pedig átütő változást hozott ez a tíz év, s a korábbi 60 ezrelékes lemaradás 22 ezrelékre csökkent.

A várható élettartamban kicsit nőtt az országos átlag, s alig a romáké, ezért a kb. 22-23 évnyi lemaradás még növekedett is, 2014-ben már majd 25 év. Itt is nagy különbség mutatkozik a roma nők kárára, az ő élettartamuk még rövidebb volt (átlagosan 47,5 év), ám 2014-re sikerült ledolgozni ez a hátrányt (de csak roma férfi társaikhoz képest).

A szegénység kockázata Montenegróban is sokkal magasabb a romák közt, bár a Dekád végére javultak a mutatók, s csökkent a távolság. Mint ahogy az abszolút szegények arányában is hasonló közeledés figyelhető meg a teljes mutatóhoz.

Az euróban megadott átlagjövedelmekben (bár mindkét vizsgálati csoportnál volt emelkedés) a 80%-os „társadalmi olló” változatlanul nyitva maradt, a romák csak az országos átlag 20%-át kapják kézhez.

A hátrányos megkülönböztetést átélők, illetve azt jelzők aránya itt is alacsony, a megkérdozett montenegrói romáknak csak 29%-a tett ilyen kijelentést.

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	92	36	na.	98	95	na.	56	3	-53
Csecsemőhalandóság	11	71	97	4	26	26	60	22	-38
Várható élettartam	74,1	51,6	47,5	76,6	51,8	53,8	22,5	24,8	+2,3
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	12	52	36	9	37	17	40	28	-12
Átlagjövedelem (ALL)	118,57	23,38	21,98	189,00	37,27	35,04	20%	20%	0%
Abszolút szegények aránya	12	52	na.	9	37	na.	40	28	-12
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya	na.	na.	na.	na.	29	na.	na.	29	na.

9. táblázat: Montenegro – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

ROMÁNIA

Romániában az egészségügy terén az első leszakadás rögtön a biztosítottak körénél megjelenik (ahogy azt a korábbi országoknál is tapasztalhattuk). Nem túl jó a teljes lakosság mutatója sem (csupán 81%-os az ellátottság), de ehhez képest 29%-os a roma népesség elmaradása.

A csecsemőhalálozás is feltűnően magas értéket hordoz; a térségben, s vizsgált országok közül a legnagyobbat (17‰). A romáknál ez a mutató 2005-ben 45‰ volt. Tíz év alatt országosan is sokat javult a jelzőszám (8‰-nyit), a roma népességnél viszont 20‰-nyit, ami a felzárkózás tendenciájának, az egészségügyi ellátáshoz, terhes gondozáshoz, újszülött védelmi ellátáshoz való hozzáférés növekedésének a jele lehet.

A várható élettartamban megfigyelhető enyhe növekedés mind az összlakosság, mind a romák sajátja, ezért e téren az olló csak egy egységnyivel zárult.

A szegénységtől veszélyeztetett lakosság arányában 1%-nyi növekedést rögzítettek, ezenközben azonban 9%-nyit csökkent e csoport a romák közt; itt lassú felzárkózás bontakozik ki. Mint ahogy az abszolút szegények aránya terén is, ahol a javuló országos érték mellett erőteljesebben csökkent a romák közt a mutató.

Az átlagjövedelem 2005-ben a romák közt csak a társadalmi átlag 40%-át érte el, s miután a kimenő évből nem látunk adatot, a változás ütemét, s irányát sem tudjuk megragadni.

A Romániában élő romák sem jeleztek túl nagy arányban (29%-uk) hátrányos megkülönböztetést. Kérdés persze, hogy ezt az objektíven nem leírható jelenséget egyes országokban mikor élik meg ekként az átélők, mikor érzik úgy, hogy nevesíteniük kell, a megkülönböztetés milyen foka és esetei érik el a vizsgálhatóság ingerküszöbét különböző országokban!

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	na.	na.	na.	81	52	52	na.	29	na.
Csecsemőhalandóság	17	45	na.	9	25	na.	28	16	-12
Várható élettartam	72	64	na.	75	68	na.	8	7	-1
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	25	83	na.	26	74	na.	58	48	-10
Átlagjövedelem (ALL)	370	150	na.	na.	na.	na.	40%	na.	na.
Abszolút szegények aránya	20	67	na.	13	54	na.	47	41	-6
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya	na.	na.	na.	na.	29	29	na.	29	na.

10. táblázat: Románia – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

SZERBIA

Szerbiában az adatok alapján egyáltalán nincs kirekesztődés az egészségügyi biztosítá-
sok terén, a többségi társadalom és a kisebbségi mutató teljesen megegyezik. A roma
nőknél még 2%-kal magasabb is (gyanús adat).

A csecsemőhalálozások mértéke, illetve a születéskor várható élettartam különbsé-
gei mégis jelzik a kirekesztődést. Az előbbi a romáknál a szerb átlag kicsit több, mint
kétszerese (2,09-szeres), utóbbi esetben az látható, hogy a romák 12 évvel (a roma nők
csak 10 évvel) kevesebb ideig élnek.

A szegénység veszélyeztetettsége a romáknál 1,4-szeres (miközben a szerb társada-
lom több, mint fele e kockázati csoportba tartozott 2005-ben). 2014-re ugyan az orszá-
gos mutató jelentősen csökkent (már csak egyharmad körül), ám a romáké erősen
romlott (71-ről 78 %-ra), ezért a társadalmi távolság növekedett. A szerb adatokban az
összes közül a legnagyobb romlás itt mutatható ki. S ezzel párhuzamosan, de kisebb
mértékben az abszolút szegények arányában is nőtt a társadalmi leszakadás. Érdekes,
hogy ez az előző mutatóval ellentétben úgy következett be, hogy százalékos arányban
itt javulás figyelhető meg a romák közt (22%-kal csökkent a kategóriába tartozók köre),
ám nagyobb csökkenés (33%-nyi) határozta meg a szerb átlagot.

Szerbiából egy adatot sem közöltek az átlagjövedelmekre vonatkozóan. Hátrányos
megkülönböztetést pedig a romák 39%-a jelzett.

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népes- ség lemaradása a tel- jes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népes- ség lemaradá- sa a teljes po- pulációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma né- pesség le- maradásá- ban (saját számítás)
	Teljes népes- ség	Roma népes- ség	Roma nők	Teljes népes- ség	Roma népes- ség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	na.	na.	na.	93	93	95	na.	0	na.
Csecsemőhalandóság	na.	na.	na.	6,7	14	9	na.	7,3	na.
Várható élettartam	na.	na.	na.	74,1	62,2	64,2	na.	11,9	na.
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyez- tetettek aránya	51	71	82	35	78	na.	20	43	+23
Átlagjövedelem (ALL)	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.
Abszolút szegények ará- nya	41	52	60	8	30	na.	11	22	+11
Hátrányos megkülönböz- tetést átéltek aránya	na.	na.	na.	na.	39	na.	na.	39	na.

11. táblázat: Szerbia – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított
lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

SZLOVÁKIA

Északi szomszédunkban az egészségbiztosítás kiterjedt, a romák körében is. Bár mind 2005-ben, mind 2014-ben 3-3%-os lemaradás látható a társadalom egészéhez képest.

A csecsemőhalandósági mutató ennél lényegesen nagyobb társadalmi szakadékat jelez. A hazánknál kicsit magasabb országos adatnál a romákat jellemző lényegesen magasabb (12,6%-kel). A Dekád alatt 2,1%-kal csökkent Szlovákia szintjén is és a szlovákiai romák közt is, így a távolság nem változott.

A születéskor várható élettartamban némileg nőtt is a romák hátránya, a kimeneti vizsgálatnál már 10 évvel éltek átlagosan kevesebbet. (A roma nők csak hét évvel halnak korábban, de az országos átlaghoz képest itt is nőtt a különbség.)

A szegénység magasabb kockázata megjelenik, bár az évtized során csökkenő mértékben, de 2014-ben is még 1,75-szörös annak a kockázata, hogy egy roma a szegénycsoportba tartozzon. Az abszolút szegények arányában apró elmozdulás látszik kedvező irányba.

Az átlagos jövedelmek terén nem volt tapasztalható változás a társadalmi lemaradásban, bár emelkedő jövedelmek mellett, de 2014-ben is 56%-át kapta kézhez a ki-sebbség tagja az országos átlagjövedelemnek.

Hátrányos megkülönböztetést a szlovákiai romák 41%-a élt át adataink szerint.

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	95	92	92	97	94	94	3	3	0
Csecsemőhalandóság	7,4	20,0	20,0	5,3	17,9	17,9	12,6	12,6	0
Várható élettartam	74	66,6	69,4	76	67	69	7,4	9	+1,6
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	32	56	58	20	35	36	24	15	-9
Átlagjövedelem (ALL)	573	324	254	838	472	380	56%	56%	0%
Abszolút szegények aránya	13	11	11	8	7	7	2	1	-1
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya		na.	na.		41	na.	na.	41	na.

12. táblázat: Szlovákia – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

SPANYOLORSZÁG

Több egészségügyi mutató terén – mint azt várhatjuk – a spanyol értékek kedvezőbbek a közép-kelet-európai térség országaiban megszokottnál, főleg a Balkán adatainál. Így a csecsemőhalálozások terén is ezt figyelhetjük meg. Az egészségügyi ellátórendszer fejlettsége mellett is kimutatható azonban a romák hátránya, amely valószínűleg a rendszerhez való hozzáférés különbségeiben rejlik. A vizsgált évtized során ráadásul a javuló országos folyamat mellett a spanyolországi romák helyzete e téren visszaesett. A mortalitás aránya 4,9‰-ról 7,7‰-re növekedett. Az esélykülönbség fokozódott.

A javuló spanyol értékek mellett alig történt növekedés a romák születéskor várható életkilátásaiban. Ezért a lemaradás e jelzőszámánál is növekedett.

Hasonlóan a többségi-kisebbségi olló kinyílását jelzik a horizontális témák adatai. Picit csökkenő országos érték mellett 30%-kal nőtt a romák esélye, hogy a szegény csoportba kerüljenek. 2014-ben már majd háromnegyedüket (72%) fenyegeti ez a veszély.

Az abszolút szegények aránya pedig az egész országban nőtt (több, mint kétszeresére), de a romák közt ez a hasonló szorzójú tendencia (2,5-szörös növekedés) a 2005-ös 12 egységnyi távolság helyett 2014-ben már 31 egységnyi lemaradást jelez.

E mutatók közül egyedül a hátrányos megkülönböztetést átélők arányát vizsgáló jelez javulást.

Mutató	2005 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			2014 (Forrás: Roma Inclusion Index 2015.)			A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2005) (saját számítás)	A roma népesség lemaradása a teljes populációhoz viszonyítva (2014) (forrás: Polónyi I., 2016.)	Változás 2005-2014 a roma népesség lemaradásában (saját számítás)
	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők	Teljes népesség	Roma népesség	Roma nők			
EGÉSZSÉG									
Egészségbiztosítással rendelkezők aránya	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.
Csecsemőhalálozóság	3,53	4,9	na.	2,7	7,7	7,5	1,37	5	+3,63
Várható élettartam	80,95	72	na.	82,8	72,8	75,6	8,95	10	+1,05
HORIZONTÁLIS TÉMÁK									
Szegénységtől veszélyeztetettek aránya	25	54	na.	24	72	na.	29	48	+19
Átlagjövedelem (ALL)	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.	na.
Abszolút szegények aránya	3	15	na.	7	38	na.	12	31	+19
Hátrányos megkülönböztetést átéltek aránya		45	na.		30	na.	45	30	-15

13. táblázat: Spanyolország – Tendenciák a roma népességnek a többségi lakossághoz viszonyított lemaradásában az egyes indikátorok tekintetében (2005-2014)

Összegzés

Az Évtized nemzetközi partnerei között részt vevő kormányok különböző módokon igyekeztek képet kapni a romák társadalmi helyzetéről. A vizsgált adatok ezekből a különböző forrásokból eredtek, s a nem egységes forrás jelenti a mérőrendszer egyik problémáját, értelmezési korlátját.

A legfontosabb statisztikai eszköz természetesen minden országban a népszámlálás, amely értékes összehasonlító adatokat nyújt a háztartások, az iskolai végzettség és a foglalkoztatás vonatkozásában az össznépeség szintjén. Ugyanakkor nem biztosítja a fejlesztéshez, az érdemi politikák kidolgozásához szükséges adatokat, mert nem ad releváns információkat a kisebbségek, így a romák vonatkozásában. A censusok során minden résztvevő ország törekszik ugyan arra, hogy a népesség etnikai hovatartozására vonatkozóan is gyűjtsön információkat, azonban ez a Roma Évtized Programban részt vevő országok esetében sem történt szisztematikusan. Ennek különböző okai vannak, kezdve az etnikai alapon gyűjtött adatok jogi akadályaitól, a hivatalos statisztikai adatgyűjtés önkéntes identitásvállaláson alapuló jellege miatti adathiányig. Ez a roma integrációs politikák kidolgozása során is gondot jelentett, hiszen ahhoz teljesebb, s a romák különböző társadalomstatisztikai mutatói tekintetében pontosabb adatokra lett volna szükség. A dekád tíz éve alatt is biztosítani kellett a folyamatos monitorozást és a változások követhetőségét, erre a népszámlálási statisztika már csak ritka (általában 10 éves) rendszeressége miatt sem alkalmas. Olyan hatékony és a romák társadalmi beágyazottságának különböző területein mérni tudó kvantitatív mutatórendszer kidolgozására volt tehát szükség, amely az időbeli változás irányát és nagyságát is jelezni képes. (Roma Inclusion Index 2015)

Természetesen az egyes kormányok más statisztikai forrásokból is fontos információkat nyernek a társadalom aktuális viszonyairól, ilyen adatbázisok például a háztartási jövedelmi statisztikák, az ún. SILC (EU statistics on income and living conditions) a bevételek és az életkörülmények alakulása vonatkozásában, a munkaerő-felmérések (LFS – Labour Force Survey) és más források. Néhány esetben ezek a felmérések tartalmaznak etnikai azonosítókat is vagy reprezentatív mintákat a roma népességre vonatkozólag, de nem minden esetben van lehetőség a romákra irányuló adatok külön gyűjtésére, bontására. Ezért az ilyen felmérések eredményei csak ritkán használhatók az integráció szintjének mérésére, esetenként aktualizálni kell azokat, hogy alkalmasak legyenek a célra is. (Roma Inclusion Index 2015)

A felhasznált statisztikai adatok egy következő köre a különböző szakterületeken működő állami intézmények által gyűjtött adminisztratív adatbázisokból származott. Ezek gyűjtési köre, módja, metodikája azonban nem csak országonként, de egyes országokon belül is jelentős mértékben eltérhet egymástól regionális vagy települési szinten. Különösen, ha a helyi önkormányzatok, vagy intézmények úgy kezelik ezeket az adatbázisokat, hogy az állam az adatgyűjtés erős központi standardizációját nem írja elő. Ilyen példák lehetnek az egészségbiztosítók által kezelt a társadalombiztosítással rendelkezőkről szóló listák, az iskolai részvételről, a lemorzsolódásról az oktatási intézmények által gyűjtött adatok, vagy a munkaügyi szervezetek által kezelt adatok a foglalkoztatottsági, munkanélküliségi mutatókról. Ezek a nyilvántartások nem reprezentatívak, és számos esetben egymással nem összevethetőek, mégis hasznosak lehetnek más adatbázisokkal kombinálva, különösképpen a becslések adatsorainak kiigazításában.

Az ilyen adminisztratív nyilvántartásokat, különösképpen az ún. folyamat- indikátorokat gyakran használják fel a kormányok, amikor a romák helyzetéről szóló beszámolókat készítene a nemzetközi szervezetek részére. Így történt ez a RIÉP esetében is. (Roma Inclusion Index 2015)

A Roma Integráció Évtizede programban részt vevő partnerek a felsorolt statisztikai módszertani problémák és dilemmák miatt olyan módszertani mérési gyakorlat kidolgozására törekedtek, amely az Európai Unió statisztikai szolgálata, az Eurostat számára is átvételre javasolt gyakorlatként, s a romák társadalmi integrációjának mérhetővé tételét és az egyes országok közötti összehasonlíthatóságokat, valamint az időbeli változások nyomán követését is lehetővé teszi.

A Dekád nemzetközi partner szervei, különösen az Egyesült Nemzetek Fejlesztési Programja (UNDP), a Világbank, és az utóbbi időben az Európai Unió Alapjogi Ügynöksége (FRA) törekedtek arra, hogy a partner kormányokat iránymutatásaikkal segítsék az indikátorok gyűjtésének és elemzésének tekintetében. A cél nem az volt, hogy átvegyék azok szerepét a program eredményességének bizonyítási kötelezettsége terén, hanem, hogy egységes és összehasonlítható adatbázisok jöjjenek létre.

Az egyes országok roma és nem roma civil szervezeteinek nemcsak az évtized célkitűzéseinek megvalósítása során, de konkrétan az eredményességi mutatók gyűjtése tekintetében is fontos szerepe volt. Bár a civil szektor szervezeteinek nincs olyan erőforrása, hogy átfogó adatgyűjtéseket, vizsgálatokat bonyolíthasson le, de a kormányok által rendelkezésre bocsátott mennyiségi mutatókat saját tapasztalataikra vonatkozó beszámolóikkal és jelentéseikkel árnyalták. (Roma Inclusion Index 2015)

Az indikátorok tehát több forrásból épültek egybe. A hivatalos statisztikák adatbázisait, azok hiányosságai és mérési torzításai miatt a civil szereplők által végzett jelentések, eseti terep kutatások tapasztalatai segítségével árnyalták és korrigálták.

Az adatbázisok megalkotásának gyakorlata azonban országonként különbözött. Montenegró például a legtöbb esetben hivatalos statisztikákat és szakmai becsléseket bocsátott rendelkezésre, ritkán használt alternatív adatforrásokat. Szerbia, Bulgária és Magyarország esetében a kormányzati statisztikákat és a statisztikai hivatal adatbázisait más adatforrásokkal (mint a UNDP és a UNDP / Világ Bank / FRA regionális vizsgálataival, vagy más nemzeti felmérések eredményeivel) kombinálva alkalmazták. Csehország szintén a hivatalos statisztikákra építette beszámolóit, de anélkül, hogy közvetlen hozzáférést biztosított volna azok nyers adataihoz. Románia nem engedte át központi hivatalos adatbázisait, de esetében eredményesen fel lehetett használni a főleg nemzetközi, nem hivatalos források információit. Albániában statisztikai szolgálat szinte nem is létezik ezért itt főleg alternatív forrásokat, nemzetközi szervezetek felméréseit és a helyi szervezetek közléseit lehetett alapul venni. A másik véglet Macedónia és Szlovákia képviseli, ahol szinte kizárólag ezen másodlagos források adták a mutatók képzésének alapját. Ezek azonban kisebb mintán készültek és meghatározásaikban, mérőmódszereikben eltérhetnek a standard hivatalos adatfelvételek gyakorlatától. Ám ez utóbbiak Macedóniában teljes mértékben hiányoztak, Szlovákia pedig ezekhez nem engedett közvetlen betekintést. Bosznia-Hercegovinában nem publikálták a legutolsó népszámlálás eredményeit, ám a Dekádhoz való csatlakozáskor speciális roma surveyt bonyolítottak le, s ennek adataira alapozták a statisztikákat. Spanyolországban, ahol erős partneri viszony áll fenn a kormányzati és civil adatgyűjtés között, számos felmérést a kormányzat kezdeményez és támogat, de a civil szektor hajt végre. Ezek eredmé-

nyei hivatalosan elismert és a szakpolitikák kidolgozása során is használatos adatbázisok. Bár ezek módszertani szempontból, fogalomhasználatukban, indikátoraik tekintetében gyakran nem harmonizálnak a hivatalos adatfelvételi rendszerekkel, s nem átfogó, hanem szórványos adatbázisok, eredményeik pedig kizárólag a roma csoportokra vonatkoznak, s a teljes társadalom mintáival így nehezen vethetők össze, mégis ezek kerültek felhasználásra az Évtized eredményességének vizsgálata során. (Roma Inclusion Index 2015) Ez az összetett módszertan természetesen számos problémát hordoz, például azokat a következetlenségeket is, amikor az egyes kormányok szociális szakszolgálatokra bízta a kért adatok összegyűjtését és feltöltését.

Az Évtized keretében kidolgozott és használatra javasolt index nem adatgyűjtési eljárás tehát, inkább a már meglévő adatoknak a kezelésére, összehasonlítására, értelmezhetőségére fókuszáló adatközlési forma. Ennélfogva magában hordozza a felhasznált adatbázisok összes problémáját, azok adathiányait, reprezentativitási hibáit.

Az adatbázisok megalkotásának gyakorlata országonként különbözött. Az egyes partnereknél számos esetben fennálló adathiányt alternatív forrásokból kellett pótolni. Az egyes országok által közölt adatok nem ugyanazzal a standard módszertannal, nem ugyanazon típusú forrásokból származnak.

A Roma Integrációs Index számítása során használt 27 mutató 2005-ös és 2014-es értékei abszolút jelzőszámok, alkalmasak az egyes országokban élő roma csoportok tényleges társadalmi helyzetének felvázolására az egyes indikátorok területén. A belőlük képzett összesítő index azonban nem alkalmas erre, már relatív mutató. Már nem a csoport tényleges helyzetére, hanem a többségi társadalomtól való leszakadás mérésére használható.

Az indikátorok értelmezésénél tehát azt is figyelembe kell venni, hogy a többségi népesség és a cigány lakosság társadalmi távolságát jelző értékek nem az abszolút életkörülményekről adnak tájékoztatást. Sokkal inkább szubjektív adatok, amelyek a viszonylagos lemaradásra mutatnak rá a cigány csoport, vagy azon belül a roma nők esetében. Például előfordulhat, hogy egy viszonylag fejlettebb ország össztársadalomra vonatkozó mutatóihoz képest erőteljes lemaradást képviselő roma populáció helyzete objektív szinten sokkal rosszabb, mint egy a teljes népesség esetében alacsonyabb fejlettségi értékekkel jellemezhető szinthez képest viszonylag kisebb lemaradást elszedő roma népességé. De természetesen az is lehetséges, hogy egy kedvező társadalmi mutatókhoz képest erős lemaradással leírható roma közösség helyzete objektíven még mindig kedvezőbb, mint az eleve rosszabb összértékkel jellemezhető össznépeiségtől alig elmaradó roma közösség abszolút mutatói.

Az átlagosjövedelmeket vizsgálva pl. megállapíthatjuk, hogy 2014-ben Magyarországon és Szlovákiában hasonló volt a társadalmi távolság (hazánkban 57%-át, északi szomszédunknál 56%-át kapta kézhez egy roma munkavállaló az országos átlagnak), Csehországban viszont 61%-nyit keresett. Euró értéken kifejezve ez Magyarországon mégis magasabb (2893 euro¹²), mint Szlovákiában (472 euro) és Csehországban (648 euro).¹³

Emiatt véleményünk szerint a Roma Integrációs Index értékeinek összehasonlító vizsgálata során csupán a nagy társadalomhoz képest kimutatott elmaradásban tapasztal-

12 Miközben a KSH adatai szerint 316 300 forint volt a bruttó átlagkereset 2018 januárjában – durván 1000 euro.

13 A közölt adatokat figyelembe véve.

talható rangsor rajzolódik ki, ahol az alacsony értékek a társadalomba való relatív integráltságot, míg a magasabb jelzőszámok a roma csoport társadalmi kizáródásában tapasztalható nagyobb távolságot képviselik.

A fenti módszertani dilemmák miatt a vizsgálat eredményeit mindenképpen óvatosan kell kezelni. Arra biztosan nem alkalmasak, hogy az országok közötti összevetéseket megtehessek a társadalmi beilleszkedés értelmezéséhez, viszont véleményünk szerint jól felhasználhatók arra, hogy az egy-egy országon belül a Dekád ideje alatt tapasztalható változásokra, azok nagyságára, valamint pozitív, vagy negatív tendenciáira rávilágítsanak.

Az egészségügy területe, ahogy arra már a sorozat korábbi írásaiban rámutattunk más beavatkozásokkal kapcsolatban is, nem olyan terület, ahol akár egy országos, akár helyi szintű kezdeményezés, projekt gyors és átütő változásokat tud eredményezni a statisztikai adatok terén. Nagyon fontosak a romák életkörülményeire, s ebből kifolyóan áttételesen az egészségi állapotukra is ható beavatkozások, fontosak a munkaerőpiaci integrációt erősítő akciók – hiszen a stabil munka, jövedelem, megélhetés szintén kiható a testi-lelki jólétre –, s nagy szerepe van az iskolázottsági helyzet javításának is – mert ez hat az egészségtudatosságra. S emellett a direkt e területet célzó iniciatívák szerepe sem elhanyagolható.

Hosszú távon e folyamatok komplex módon kihatnak a már felnőtt generáció, s még inkább a felnövő nemzedékek testi-lelki állapotára, s javuló tendenciákat eredményezhetnek. A Dekád tíz éve azonban rövid időtáv ahhoz, hogy számottevő javulást lehessen elérni, s pláne, hogy ez már a statisztikai adatok szintjén is érzékelhető legyen.

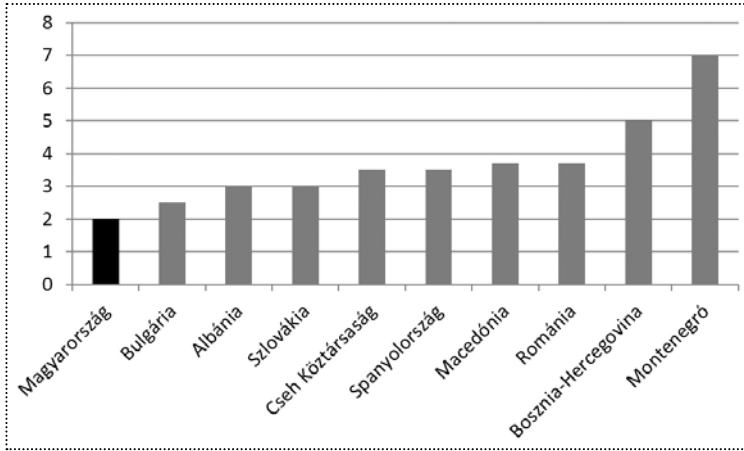
Sokkal gyorsabban megmutatkoznak a társadalmi-gazdasági-politikai folyamatok negatív hatásai, s a fent bemutatott statisztikákban sok esetben ez áll a romló mutatók mögött. A vizsgált időszakban bekövetkezett banki és továbbgyűrűző gazdasági válság évei a romló munkaerőpiaci, lakhatási körülmények terén, a közüzemi szolgáltatásokból való kirekesztődés, vagy éppen az egészségügyi ellátórendszerektől a területi szegregáció miatt történő távolodás eredményezheti azokat a körülményeket, amelyek azonnal megjelennek a betegségekben, mentális megbetegedésekben – itt az indikátorok közül talán a csecsemőhalandóság értékének sok országban megfigyelhető emelkedése képviseli e gyorsan látható hatást.

A horizontális téren gyűjtött adatok – szegénység kockázata, abszolút szegények aránya, átlagjövedelem – inkább olyanok, amelyek gyorsan tudnak változni a társadalmi-gazdasági-politikai körülmények alakulásának hatására, s sok esetben láthattuk is e gyors változást a romló mutatókban.

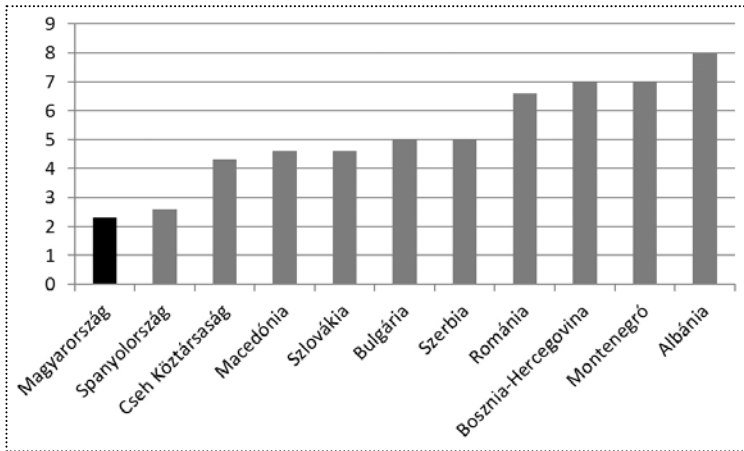
Zárásként olyan ábrákat mutatunk be, amelyeket a fent részletezett statisztikák alapján hoztunk létre, hogy áttekinthető, összehasonlítható képet kapjunk a Dekád partnerországainak tekintetében. Az egyes területek indikátorait (itt az egészségügyre vonatkozó 3 mutató képviselte társadalmi távolságot, ill. a 4 horizontális mutató jelölte lemaradást) összesítettük, s hogy kiküszöböljük azokat a torzításokat, amelyek azáltal jönnének létre, hogy egyes országok több, míg mások kevesebb adatot szolgáltatottak, átlagoltuk az összesített társadalmi távolságot.¹⁴ Az így kapott átlagérték alapján tettük sorrendbe a partnereket a két vizsgálati évben, s e sorrend változásából tudunk óvatos következtetéseket levonni.

14 Érhető, ha összeadjuk az egyes mutatók társadalmi távolságot jelző értékeit, nagy eséllyel jön ki magasabb érték ott, ahol 4-5 területen jelenik meg ez a távolság, s alacsonyabb lesz várhatóan azon ország esetében, amely csak egy adatot szolgáltatott.

Az egészségügyi mutatókból összesített rangsorban hazánk az előkelő első helyre került 2005-ben, s 2014-ben is, vagyis átlagolva az egészségügyre irányuló mutatókat Magyarországon volt a legkisebb különbség a többségi társadalom és a cigány, roma emberek közt.¹⁵ A legerősebb kirekesztődés Bulgáriában, Romániában, Csehországban következett be.

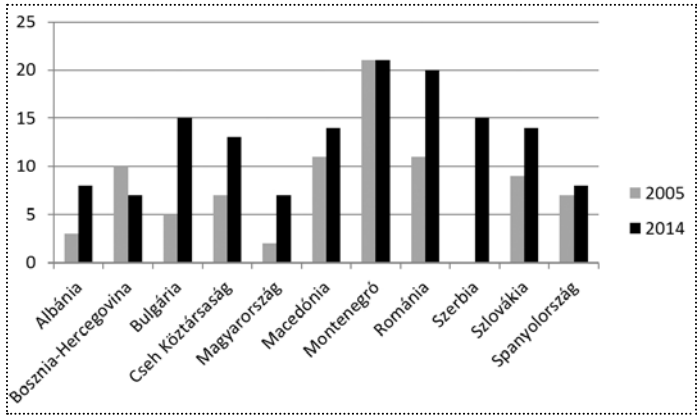


1. ábra: A Roma Integráció Évtizede Program résztvevő országainak sorrendje roma népességüknek a többségi társadalomhoz viszonyított lemaradása alapján az egészségügyi mutatók területén (2005)



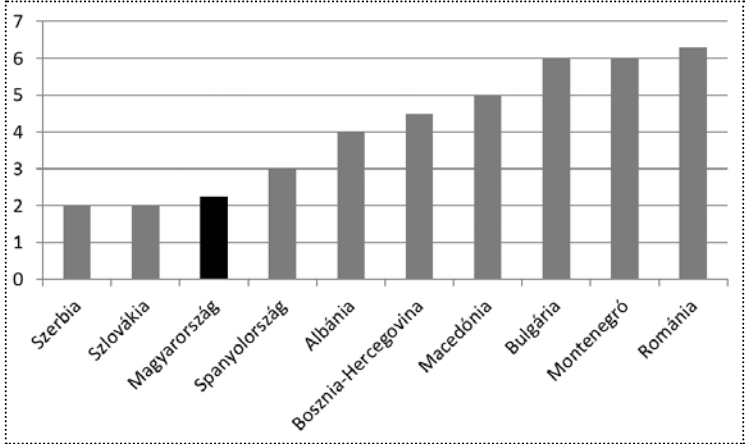
2. ábra: A Roma Integráció Évtizede Program résztvevő országainak sorrendje roma népességüknek a többségi társadalomhoz viszonyított lemaradása alapján az egészségügyi mutatók területén (2014)

15 Igaz, 2005-ben ez csak egyetlen adat, míg 2014-ben már három érték alapján került számításra.



3. ábra: A roma népesség többségi társadalomhoz viszonyított lemaradásának változása az egészségügy területén a Roma Integráció Évtizede Program résztvevő országában (2005-2014)

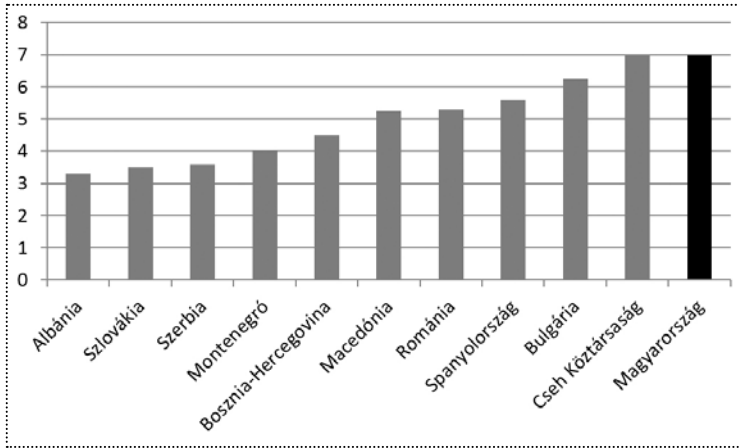
A horizontális témákat elemző adatok átlagolt sorrendje sokkal negatívabb következtetések levonására sarkall. Míg 2005-ben a főként a szegénységre, jövedelemre irányuló kérdések alapján Magyarország a harmadik legnagyobb társadalmi szakadékot mutatta fel romák és nem romák közt, alig lemaradva Szlovákia és Szerbia mögött, addig 2014-ben már az utolsó helyre szorult. Csehországgal¹⁶ együtt a legnagyobb leszakadás volt megfigyelhető.¹⁷ A legerősebb romlás Magyarország, Bulgária és Makedónia esetében figyelhető meg.



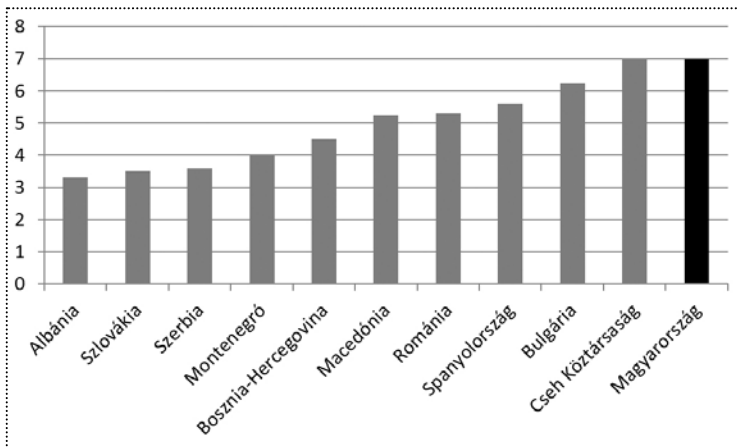
4. ábra: A Roma Integráció Évtizede Program résztvevő országainak sorrendje roma népességüknek a többségi társadalomhoz viszonyított lemaradása alapján a horizontális mutatók területén (2005)

16 Csehország 2005-ben nem szolgáltatott adatot.

17 Igaz, Magyarország mindkét időpontban az összes mutatót közölte, szemben Bulgáriával, ahol pl. 2005-ben mindössze egy, Bosznia-Hercegovina, Macedónia, Szerbia esetében két-két adat alapján került meghatározásra a sorrend. Ez – főleg ha a közölt mutató mondjuk nem a legrosszabb képet mutató területre vonatkozik – módszertani torzításokat okoz, s nem a tényleges távolságokat fogja tükrözni.

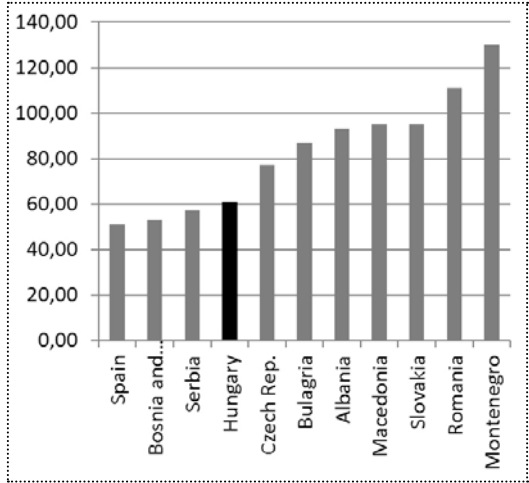


5. ábra: A Roma Integráció Évtizede Program résztvevő országainak sorrendje roma népességüknek a többségi társadalomhoz viszonyított lemaradása alapján a horizontális mutatók területén (2014)

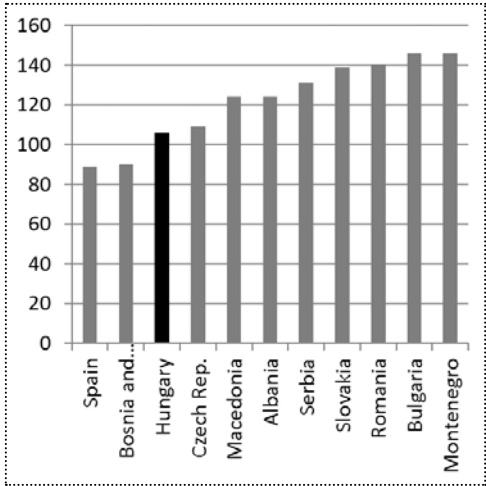


6. ábra: A roma népesség többségi társadalomhoz viszonyított lemaradásának változása a horizontális mutatók területén a Roma Integráció Évtizede Program résztvevő országáiban (2005-2014)

Ennek ellenére a teljes, 27 mutatóból képzett összesítés rangsorában – köszönhetően a többi prioritási területen korábban leírt jobbára pozitív, vagy kevésbé negatív folyamatoknak hazánkban, s az erősebben negatív tendenciáknak a többi partnernél – Magyarország egy helyezéssel tudta javítani relatív pozícióját.



7. ábra: A roma népesség többségi társadalomhoz viszonyított lemaradása a Roma Integráció Évtizede Program résztvevő országaiban (2005)



8. ábra: A roma népesség többségi társadalomhoz viszonyított lemaradása a Roma Integráció Évtizede Program résztvevő országaiban (2014)

Végezetül – bár már többször utaltunk erre – hadd hívjuk fel ismét a figyelmet arra, hogy a RIÉP értékelés során használt matematikai statisztikai jellegű megközelítés koránt sem alkalmas, vagy a legkifejezőbb eszköz az egyes országokban lezajlott társadalmi integrációt erősítő programok és azok valós hatásainak, hatékonyságának pontos érzékelésére. Ez a módszer ahhoz legfeljebb egy a számok nyelvén formálódó adalékot tehet hozzá. A hazai történéseket és folyamatokat közelebbről ismerve, s ezért csak Magyarországra fókuszálva azt gondoljuk, hogy az elmúlt évtizedben elindult beavatkozási kísérletek eredményeit nem jól tükrözik ezek a kissé erőltetetten képzett statisztikai

mérőszámok. Elindultak olyan folyamatok, indukálódtak olyan kezdeményezések, amelyek hatásait inkább csak érezzük, s más eszközökkel (pl. interjúkkal, esettanulmányokkal, mélyfúrásos kutatásokkal) érzékletesebb képet alkothatunk a valós változásokról. Ezek a programok szép ívet rajzoltak ki hazánkban is pl. a cigány népesség oktatási integrációjának mezőjében az oktatási rendszer teljes spektrumán keresztül a szabályozók szintjén, a programok szintjén. Más kérdés, hogy ezek a napi gyakorlatba milyen hatásokkal mennek át, s milyen változásokat eredményeznek a cigányság élethelyzetére. Jelzi a kormányzat elkötelezettséget, hogy a RIÉP négy prioritási területét annak lezárulta után is fókuszban tartja, s további céltámogatásokkal segíti.

Felhasznált irodalom

- Andorka Rudolf: Bevezetés a szociológiába. Osiris Kiadó, Budapest, 2006.
- A Roma Integráció Évtizede Program által megjelölt célok megvalósulási folyamatának monitoring-vizsgálata Magyarországon a 2005-2009 közötti időszakra vonatkozóan. Kurt Lewin Alapítvány Budapest, 2010. http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9317_file3_decade_of_roma_inclusion_hu_fin.pdf (letöltés: 2016.10.26.)
- Bernard Rorke, Margareta Matache, Eben Friedman (2015): A Lost Decade? Reflections on Roma Inclusion 2005-2015. Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation. Budapest http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9809_file1_final-lostdecade.pdf (letöltés: 2016. november 30.)
- Eben Friedman (2015); Decade of Roma Inclusion Progress Report <http://www.eurasia.undp.org/content/dam/rbec/docs/DORI%20REPORT.pdf> (letöltés: 2016. november 30.)
- Hablicsek László (2007): A roma népesség iskolázottságának területi alakulása: Tények és becslések. Kisebbségkutatás, 2007/4. http://www.hhrf.org/kisebbssegkutataskk_2007_04/cikk.php?id=1511 (letöltés: 2016.11.09.)
- Havasi Éva (2017): Szegénység, számolva és számolatlanul. http://kettosmerce.blog.hu/2017/01/08/havasi_eva_szegenyseg_szamolva_es_szamolatlanul (letöltés: 2017.10.13.)
- Roma Inclusion Index 2015. Decade of roma inclusion secretariat foundation, september 2015. http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9810_file1_roma-inclusion-index-2015-s.pdf (letöltés: 2016.10.26.)
- Polónyi István: Emberi erőforrásaink 21. százada. Gondolat Kiadó, Budapest, 2016 .
- Roma Integráció Évtizede 2005-2015
- Kutatási Jelentés – Decade Intelligence A romák társadalmi befogadását előmozdító projektek sikerességét vagy kudarcát befolyásoló tényezőkről. Roma IntegrációÉvtizede Titkárság Alapítvány, ISBN: 978-963-08-9719-8, 2014. http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9791_file13_evtized-kutatasi-jelentes.pdf (letöltés: 2016.10.27.)

INTERJÚ

124 Cserti Csapó Tibor, Kalányos Péter, Kátai Dalma
Interjú dr. Szirtesi Zoltánnal



Cserti Csapó Tibor, Kalányos Péter, Kátai Dalma

Interjú dr. Szirtesi Zoltánnal

Dr. Szirtesi Zoltán, a ma már 78 éves Szegeden élő, de a kiskundorozsmai háziiorvosi körzetben még ma is praktizáló házi orvos személye az elmúlt néhány évtizedben megkerülhetetlennek tűnik, ha a cigány népesség egészségügyi helyzetével kapcsolatos tudományos szakirodalmat vizsgáljuk. Maga is számos könyvet írt a témakörrel kapcsolatosan, közöttük az 1998-ban megjelent, s talán legismertebb, s legtöbbet hivatkozott *A cigányság egészségügyi helyzete* c. könyvét, de érdemes megemlíteni más műveket is tőle, mint a 2004-ben megjelent *Cigányságunk* vagy a *Tégy te is az egészségedért* (2010) című írásokat.

Dr. Szirtesi Zoltán azok egyike és talán keresve sem található hozzá hasonló, aki az 1970-es évektől kutatói módszerességgel látogatta a cigánytelepeket. Előtte kórházban, ideggyógyászatban dolgozott. Még ma is a Kiskundorozsmai cigánytelep kedvelt házi orvosa és betegei nem is igen szeretnék máshoz járni egészségügyi problémáikkal.

Doktor urat pályájáról, a cigányok egészségügyi helyzetével kapcsolatos elkötelezettségéről, kutatásairól, tapasztalatairól és publikációiról kérdeztük.

Doktor úr a könyvei miatt, illetve az orvosi tevékenysége kapcsán is kapott az elmúlt időszakban média figyelmet. Meséljen nekünk az írásairól, hiszen nem egy kiadvány kötődik a nevéhez orvosi pályafutása során.

A *Tégy te is az egészségedért* című könyv olyan családoknak íródott, s még 2010-ben jelent meg, ahol nem tudnak írni-olvasni, nincsenek tisztában az alapvető egészségügyi és higiénés szabályokkal. Számukra igyekeztem összefoglalni ezeket az alapvető tudnivalókat. 2017-ben újra megjelent ez a könyv, egy kicsit megváltozott a címe (*Tégy magad is egészségedért!*), de a tartalom ugyanaz maradt. Fontos, hogy nem cigányoknak írtam, ez a szó, de ilyen utalás sem szerepel benne. Inkább az általános prevencióra, az egészséges életmódra igyekeztem benne a figyelmet felhívni. Gyakorlatilag a bölcsőtől a koporsóig adok tanácsokat, amelyek megfigyeléseimen alapulnak. Viszonylag nagy részt szántam a csecsemők, a gyermeke, de a felnőttek táplálkozásával kapcsolatos ismereteknek, hiszen mind gyermekkorban, de idős korban is ez áll számos betegség és tünet hátterében. Arra figyeltem, hogy azoknak szóljon, akiknek nincs pénzük a drága gyógyszerek megvásárlására, a szűrővizsgálatokra. Két belgyógyász professzor is át-

Cserti Csapó Tibor habilitált egyetemi docens, PhD, PTE BTK NTI Romológia és Nevelésszociológia Tanszék

Kalányos Péter egyetemi hallgató, PTE BTK Wlislöcki Henrik Szakkollégium

Kátai Dalma egyetemi hallgató, PTE BTK Wlislöcki Henrik Szakkollégium

nézte az anyagot, s nagyon támogatták a munkámat. Az első kiadást elkapták a jómódúak, de a második kiadást is sokan keresték. Ezeket a könyveket ingyen adjuk és terjesztjük, néhány példányt a határon túli magyarságnak, például Erdélybe is eljuttatunk.

Igen, ezt a kiadványt ismerjük, a tartalomjegyzéket látva tényleg szerepelnek benne olyan fontos témák, mint a párválasztás, családtervezés, a gyermek fejlődési szakaszaihoz kapcsolódó ismeretek, az étrend, a betegségek megelőzésének, felismerésének és kezelésének fontos tudnivalói, s úgy általában az életvezetéssel kapcsolatos szabályok, tanácsok, amelyek tényleg hasznosak lehetnek olyan mélyszegénységben élő, az alapvető ismeretektől elzárt családoknak, akikhez más úton ezek az információk nem jutnának el – még akkor is, ha azért a szöveg egyes részei mára már meghaladtak, vagy másképp is vélekedik róluk az orvosi szakma. Lehet, egy újabb kiadásban, ezeket a tartalmi elemeket is frissítve egy még aktuálisabb anyag kerülhetne az olvasók kezébe.

De beszéljünk a többi könyvéről, ezek egy része – ahogy látjuk itt az asztalra kipakolva – nem is az orvosi pályájához, szakmájához kötődik.

Ezt a *Szegő, a kis csillagász és a nagy utazó* című mesekönyvet az unokámnak írtam. Péli Tamás készítette hozzá az illusztrációkat. Úgy kezdődött, hogy az unokám azt mondta, ha már ennyi könyvet írtam, akkor írjak már neki is egyet! Ez egy fantasztikus mese, de tanító céllal. Gyakorlatilag a természetvédelem fontossága domborodik ki belőle.

Azután itt van ez a *Cigányságunk*¹ című, ez egy ismeretterjesztő könyv, több írás van benne különböző témákról. Ebbe – *Tanári kézikönyv a cigány fiatalok szocializációjáról*² – csak egy részt írtam (Milyen cigányként élni). Aztán itt van ez, amelyik a magyar mellett lovári nyelven is íródott: *Védd az egészséged!*⁴ *Losar tyo sastyipe!*

Ezek az írásokon érződik az erős elköteleződés és hogy a Doktor úr igazán a betegek közt, a körzetében érzi otthonosan magát. Illetve látszik, hogy nem a tudományos életnek, hanem a hétköznapi embereknek írt. De mégis van egy könyv, ami a megjelenése óta bekerült a tudományos dikurzusba, mert több kutató is hivatkozott rá, a cigányság egészségügyi helyzetével kapcsolatos kutatások során, publikációkban

- 1 Az olvasmányos, rövid és az élőbeszéd egyszerűségével megfogalmazott kiadvány megismerteti a cigányság gyökereivel, jelenlegi létszámával, számba veszi a különféle elnevezéseket, bemutatja a cigány családi élet főbb jellemzőit, betekintést nyújt a cigányság törzsi tagozódásába, áttekinti a törzsi nyelvek különbségeit, antropológiai jellegét. Több fejezet is foglalkozik a cigányság hagyományos és újabb szervezeteivel (önkormányzatok, vajdák, érdekképviseletek). Külön fejezetet szentel a cigány holokausztnak, végül közli az ENSZ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatát. A kiadványt a szerző életrajza egészíti ki. (<https://moly.hu/konyvek/szirtesi-zoltan-ciganysagunk> – letöltés: 2018.06.15.)
- 2 <https://www.antikvarium.hu/konyv/dr-szirtesi-zoltan-ciganysagunk-346870> – letöltés: 2018.06.15.
- 3 <https://www.antikvarium.hu/konyv/varga-ilona-choli-daroczi-jozsef-tanari-kezikonyv-a-ciganyfiatalok-szocializaciojarol-372207> – letöltés: 2018.06.15.
- 4 <https://www.antikvarium.hu/konyv/dr-szirtesi-zoltan-vedd-az-egeszseged-38890> – letöltés: 2018.06.15.

forrásként használják^{5, 6, 7, 8}. Ez pedig az 1998-ban megjelent, A cigányság egészségügyi helyzete⁹ című anyag.

Annyit tudni kell, hogy a rendszerváltás előtt én voltam az Országos Cigány Tanács elnöke, s akkor körbejártam az országot. Nemigen volt olyan cigány telep, ahol nem jártam, mindenhol szeretettel vártak a cigányok. Kiskundorozsmán jelenleg is egy cigánytelepnek az orvosa vagyok, mert az is a körzetemhez tartozik. Ezen kívül Szegeden is 5000 cigány él, de különböző helyeken, s ezek nagy része is megkeresett már ilyen-olyan problémáival. Már csak azért is, mert a feleségem volt az, aki a szociális ügyeket intézte családsegítőként, majd a rendszerváltás után települési önkormányzati képviselőként.

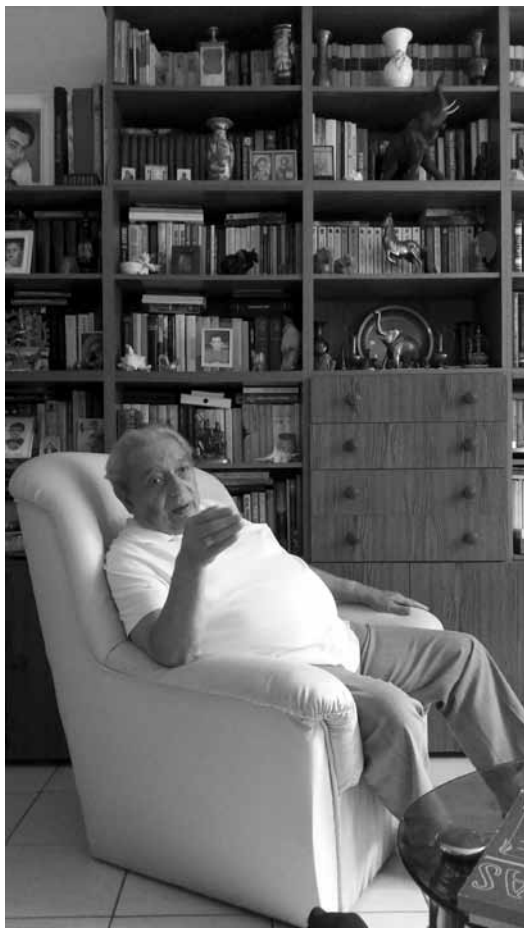
Annak idején ezek a terepmunkák szabályos felmérések voltak, beszéltem körzeti orvosokkal az ország különböző területein. Amikor tapasztalataim alapján megírtam az anyagot, akkor különböző egyetemekre – Pécs, Debrecen, Budapest – hívtak előadásokat tartani, majd a rendszerváltáskor megbízott bennünket az alakuló új kormány a kutatás folytatásával. A kb. húsz fős kutatócsoportunk, amelyben egyetemisták is voltak, s én voltam a csoport orvosi szakértője, az ország különböző helyein járt cigánytelepeken. Sajnos az anyag utána nem kapott nyilvánosságot. Valószínűleg több problémára mutattunk rá annál, mint hogy milyen az egészségügyi helyzet.

Mik ennek az írásnak a legfontosabb megállapításai?

Magyarországon én terjesztettem el a köztudatban azt az információt, hogy a cigányság – s ebbe beleértem mindhárom cigány csoportot – átlagosan öt évvel rövidebb ideig él, mint a nem cigányok, s tíz évvel hamarabb halnak meg, mint a nyugat-európai emberek.

A könyv egyik lényeges gondolata, hogy nagyon fontos a vizsgálatoknál rámutatni, melyik csoportról beszélünk, nem mindegy, hogy oláh cigányokról, kárpátiakról, vagy beásokról szólnak – az egészség szempontjából is nagyon fontos ez. Azért, mert a testalkat nem egyforma az egyes csoportoknál; a kárpáti cigányokra jellemző, hogy alacsonyabbak, szélesebb vállúak, aranybarna a bőrük, hasuk sok esetben megnövekedett, hajlamosabbak az elhízásra. Emiatt magasabb arányban fordul elő köztük a magas vérnyomás és annak következményei, szív és érrendszeri problémák, vesebetegségek. Az oláh cigányok és a beások magasabbak, szikárabbak, izmosabbak, s jellemző a comb és fenék tájék megvastagodása. Rájuk kevésbé jellemzők az érlelmeszesedés és egyéb keringési megbetegedések. Ez a betegség eltérő kialakulási gyakoriságának alapja – ez genetikai eredetű.

-
- 5 Educatio 2013/2 Forray R. Katalin: Cigány egészség, cigány betegség. pp. 177–186. (http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=oahUKEwjVhMqcntXbAhXHIcWkHSQaCukQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hier.iif.hu%2Fhu%2Fletoltes.php%3Ffid%3Dtartalom%2F2244&usg=AOvVaw1D7qDnzlzyuGL_YfSHGgMN – letöltés: 2018.06.15.)
 - 6 Puporka Lajos-Zádori Zsolt: A magyarországi romák egészségi állapota – World Bank Group, 1998. (http://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/health_status_hun.htm – letöltés: 2018.06.15.)
 - 7 Prónai Csaba (2000) A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében. *Kisebbségkutatás*, No. 4. (<http://epa.oszk.hu/00400/00462/00008/9.htm> – letöltés: 2018.06.15.)
 - 8 Forray R Katalin írása lapunk e számában
 - 9 <https://www.antikvarium.hu/konyv/dr-szirtesi-zoltan-a-ciganysag-egeszsegugyi-helyzete-209487> – letöltés: 2018.06.15.



Ebben a könyvemben felsorolom a cigányok gyakoribb betegségeit. Például a kárpáti cigányoknál, ahogy már említettem, gyakoribb az érlelmeszesedés. Nagyon fontos volna – s e téren nem tudtam áttörést elérni – hogy szűrővizsgálatokat kellene elindítani a cigányok, s főként a cigány nők körében. Köztük ugyanis a fiatalkori elhalálozások jelentős részéért egy agyi aneurizma, értágulat, s ennek a repedése felelős. A hajlam az öröklődik, de a betegség kialakulása inkább az életmódra vezethető vissza, s már gyermekkorban szűrhető volna.

A cigányoknak – s ez az összes csoportra jellemző – más a hallójárat görbülete, mint az európai népeknél. Ebből következik a kitűnő hallásuk. Ez is öröklött, genetikai eredetű. Ennek az eltérő fül szerkezetnek azonban vannak hátrányai is, nagyon sok köztük a fülbetegség, a halláskárosodás. Nincs meg az öntisztulása a fülnek, gyulladás alakul ki. S a telepi körülmények közt élők a problémák esetén nem szaladnak orvoshoz. A fülkagyló is jobban ráfekszik a koponyára.

A cigányoknak nagyon jó és éles a látása, amíg nem betegszik meg a szemük. Ám ennek is megvan a hátulütője, a szemhéj könnyebben fertőződik, s gyullad be, mert más a szemöldök görbülete, a verejték lefolyása, a szemhéj íve.

Az orrjáratok is szélesebbek, s ezért a cigányok orra is ritkábban dugul el. A telepi körülmények közt élőkre jellemzők a különféle légzőszervi megbetegedések, az asztma, a tüdőgyulladás. S sajnos napjainkban a tüdő daganatos megbetegedései is gyakoribbak, mint régebben. Itt nem az etnikai hovatartozás számít, hanem a rossz lakó- és életkörülmények, zsúfolt, nem szellőző lakások, korai dohányzás.

Gyakori a gyomorbetegség is, ez pedig a rendszertelen étkezés következménye. A cigány ember akkor eszik, amikor éhes, s azt hiszem, ez a jó. Akkor kell enni, amikor megéhezünk. A szegényebb, hátrányosabb cigány rétegre azonban az jellemző, hogy nagyon sokan éheznek. Ezt értem rendszertelen étkezés alatt.

A vese is hajlamosabb a megbetegedésre, főleg a kárpáti cigányok esetében. A policisztás vese probléma például, ez is genetikai hajlam következménye.

Korábban jelentős probléma volt a csecsemőhalandóság, de Szegeden már évtizedek óta nem volt erre példa.

Igen, a felsoroltakból úgy látszik két fontos tényezőcsoport rajzolódik ki az eltérő betegség gyakoriságok hátterében, az egyik genetikai alapokra helyeződik, a másik viszont egyértelműen a környezeti, életmódbeli hatások következménye. A könyvet elemző, bemutató szerzők, bírálók is erre a kettősségre, s főleg a genetikai megállapításokkal szembeni óvatosságra mutatnak rá^{10, 11, 12}. Ahogy említette, itt a helyi, dorozsmai telepén is javultak a lakókörmények. Hatott ez a betegségek előfordulására?

A lakásproblémákra jó példa, hogy amikor Szegeden igyekeztek rendezni a lakókörményeket, s a cigányokat a telepi lakások helyett panellakásokba költöztették, az nem jelentett valódi megoldást. A panel csak folyamatos fűtés mellett megfelelő, de amikor a cigányok csak néha fűtöttek be, az a falakon vízlecsapódáshoz, nedvesedéshez vezetett – ez nem egészséges. Ezeket a lakásokat sikerült kicserélni kőházakra.

Régebben több volt a szívbeteg, az agyvérzés, a vérnyomás problémák miatti roszszullétek. Ma már gyógyszerekkel el vannak látva, ráébredtek, hogy probléma esetén orvoshoz kell fordulni.

Ami szép eredmény még, hogy a korábban jellemző konfliktusok a helyi cigányság és a városvezetés, illetve a többségi lakosság között napjainkra minimálisra csökkentek. Amikor 1970-ben idejöttem Dorozsmára, akkor még irgalmatlan szegénység volt, az emberek rongyos ruhában jártak, az utcán kéregettek, ma már azt lehet megfigyelni, hogy a telepi cigányok is úgy öltöznek, mint a nem cigányok. Kb. húsz éve kezdődött, hogy a diszkóban már együtt táncoltak cigány és nem cigány fiatalok. Ezek a konfliktusok, az előítéletek csökkenését jelzik.

Sok-sok állítást felsorolt Doktor úr a szervi eltérésekről. Ezeket tapasztalati úton mondja, vagy vannak erre tudományos kutatások, publikált adatok?

Tapasztalati úton is tudom, de vannak rá utalások különböző munkákban. Például a *Föld népei* sorozatban Kiszely Istvántól megjelent munka¹³ is tartalmaz erre vonatkozó uta-

10 „A megfigyelt betegségek többségéről azt állapítja meg, hogy a rossz lakásviszonyok, az elégtelen táplálkozás, a túlsúlyfoltóság okozza és terjeszti ezeket, esetenként robbanásszerűen. Ahol a gyakorló orvos a genetika ingoványos területére lép, ott magyarázatai komolytalanak tűnnek (pl. „a cigányok valamilyen öröklés folytán kissé másképpen reagálnak az alkohorra”).” (Forray R. Katalin: Cigány egészség, cigány betegség. Educatio 2013/2, p. 179. (http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjVhMqcntXbAhXHCwKHSQaCukQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hier.iif.hu%2Fhu%2Fletoltes.php%3Ffid%3Dtartalom%2F2244&usq=AOvVaw1D7qDnZlyuGL_YfSHG9MN – letöltés: 2018.06.21.)

11 „... maga Szirtesi is hajlik arra, hogy az egészségtelen életkörülmények okai a „nyomorszintű településekben” keresendők (akárcsak a főntebbi szerzők). Ha viszont ez így van, hol érhető tetten a „cigány specifikum”? Véleményem szerint ott semmiképpen sem, ahol a szerző próbálja azt felállítani: ti. a genetikai magyarázó elv mentén.” Id. Prónai Csaba (2000) A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében. *Kisebbségkutatás*, No. 4. (<http://epa.oszk.hu/00400/00462/00008/9.htm> – letöltés: 2018.06.22.)

12 „A cigányság egészségügyi helyzete c. munka súlyos megállapításokat tartalmaz, de bizonyítékok nélkül, ahogyan Kende Ágnes (1998) írja a kötetéről szóló kritikájában. A cigányok és a magyarok közötti különbségek egyre inkább „homályosakká”, következőképpen bizonyítathatlanná válnak.” Id. Kende Ágnes. 1998. Almacigány és körtécigány. *Amaro Drom* (5): 30. (recenzió Szirtesi 1998-ról)

13 Kiszely István: *A Föld népei 1.* – Európa. Gondolat Kiadó, Budapest, 2005.

lásokat. Egyébként a szegedi orvosi rendelők közül az enyém van legjobban felszerelve műszerekkel, ezért nagyon sok dolgot meg tudok nézni.

A Doktor úr miért és hogyan lett orvos? Mi volt a motivációja?

Gyerekkorom óta orvos szerettem volna lenni. Ez akkoriban sem volt könnyű, de ma azt hiszem, nem sikerülne. Nagymamám beteges volt egy darabig, s én mindig azt mondtam neki: „Majd én meggyógyítalak.” Édesanyám rendszeresen mesélt eszténként. Mindig arról beszélt, hogy majd jársz iskolába, aztán gimnáziumba, majd jársz egyetemre, ezt belém sulykolta. Édesanyám volt annak idején az iskola legjobb tanulója, s tanítója szerette volna, ha tovább tanul, de nagymamám nem engedte. Ő is orvos szeretett volna lenni, egyedüli lány volt, s nagymamám nem engedte el a családtól.

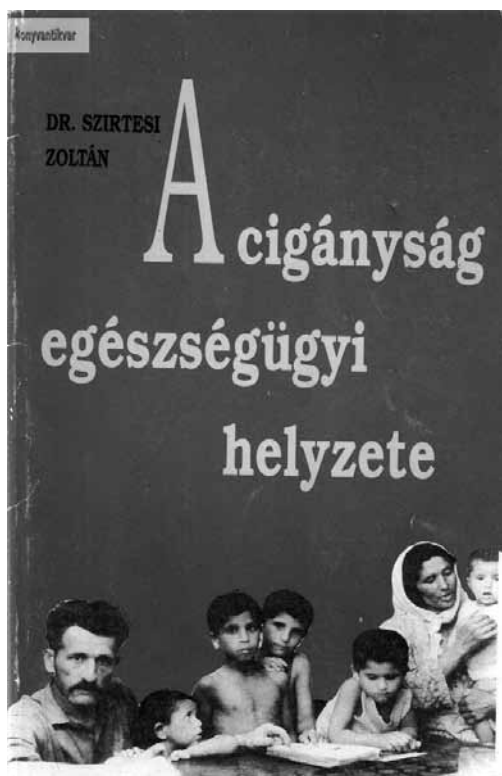
Én bekerültem az egyetemre

Szegeden, elvégeztem. Sokszor megkérdezték, volt-e valaha konfliktusom a tanulmányaim során, de nekem soha nem volt semmilyen problémám ezzel. Azt tudni kell, hogy amikor én jártam egyetemre, akkor főleg parasztyerekek, munkásgyerekek jártak oda – én egyedül voltam cigány –, kimaradtak a volt úri társadalom gyerekei, őket akkor nem vették fel. Most nehezebb sorsom lenne, ha ma lennék egyetemista. Mert ma már a fiatalok között, az egyetemisták közt is egyre erősebb a fajgyűlölet. A cigányság tekintélye, közmegítélése is nagyon sokat romlott.

Mire büszke még a pályája eredményei közül?

Az Országos Cigánytanács¹⁴ elnökeként nagyon sokat elértünk. A '60-as '70-es években 200 ezer körül volt a telepi lakosok száma, de ezt sikerült kb. 20 ezerre csökkenteni a munkánk során. Ma sajnos ismét emelkedik a telepi körülmények közt élők száma, mert kiszorultak a korábbi lakóhelyeikről, nem volt munkahelyük, nem bírták fizetni a rezsit. Ma újra 200 ezer körül van a számuk.

Az Országos Cigánytanács tagjai mind tanult emberek voltak és a tagok közé tudósokat is kooptálhattunk – például Ferge Zsuzsát, mert kellett a szociológiai szaktudás. Ez nagy dolog volt akkor, hogy megalakult ez a szervezet. Együttműködtünk az Országos



14 1985. máj. 31. –én alakult meg az Országos Cigány Tanács, akkori elnöke Choli Daróczi József volt. (<http://beszelo.c3.hu/cikkek/kronologia-%E2%80%931985> – letöltés: 2018. június 25.)

Cigány Kulturális Szövetséggel. A rendszerváltás után az Országos Cigánytanácsot nem hívtuk többet össze, mert mi értelmiségiek nem akartunk beállni a sorba.

Egyedül azt sajnálom, hogy a könyvemmel nem értem el azt, hogy az egészségügy vezetői máig nem látták be, hogy a legolcsóbb betegellátás a háziorvosi ellátás, mert a megelőzés, a felvilágosítás a legfontosabb. Dorozsmán ez sikerült, majdnem mindenkinek van egy a könyvemből, s használják is. A kiadó ingyen sokszorosította volna, csak a papír árát kellett volna kifizetni, de országos szinten nem sikerült megoldani a terjesztést, azt mondták, nincs rá igény.

A beszélgetés elején innen indultunk el, a prevenció fontosságától, s visszatérve, ezzel is zártuk a gondolatmenetet. Sok érdekeset megtudtunk Szirtesi Doktor gondolkodásáról, emlékeiből. Köszönjük a beszélgetést!

NAPLÓ

- 132 Molnár Luca
Recenzió az „Aki kurvának áll” című könyvről
- 140 Szilárd István, Katz Zoltán
Egy akadémiai kezdeményezés,
a RomaHealthNetwork útja

Molnár Luca

Recenzió az „Aki kurvának áll” című könyvről

Papp Réka Kinga – Aki kurvának áll
 Budapest, Kossuth Kiadó, 2017, 208 oldal

Ahány ember, annyiféle vélemény. Nincs ez másként a szexipar, a pornó vagy éppen a prostitúció megítélésével sem. Mindehhez legtöbbször kapcsolódik egy erős tabusító, kriminalizáló mechanizmus, miközben adott esetben az elemi információk teljesen hiányoznak. Azt például valószínűleg kevesen tudják, hogy a szexmunka Magyarországon 1999 óta legális, ugyanis az üzletszerű kéjelgést, mint bűncselekményi tényállást 1993-ban hatályon kívül helyezték. Így napjainkban az 1999. évi LXXV. törvény¹ és a 2012. évi II. törvény² által meghatározott szabályok betartásával, a prostitúció lényegében bárhol legálisan végezhető tevékenység, amennyiben azt nem korlátozza a helyileg illetékes önkormányzat. Az irányadó törvények értelmében ugyanis az 50.000 lélekszámnál nagyobb településen és a prostitúció tömeges megjelenése esetén az önkormányzat köteles türelmi zónát kijelölni. A törvényben megjelölt védett övezeten kívüli közterület-részekben a szexmunkások legálisan ajánlkozhatnak fel. Ezek közintézményektől (300 méterre), és főútvonalaktól (50 méterre) távol eső területek, melyek nagyrészt ipari, mezőgazdasági és kertvárosi övezetek mellékutcaiban találhatóak.

Ezeket a paramétereket kell szem előtt tartania annak a kb. 10 000 szexmunkásnak – a Szexmunkások Érdekvédelmi Egyesületének (SZEXE) felmérései³ alapján – akik ma Magyarországon a szexből élnek. Valamint annak a 6 szereplőnek is, akiknek a története, tapasztalatai alapján Papp Réka Kinga írásában igyekszik a lehető legprecízebben megalkotni a mai magyar szexmunkás profilt, noha mindenki más okból és más háttérrel hozza meg a döntését. A szerző rajtuk keresztül érzékelteti, hogy a munkájuk miatt megbélyegzett, megaláztatást átélt emberek életútjai és döntései mennyire összetettek. Az olvasó megismerheti a reflektorfénybe kerülő szereplők mindennapi és nem mindennapi küzdelmeit: a roma prostituáltat, akit párja beszélt rá, és azóta hol a rendőrök kényének, hol pedig a konkurencia fenyegetéseinek van kitéve, pedig csak dolgozni szeretne. Az egyetemi tanulmányait folytató fiatal nőt, aki eszkort szolgáltatást nyújt és így egészíti ki jövedelmét, a webkamera-modellt, aki se nőnek, se férfinak nem tartja magát.

A szerző kisebbségpolitikai szakértő

- 1 1999. évi LXXV. törvény a szervezett bűnözés, valamint az azzal összefüggő egyes jelenségek elleni fellépés szabályairól és az ehhez kapcsolódó törvénymódosításokról
- 2 2012. évi II. törvény a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről
- 3 <http://szexmunka.hu/mire-va-a-szexmunkasoknak-szuksege-hogy-jobban-befolyasolhasak-a-munkakorulmenyeiket/>

Papp Réka Kinga újságíró, műsorvezető és komikus. Írásaiban, rövidfilmjeiben és rádióműsorában már több éve foglalkozik kirekesztett és rejtőzködő társadalmi csoportokkal. Legfőbb témái a prostitúció és a szexmunka, a nők helyzete a társadalomban; a szülés az egészségügyben, az emberi jogok, a szegénység, az érdekképviselet és a szociálpolitika.

Könyvében arra vállalkozik, hogy rendszerezetten, de olykor kritikusán tárja az olvasó elé, amit tudni érdemes a szexmunkából élők helyzetéről, jogi háttéréről, a legnagyobb hazai érdekvédelmi szervezet szerepéről (SZEXE) és az érintett személyek egyéni lehetőségéről. Határozott és őszinte hangvételű írás, melyben az interjúalanyok egyéni életútja, mindennapjai szembesíti az olvasót a szexmunkások közhelye-

ken, megbélyegzésen és szaftos vicceken túlmutató világával. A naprakész adatokon, fogalmi definíciókon és nemzetközi kitekintésen túl, Papp bemutatja a SZEXE immár 18 éve alulról szerveződő kezdeményezéseit, projektjeit, a politikai döntéshozás szexmunkával kapcsolatos válaszait vagy éppen hallgatását, valamint kitér az egészségügy és a rendőrség szerepére is – a szereplők egyediségével és emberségével a fókuszban.

A könyv címe egy szólás-mondás⁴ első része, mely egyrészt utal a könyv tartalmára, másrészt pedig a szexet árulókat figyelmezteti döntésük következményeire, mely szemlélet egyébként erősen jellemző a közbeszédben is, összefügg az áldozathibáztatás narratívájával. Papp azt a hazai helyzetet kívánja körüljárni, amely egyfelől azzal a realitással áll szemben, hogy a szexmunkával vagy prostitúcióval kapcsolatos ellenérzés messze nem csak a személyről szól, hanem sokkal inkább a háttérben lappangó társadalmi megítélésről, tabusításról mely visszahat magára a rendszerre. A szex árulásával és vásárlásával kapcsolatos szabályozási dilemmák körüli közhangulatra is ráirányítja az olvasó figyelmét, ugyanis a hazai szexmunkások helyzete és ügyeik kezelése szemmel látható indikátora annak, hogy 1999 óta még ma sem tudunk igazán mit kezdeni a szexre épült szolgáltatásokkal, legfőképpen pedig a szexmunkásokat nem tudjuk „hova tenni.”

Papp Réka Kinga riportkönyvében hat érintett szólal meg⁵, akik mindannyian így vagy úgy, de a szexbizniszben dolgoznak itthon. Ezen kívül, és az erős társadalmi stigmán kívül minden másban eltérnek: társadalmi háttérükben, a munkakörülményeikben, tanulmányi előmenetelükben és személyiségükben is. Az olvasó találkozhat egy



4 „Aki kurvának áll, ne csodálkozzon, ha megbasszák!”

5 nem eredeti nevükön szerepelnek

kelet-magyarországi meleg sráccal, egy ex-webkameramodell revütáncossal, egy néhai milliomosként élő anyával, egy lakásán vállalkozóként dolgozó lánnyal, egy utcai szexmunkás roma anyával, és egy külföldiekre specializálódott eszkort lánnyal is. A szexmunkát választók profilja elég változatos, nem lehet egyszerűen sztenderdizálni. Rögtön az elején tisztázásra kerül az is, hogy terminológiailag a szexmunkás szó használatos a szereplőkkel kapcsolatban, mert ők saját döntésükből – ami belső kényszer is lehet – választották ezt a kereseti formát. A prostituált kifejezést pedig a szakirodalom azokkal kapcsolatban említi, akiket stricik vagy családtagok kényszerítenek, és általában elmondható róluk, hogy bántalmazzák, kizsákmányolják, esetenként pedig fogva is tartják őket. Bevezetőjében a szerző nyilvánvalóvá teszi, hogy a szexmunka is munka, hiszen jogszabály rendelkezik feltételeiről, és akik ebből élnek, vállalkozóként adóznak utána. A szereplők mégis sokszor találkoznak azzal a megjegyzéssel, hogy ez nem „igazi” vagy „rendes” munka, és ugyebár „aki kurvának áll...” Az interjúalanyok történeteiből kristálytisztán látható az is, hogy a stigmatizáció miatt a munkaerőpiaci esélyek romlanak, az egészségügyi ellátás módja sok esetben betegjogokat sért, a pénzbírásgok sokkal könnyebben megtalálják őket, a társkeresés pedig emellett a munka mellett szintén nehezített pálya. A különböző, de személyes élettörténet-töredékek által kaphatunk komplexebb képet, egy ma Magyarországon boldogulni vágyó, szexmunkából élő ember társadalomban betöltött státuszairól, választásairól.

Az első interjúalany egyszerre több szerepben is van: édesanya, özvegy és szexmunkás. Az ő életútján keresztül testközelből láthatja az olvasó, hogy egy család stabil, egzisztenciális biztonsága, önfeledt élete egyik napról másikra hogyan változik kilátástalan vegetálássá. Ilyenkor az egyén társadalmi státusza nagymértékben változhat, ezzel együtt pedig romlanak a lakáskörülmények, az étkezési szokások, és az egészségi állapot is. Egy csődbe ment, egyedülálló anya dilemmájával találkozhatunk, akinek a szexbiznisz melletti döntését végzettsége és nyelvtudása ellenére tartós munkaerőpiaci kudarcok és kamasz lánya bőrfertőzése előzi meg. Az aluliskolázott, teljesen képzetlen szexmunkás sztereotípiára is rációzol ez a fejezet, illetve Papp rámutat arra is; legtöbbször döntően az alulfizetett, nőket felülreprezentáló szakmákat elhagyva kötnek ki a szexiparban. Ezekben a szakmákban pedig (egészségügy, oktatás, szociális terület) nehéz stabil egzisztenciát építeni – főleg egyedülálló nőként, anyaként – és ezek esnek elsőként áldozatul a megszorító politikai intézkedéseknek is. Ebben a fejezetben olvashatunk arról is, hogy az óvszerostás az első, biztos lépés az érdekvédők és szociális szakemberek számára ahhoz, hogy interakcióba kerülhessenek a szexmunkásokkal. Nekik az ingyen óvszer és a higiénias termékek, az ingyenes szűrések segítik leginkább az egészségügyi kockázataik mérséklését. Papp ebben a részben tárgyalja a magyar törvények gyakorlati alkalmazását és betarthatóságát is, az aktuális szabályozás értelmében egy szexmunkás csakis egyedül tartózkodhat saját tulajdonú lakásában, a vendégen kívül ugyanis mindenki más futtatónak számít. Emiatt azonban a lakáson dolgozók, ha a törvényt be szeretnék tartani, bármilyen visszaéléssel, bántalmazással szemben védtelenné válnak, egyedül az igazságszolgáltatásra számíthatnak ilyen esetekben. Azonban az is kiderül, hogy a rendőrséggel és bírósággal kapcsolatos tapasztalatok főként negatívak, így a bizalmatlanság miatt sokkal kevésbé vonják be őket, marad az egyéni túlélési stratégia és az illegalitás.

A második fejezetet olvasva többek között a szexmunka definíciójába tartozó webkamera modellkedésbe, a gyermekprostitúció nemzetközi és hazai tiltásába, és az

LMBTQ közösség életébe nyerhetünk valamelyest bepillantást. Az interjúalany egy korábban online szexmunkából élő, gender nonkonform – vagyis egyik nemi szereppel sem azonosuló – középosztálybeli családból jövő, 25 éves iparművész. Ő elsősorban nem az anyagiakat, hanem a szülői figyelmet és a barátokat nélkülözve került bele az online szex világába 11 évesen. Papp ezen a ponton kitér a gyerekek szexuális kizsákmányolásával és bántalmazásával kapcsolatban a nemzetközi szabályozásra⁶ is, majd a hazai törvények szerint fiatakorúnak számító interjúalany szexuális tapasztalatainak keresztül a magyar jogszabályokkal⁷ kapcsolatos dilemmás kérdések kerülnek fókuszba. Vajon gyermekprostitúcióról beszélünk-e akkor is, ha az egyén nem annak élte meg? Ha nem „klasszikus” fenyegetés, kényszerítés áll a 18 éves kornál fiatalabb személytől vásárolt szexuális aktus hátterében? Tényleg csak felnőtt korú személy tud felelősen belegyezni effajta tranzakcióba? Ezekre a kérdésekre bizonyára mindannyian tudunk válaszolni, de a szerző nem foglal egyértelműen állást és értékítéletet sem hoz senki felett, kiváltképp nem az áldozaté felett.

A harmadik rész többek között a rendőrség utcán dolgozók vegzálásáról és a törvényi keretekről, a gyermeket egyedül nevelők kiszolgáltatott helyzetéről és a romaként szexmunkából dolgozók többszörös stigmatizációjáról szól. A főszereplő egy 30 éves, kisgyermekes, roma nő, akinek a történetén keresztül nyerünk betekintést az államilag szentesített rasszizmus kultúrájába, a rendőrségtől, gyámügytől való félelem uralta mindennapokba. A legtöbb futtató, ahogy Papp fogalmaz „*valamiféle szerelmi történettel hálózta be*”⁸ naív, hiszékeny áldozatát, és mire rájönnek, hogy gyakorlatilag ők tartják el stricijüket, addigra nagyon nehéz lesz megszakítani a többnyire zsarnok, erőszakos kapcsolatot, hacsak nem kitartó, tudatos személyről van szó. Amennyiben ugyanis valaki megtévesztéssel, erőszakkal vagy fenyegetéssel éri el, hogy a kiszemelt személy szexet áruljon, és ezt az üzletet menedzseli, „kerítésért” több évet kaphat. A szerző rámutat arra is, hogy mind a „kerítés” tiltása, mind pedig a bordélyházak bezárása, illetve a saját ingatlanba visszaszorított szabályozás inkább kontraproduktív, mintsem hogy preventív segítséget vagy biztonságos munkakörülményeket kínálna a szexipar alanyaiknak. Kiderül az is, hogy a Legfelsőbb Bíróság 14 éve megsemmisítette a türelmi zónák vagyis a legális prostitúció helyének kijelölésére irányuló kérést, így onnantól kezdve egyfajta „*földrajzi alapú csatározás*”⁹ indult a szexmunkások és a hatóságok között. Amióta pedig a rendőrség hatáskörébe került a bírságolás, Papp szerint „*a bírósági eljárás helyét átvette a csekkosztás*”¹⁰, az új rendszer inkább a hatóságok visszaélését legalizálta. A szexmunkából élőik biztonságát, munkáját elméletben törvény garantálja, de Papp szerint ez a folyamat „*jobban hasonlít pénzgyűjtési stratégiára, mint rendőri munkára.*”¹¹ A SZEXE jogászát is megszólaltató szerző kettős mércét említ védenecsei esetében, akikkel szemben a bíróságon a rendőröknek adnak igazat. Ez a szemlélet részese lett a mindennapi rendőri munkának is, így aztán az utcán doglózók egyre kevésbé kérnek segítséget, még akkor sem, ha az biztonságuk érdekében indokolt lenne. A visszaélések mellett a rasszizmus, de még a dehumanizáció is szokszor bevett része a ro-

6 ENSZ Gyermekjogi Egyezmény, 1989 és Lanzarote-i Egyezmény, 2007

7 2015. évi XCII. tv.; 2009. évi CLXI. tv

8 Papp Réka Kinga: Aki kurvának áll, 2017, Budapest, Kossuth Kiadó, 56. o.

9 uo. 59. o.

10 uo. 61. o.

11 uo. 61-62

ma/ cigány szexmunkással szembeni intézkedéseknek, de még a hétköznapi diskurzusnak is. Ebben a részben tárgyalja a szerző a szexmunkát végzők összetett szocio-ökonómiai státuszát is, mellyel kapcsolatban éles rendszerkritikát fogalmaz meg. Kitér a háttérben lapuló megélhetési problémákra, a megfelelő (szociális)lakáspolitikai hiányára, a munkaerőpiaci diszkriminációra, cigányok, nők, melegek, transz személyek, egyedülálló, kisgyerekes szülők helyzetére is. Meglátása szerint tiltással és esztelen üldözéssel, tehát az emberek ellehetetlenítésével nem lehet motiválni, végképp nem megtakarításokra ösztönözni egy amúgy is marginalizált csoportot.

A 4. fejezetben egy középosztálybeli, huszonéves nő élethelyzete kapcsán mutatja be Papp a párkapcsolat, a prostitúció és női férfi egyenjogúság „kusza szimbiózisát” történelmi kontextusba helyezve. Az interjúalany tudatosan készült erre a hivatásra, gondosan utánajárt, hogyan építheti ki legjobban az üzletét és szolgáltatóként hogyan pozícionálhatja magát a legsikeresebben. Esete nem egyedi, bár jóval kevesebben vannak azok a szexuális szolgáltatóból élők, akik szabadon, minden belső és külső kényszeről mentesen döntenek. Kiderül, hogy ők jellemzően magasabb státuszban élnek, családi kapcsolataikra támaszkodhatnak, környezetük kevésbé elítélő velük szemben, rugalmasabb munkaidőben dolgoznak, alig, vagy egyáltalán nincsenek kiszolgáltatva senkinek. Egyedül talán a főbélőnek, aki szintén büntethető, hiszen illegálisan segíti elő a szexbiznisz lakása bérbeadásával. A szabad választást és a szabályozási modellt a szexhez való jogból kiindulva, a nők és férfiak szexuális aktivitásának koronkénti megítélésével mutatja be, és a polgári család ideálja felől közelíti meg. A szerző mindközben kitér arra is, hogy a 18. század óta az orvosok (jellemzően férfiak) legálisan hogyan kerültek közelebb a nők vaginájához a kötelező egészségügyi vizsgálatok apropóján, és mindez hogyan hatott a kirekesztett nőkkel – jobbra a prostituáltakkal – szembeni egészségügyi protokollra is. Papp az elmúlt évek egészségügyi dolgozók és szexmunkások közti interakcióit szemlélve megjegyzi, hogy a hatóságilag kötelező szűrővizsgálatok sem éppen a szexmunkás és annak kliense egészségéről szólnak, sokkal inkább arról, hogy „*az egészségügy rajta tartsa az ujját a szexkereskedelem ütőerén.*”¹² Ezen a téren inkább az önkéntes civilek által szervezett szűréseket, és az anno sikeresen működtetett szűrőbusz újboli üzembe helyezését preferálja. Hosszasan részletezi a svéd modell körüli, abolicionisták (tiltáspártiak) vs. szexmunka-diskurzus hívők egymásnak feszülő argumentumait, egyaránt kellő körültekintéssel és kritikával mutatja be mindkét oldal szempontját, érvelési stratégiáját és malőrjeit is. Papp szerint, míg a két tábor és a vitába beszállni vágyók a szexmunka körüli szabályozáson a reflektorfényben acsarkodnak – ezzel egyidejűleg jó okot adva azoknak, akik a feminizmust önmagában elutasítják és megvetik – addig a színpalok mögött lehetősége nyílik a kormányoknak arra, hogy tovább nyírbálgják a szociális szolgáltatásokra szánt büdzsét, a rendőrök pedig szabadon vegzállhatják a szexmunkásokat és ezzel tovább *démonizálhatják a női szexualitást*¹³ is. E fejezet szintén elgondolkodtató kérdéseket vet fel. A szexmunka tényleg rontja a nem szexet áruló nők esélyeit a párkeresés-házasság-hűség tengelyen? Érvelhetünk-e a férfiak szexhez való jogával? Valóban a feministákon kell számon kérni a svéd modell félrecsúszott ideológiáját? És mi a helyzet a heteroszexuális férfiak szerepváltozásaival?

12 UO. 111. o.

13 UO. 124. o.

Az utolsó előtti részben Papp ismét egy érdekes, a hazai szexmunka tabukkal és sztereotípiákkal jócskán átszótt szeletét mutatja be, egy 24 éves, északkelet-magyarországi, meleg srác történetén keresztül. A fejezetben megtudhatjuk, hogy milyen egy férfiként szexmunkát végző alkupozíciója, milyen túlélési stratégiái vannak és homoszexuális személyként milyen viszonyban van a hazai egészségüggyel és a rendőrséggel. Az ő története segít megérteni és elképzelni azt is, milyen az, amikor valaki egy másik országba utazik megélhetési és lakhatási gondjai miatt, egy jobb élet reményében. Azonban felszínes kapcsolatokkal, megtakarítás nélkül ki van szolgáltatva a környezetének, és gyakorlatilag szexrabszolgaként kell túlélnie a hétköznapokat. Mindezt 16 évesen. A kiszabadulása kapcsán pedig megtudhatjuk, hogy más országokban jól kiépített rendszer és eljárás protokoll fogadja az emberkereskedelem áldozatait. Valós segítség a kriminalizáció és a retorzió helyett. Papp nem kerüli ki a HIV-fertőzéssel és a rizikócsoportokkal kapcsolatos tévhiteket sem, hiszen még napjainkban is hatalmas stigmával jár a HIV-pozitív státusz. Ennél sokkal meglepőbb, hogy számos egészségügyi szakember 2017-ben nincs tisztában azzal, hogy „*mi fán terem a fertőzés*”¹⁴. Ezen a ponton sanyarú helyzetképet fest a HIV-fertőzés prevenciójáról és diagnosztizálásáról is, a sztereotípiákon alapuló hamis biztonságérzet pedig meglátása szerint veszélybe sodorja azokat is, akik heteroszexuálisként azt hiszik, hogy őket nem fenyegetheti a fertőzés. A HIV-vel kapcsolatos hazai aktivizmus és szakmai munka ismertetése kapcsán nyilvánvaló válik, hogy egy prevencióra is alkalmas gyógyszerkészítményhez való olcsóbb hozzájutás egy ember döntésén múlik. A patthelyzetet Papp éles kritikával illeti, hiszen gyakorlatilag „*itt emberek életéről döntenek finanszírozási alapon*”¹⁵. Magyarországon egyébként a szexmunkásoknak 3 havonta kötelező szűrésre járniuk, az igazolást pedig a rendőröknek kell bemutatni helyszíni ellenőrzéskor. Ezekben a vizsgálatokon találkoznak az egészségügyi dolgozók – a rendőrök után legtöbbször – megbélyegző, betegjogokat sértő és súlyosan megalázó megjegyzéseivel is. Emiatt válnak sokkal népszerűbbé a civil szervezetek által szervezett szűrőkampányok, melyek abszolút anonimitást biztosítanak, ellentétben a rendelőintézetek regisztrációs rendszerével. A fejezet végén egy nagyon fontos tételmondat is elhangzik egy munkahelyi zaklatás kapcsán, mely szerint „*az ő testével sem szabad visszaélni, még akkor sem, ha szexmukásként (is) dolgozik*”¹⁶. Ennek a mondatnak azért is van létjogosultsága, mert Papp szerint hazánkban a fizető szex a legerősebb stigmák egyikét hordozza, és megfigyelhető hogy a hétköznapi diskurzusban főként az alávetett csoportok, tehát a nők, melegek, transzneműek és szegények szexualitása társul a bűnnel, erkölcstelenséggel, azt a látszatot sugallva, hogy ezekkel az emberekkel bármit meg lehet tenni.

Az utolsó részben a szexbiznisz egy megint más szeletét ismerhetjük meg egy esz-kortként dolgozó egyetemista lány mindennapjain keresztül. Logikusnak tűnik, hogy az esz-kortok órábéra sokszorosa az utcán, vagy lakáson dolgozó szexmunkásokénak, így sokkal jobb alkupozícióban vannak, már csak társadalmi státuszukat tekintve is. Ez is jól mutatja, hogy mennyire rétegzett ez a világ, hiszen egy kellő iskolázottsággal, ismeret-séggel, befektetni való tőkével rendelkező személy kevésbé kényszerül rá, hogy „áron alul”, aznapi vagy havi megélhetése kényszerítse a szexipar legalacsonyabb lépcsőfoká-

14 uo. 137. o.

15 uo. 139. o.

16 uo. 148. o.

ra bárkivel, bárhol. Ehhez jön még hozzá az a „luxus”, hogy a trendeknek és mainstreamtől eltérő igényeknek is megfelelő külsőt ápoljon valaki. Egy eszkort főként a kliensei státusza és elvárásai miatt sokkal több időt tölt szépítkezéssel és megjelenésére is többet tud költeni. Papp az eszkortok szépség – és divatipar fogyasztási szokásai mellett az ágazat női test feletti ellenőrzésére és a „*testszörzet szociológiájára*”¹⁷ is kitér. Meglátása szerint a testtrend ugyanis elsősorban a szexmunkásokon csapódik le, így egyik tagja sem engedheti meg magának, hogy igénytelenül, „szabályozatlan szőrökkel” mutakozzon. A történeten keresztül viszonylag hamar elkérkezünk a hazai szépségverseny és modellkedés világába is, ahol botrányokat és „*állami pénzen működtetett online bordélyt is találni*”¹⁸. A szerző nem szégyenlősködik, ha meg kell nevezni kik és vélhetően milyen finanszírozással uralják a hazai szépségkirálynő bizniszt, és a portfólióba került modellek közvetítésére épült szexipart sem rejtegeti. A fejezetben végül, de nem utolsósorban megszólaltatja a klienseket is, hiszen nélkülük nem létezne egyik korábban felsorolt szexmunka sem. Az okok között egészen hétköznapi és logikus motivációkról számolnak be a fizetővendégek, amik szinte bárkire érvényesek lehetnek, így aztán a könyv végére sem a keresleti, sem a kínálati oldal döntése és motivációja nem kelt különösebb csodálkozást az olvasóban.

Mindent egybevetve a könyvben változatos, cseppet sem átlagos élettörténeteken keresztül sokkal emberibb miliót mutat be a szexmunkásokkal kapcsolatban a szerző, mint amilyen kép eddig élt egy átlagember fejében. A „sztorik” kellően érzékenyítő erővel bírnak, nem hatásvadászok, inkább tényyszerűek és leírók. A mű ereje abban rejlik, hogy bemutat minden szereplői élethelyzetet, attitűdöt és motivációt, mindazokat, akik a szexmunka kapcsán képbe kerülnek – az igazságszolgáltatást, a rendőrséget, az egészségügyet, a civileket, az érdekvédőket és persze magukat a szexiparban dolgozókat. Ha egy tipikus szexmunkás vagy prostitált életpályamodellt nem is lehet alkotni, magát a szexmunkát sikerült úgy bemutatni, hogy annak szereplői szinte lefedik az egész társadalmi hierarchiát: a szegénységből jövő, marginalizált roma nőtől, a transznemű középosztálybelin át, az egzisztenciális biztonságban élő eszkort lányig, és történetük szereplői által csak tovább rétegződik a hazai népeesség.

Bár Magyarországon legalizálták a szexmunkát, a szexmunkások továbbra is erősen diszkriminatív bánásmóddal szembesülnek egy-egy rendőrségi munkatárssal, egészségügyi dolgozóval és egyéb hatalmi ágak képviselőivel interakcióba kerülve. Amióta a szexet árulók „*szegénysége is láthatóvá vált a köztereken*”¹⁹, azóta az amúgy is ellenséges, kriminalizáló politikai közbeszéd és közhangulat fikarcnyit sem lett pozitívabb hatással a szociális szolgálatok és a rendőrség munkájára, ahol az (utcai) szexmunkásokat is (adófizető) állampolgárként támogatni, emberséges munkakörülményt biztosítva kellene segíteni, de legalábbis „megtúrni.”

Mindent egybevetve Papp Réka Kinga könyve egyszerre tájékoztat és igazít el egy olyan témában, amiben kevesen mozognak otthonosan. Éppen ezért minden olyan szakembernek és laikusnak, ajánlom, akik a hivatásuk során találkozhatnak a szexmunka érintettjeivel. Azoknak mindenképpen javaslom, akik szociális, oktatási, egészségügyi, vagy rendészeti pályára készülnek vagy már abban aktívan tevékenykednek. De azok-

17 Anthony Synnott: Shame and Glory: A Sociology of Hair. The British Journal of Sociology, 38. évf. (1987) 3. sz., 381-413.

18 uo. 179. o.

19 uo. 76. o.

nak is, akik érzékenyek e téma iránt és igényük van a társadalmi problémák rendszer-szintű és kritikai megközelítésére. Hasznos lenne, nem csak egyetemi és kutatói körben kézbe venni, hanem érzékenyítő céllal a társadalom összes csoportjával így vagy úgy, de megismertetni és feldolgozni. A könyv konklúziójában a szerző inkább irányokat je-löl ki, és hangsúlyozza azokat a célokat és döntéshozói attitűdöket, melyeket szem-előtt tartva változást lehetne elérni a szexipar vonatkozásában, természetesen a sze-replők emberségét és nézőpontját ennél sokkal jobban tisztelve és garantálva. A könyv zárómondata akár lehetne ez is: „semmit rólunk, nélkülünk”.

Szilárd István, Katz Zoltán

Egy akadémiai kezdeményezés, a RomaHealthNetwork útja

Bevezető

Habár kevés átfogó hazai és nemzetközi tanulmány áll rendelkezésre, de az elérhető kutatási eredmények és elemzések tükrében kijelenthető, hogy a roma/cigány lakosság egészségmutatói messze elmaradnak a többségi társadalom értékeitől. A bizonytalanságot jelzi, hogy bár egyetértés van abban, hogy az Európai Unió (EU) legnagyobb etnikai kisebbségét jelentik, de például még a magyar társadalmon belüli számarányuk is bizonytalan. Magyarországon a népszámlálás alkalmával 315.583 állampolgár vállalta cigány nemzetiségét 2011-ben.¹ A 2014-ben publikált Roma egészségügyi jelentés szerint a becslések 700.000 és 1.000.000 fő közé teszik a cigány nemzetiségűek számát.² A számadatok szerint a cigányok az EU-ban és Magyarországon is a legnagyobb nemzetiségi csoportot alkotják, ugyanakkor az is megállapítható, hogy egészségi állapotuk minden mutató terén jelentősen elmarad az átlagos adatoktól. A romák lesújtó egészségi állapota visszavezethető valamennyi társadalmi és szociális egyenlőtlenségre, ezért a téma tárgyalása és a tervezett programok is komplex megközelítést és gondolkodásmódot igényelnek.³ Ennek jegyében hozta létre a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Migrációs-egészségügyi Tanszéki Csoportja a RomaHealthNetwork³ (RHN) névre keresztelt online platformot és adatbázist.

Eddigi tevékenységünk

A Migrációs-egészségügyi Tanszéki Csoport hátrányos helyzetű, sérülékeny közösségek egészségügyi problémáival, kihívásaival foglalkozó programok megvalósítását tűzte ki célul. A migrációval kapcsolatos egészség- és társadalomtudományi aspektusokhoz hasonlóan a romák egészségmutatóiban jelentkező egyenlőtlenségek háttérben is komplex – társadalmi, szociális, kulturális, stb. tényezők állnak. A kérdéskör nem egy-

Prof. Dr. Szilárd István, címzetes egyetemi tanár, csoportvezető, PTE ÁOK Művelési Medicina Tanszék WHO Együttműködő Központ a Migrációs-egészségügyi képzés és kutatás területén
Dr. Katz Zoltán, egyetemi tanársegéd, PTE ÁOK Művelési Medicina Tanszék WHO Együttműködő Központ a Migrációs-egészségügyi képzés és kutatás területén

- 1 Központi Statisztikai Hivatal elektronikus kiadványa: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nemzetiseg_demografia.pdf (2018. június 25.)
- 2 Európai Bizottság elektronikus kiadványa: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_appendices_en.pdf (2018. június 25.)
- 3 <http://www.romahealthnet.org/en/> (2018. június 25.)

szerűsíthető le az anyagi javak hiányára, a szegénység kérdéskörére, problémáikat összemossa más, a társadalom perifériájára szorult csoportokéval, ezért a megoldást sem lehet azonos módon, azonos eszközökkel és programokkal elérni. A hátrányos helyzetű térségek roma és nem roma lakosságát ugyanazok a gazdasági és szociális nehézségek érintik, de a tervezett intervenciók programoknak a romák kulturális identitását, értékeit előtérbe kell helyezniük, méghozzá oly módon, hogy a várható eredményekből a nem roma származású emberek is közösségi szinten részesüljenek.

Munkacsoportunk programjai, mint a 'Building Healthy Roma Communities' és a 'Roma közösségi egészségmentor képzés', épp ezért kulturális antropológiai szemléletre épülve kívánják elérni a változásokat. Kiemelt szerepet tulajdonítunk a tudatos és aktív egészségismeret (health literacy) fejlesztésének.

Ha összevetjük a roma közösségek és a többségi társadalom helyzetét, Európa szinte hasonló képet kapunk. 2012-ben a platform létrehozásával tettük az első lépéseket a nemzetközi kutató és szakemberközösség elérése érdekében. Kezdetben saját szervezésű workshop-ok, konferenciák adtak lehetőséget a kérdéskör áttekintésére, majd 2010-től kezdődően az European Public Health Association (EUPHA) Migráns és Etnikai Kisebbségek Egészsége szekció rendszeres konferenciái biztosítottak keretet az európai országok kutatói számára, hogy bemutathassák eredményeiket, megoszthassák tapasztalataikat és közös projekteket szervezhessenek.

A program második fázisában a tanszéki csoport párhuzamosan kezdett foglalkozni a többségében romák lakta városi, elsősorban pécsi szegregátumok lakóinak és az ország egyik legszegényebb régiója, az Ormánság aprófalvas környezetében élő roma kisebbség problémáinak feltárásával, kutatásával. Prof. Dr. Szilárd István, a RHN ötletgazdája a Building Healthy Roma Communities program tapasztalataira és a platform tagjaira, szervezeteire építve kezdett közös gondolkodásba a dél-dunántúli, elsősorban Baranya és Somogy megyei hátrányos helyzetű térségek vezetőivel, egészségügyi szakembereivel és civil szervezeteivel annak érdekében, hogy egyetértésben fektessék le a roma közösségi egészségmentor képzés alapjait.

Célunk az, hogy a problémák tudományos igényű feltárásához, a megoldások kereséséhez minél szélesebb körben, nemzetközi szinten találjunk partnereket. Már a RHN is ezt a célt szolgálta. Ennek jegyében – az Egészségügyi Világszervezettel (WHO) közösen, az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatásával, tizenegy ország kutatóinak részvételével rendeztük meg 2014 októberében a *Healthy Ageing of Roma Communities: Endowers – Realities – Perspectives* nemzetközi szimpóziumot. A kutatói közösséget fókuszcsoport megbeszélésre invitáltuk az Ormánságba, ahol a helyi lakosok helyzetét, véleményét közvetlenül is meghallgathatták. A szimpózium eredményét összefoglaló Pécs deklaráció⁴ a WHO hivatalos honlapján is megjelent. A deklaráció felhívja a figyelmet a legszembetűnőbb egészségmutatókban jelentkező egyenlőtlenségekre, valamint arra a tényre, hogy a kialakult generációkon átívelő problémák megoldását már a legfiatalabbak körében induló programokkal, az oktatási rendszerben kell elkezdeni. Az Európai Unió Tanácsa által 2009-ben elfogadott, a romák beilleszkedését segítő közös alapelvel (Common Basic Principles on Roma Inclusion)⁵ is teljes összhangban áll az elfogadott deklaráció.

4 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/262457/Pecs-declaration-final-EDITED_CLEARED_061114_KZ-1.pdf (2018. június 25.)

5 http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/108377.pdf (2018. június 25.)

A közösségi egészségmentor, vagy a Roma Decade of Inclusion programsorozatban kidolgozott, több országban bevezetett roma egészségügyi mediátor programok is fontos szerepet játszhatnak a különbségek felszámolásában, de önmagukban nem képesek hosszútávú hatást kiváltani. Alapvető szemléletbeli különbség, hogy a 'mediátor' elsősorban azok számára ad segítséget, akik már egészségproblémával küzdenek, míg az 'egészségmentor' a közösség egészét 'mentorálja' az egészségesebb környezet és életvitel (a közösségért a közösséggel) kialakítására.

A WHO stratégiai prioritásai jelenleg három fő szempont köré csoportosulnak:

- 'Health in all' – az egészséggel kapcsolatos programok csak akkor hatékonyak, ha azokban a társadalom és a gazdaság minél több szektora, tényezője és szereplője is részt vesz (multi- és interszektoralis)
- Tackling inequalities –csökkenteni a különbözőségeket;
- Healthy ageing – egészséges időskor.

A roma közösségek számára ezek a célkitűzések alapvető fontosságúak. Munkacsoportunk, mint WHO Együttműködő Központ a saját programjait is a fenti szempontok figyelembevételével folytatja.

Jövőképünk

Megközelítésünk alapja, hogy a jövő szakembergenerációját még a felsőoktatási rendszerben érzékenyítsük a sérülékeny társadalmi csoportok problémáival kapcsolatban. Kurzusainkon kívül szeretetszolgálatok és segélyszervezetek önkéntes programjait népszerűsítjük, biztosítunk kapcsolódási lehetőséget, szervezünk élménybeszámoló esteket a hallgatók körében. A nemrég létrehozott Európai-amerikai migrációs-egészségügyi platform⁶ keretében az Ohio-i Egyetem global health programos hallgatói 2018 májusában egy pilot program keretében látogattak hátrányos helyzetű közösségeket a fővárosi és az ormánsági régióban. Az amerikai partnerintézmény kutatói lokálisan hasonló társadalmi problémákkal néznek szembe: elnéptelenedő vidéki környezet, hátrányos helyzetű etnikai csoportok, egészségtelen táplálkozási és gyógyszeresedési szokások, egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben tapasztalható egyenlőtlenségek, stb. A program célja, hogy a jövőben kutatási és kölcsönös tapasztalatcserén alapuló hallgatói és polgármester csere programok valósuljanak meg. Reményeink szerint az így szerzett tapasztalatok hozzájárulnak a tervezett mentorképzés tökéletesítéséhez.

Tanszékünk a Szülőföld Alapítvánnyal közösen tesz erőfeszítéseket annak érdekében, hogy a közösségi egészségmentor program akkreditált felnőttképzési rendszerben váljon elérhetővé. Reményeink szerint a közeljövőben, a dél-dunántúli térségben a szakemberképzés is elkezdődhet és munkába állhatnak az első egészségmentorok is. Mindez további közös erőfeszítéseket igényel a folyamatosan változó, átszerveződő felnőttképzési rendszer útvesztőjében, valamint a munkaerőpiaci kihívások leküzdése érdekében.

6 The European-American Migration Health Platform honlapja: <https://www.feamhp.org/> (2018. június 25.)