

# Egészségügyi programok három dunántúli megye roma közösségeiben –

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

Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet<sup>1</sup>, Szex Edukációs Alapítvány<sup>2</sup>, Országos Egészségfejlesztési Intézet<sup>3</sup>, Társutas Alapítvány<sup>4</sup>

## Összefoglalás

Több kutatás is jelzi, hogy a rossz egészségi állapotú, kedvezőtlen egészségmagatartású, valamint a roma<sup>5</sup> népesség között jelentős az átfedés. Egyes kutatások arra utalnak, hogy életmóddal kapcsolatos tényezők mellett az orvos-beteg kapcsolat problémái is hozzájárulnak a cigányok rossz egészségi állapotához. A magyarországi roma populáció egészségi állapotának javítása érdekében új módszerek bevezetésére van szükség. A prevenció munkáinak hatékonyságának fokozását, valamint a romák és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatának javítását csak szociokulturálisan adaptált programok bevezetése segítheti érdemlegesen.

Szerzők a Nemzetközi Migrációs Szervezet támogatásával 76 egészségklubból álló hálózatot hoztak létre Tolna, Somogy és Zala megyékben több mint kétezer, második világháborús sérelmei miatt kollektív kárpótlásra jogosult<sup>6</sup> idős cigányember számára. A szervezési és adminisztratív munka jelentős részét, felkészített roma mediátorok, valamint a helyi közösségek vezetői<sup>7</sup> végezték.

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

## Háttér

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

5 A cigány és roma jelzőket, mint szinonimákat használjuk

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

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

életből való kirekesztés/kirekesztődés magában foglalja a társadalmi, gazdasági, politikai és kulturális életben való részvétel egyenlőtlenségeit, az átlagosnál alacsonyabb szintjét vagy teljes hiányát. A kirekesztés/kirekesztődés a társadalmi elszigetelődéstől a társadalomból való teljes kivaszításig terjedhet, nemcsak az anyagi szegénységgel kapcsolatos, hanem más, forrásokból, lehetőségekből, cselekvésekből, jogokból, információkból való kirekesztettséget is jelent, hozzájárulva az egészségi állapot további romlásához. A diszkrimináció olyan aktív kirekesztő cselekedet, amelyek révén egy adott csoport tagjait, pusztán a csoporthoz való tartozás vélelme alapján megfosztanak más csoportokkal összehasonlítva egyenlő bánásmódtól vagy szolgáltatástól. A törvényileg is tiltott diszkrimináció mögött többnyire téves sztereotípiák, előítéletek állnak. Az előítéletek, szűkebb értelemben<sup>8</sup> fogalmazva ellenséges vagy negatív attitűd valamilyen csoporttal szemben, mégpedig olyan attitűdön alapuló viselkedés, amely téves vagy nem teljes információkból származó általánosításokon alapul. Az egészségmegőrzésben és az egészségügyi ellátásban nemritkán tapasztalt előítéletes gondolkodás, akár a szolgáltatók, akár a szolgáltatást igénybe vevők (vagy éppen hogy igénybe *nem* vevők) szempontjából hozzájárulhat a szegények, a romák, különösen a szegény romák prevenció és egészségügyi ellátásában tapasztalható problémákhoz. Az előítéletek kialakulásának egyik oka tehát a tudatlanság vagy félretájékoztatás. Az előítéletek és sztereotípiák hatékony megváltoztatása legtöbbször csak egyéni interakciók szintjén lehetséges.

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

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

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

## Módszer

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

úgynevezett kollektív kárpótlási programot valósított meg.

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

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

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

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

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

- Szociális segítségnyújtás

### Eredmények

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

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

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



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

### Összefoglalás

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

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

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

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

*országi képviselőinek, a program valamennyi résztvevőjének.*

### Irodalom

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

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

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

## 1. SZ. MELLÉKLET

A magas vérnyomásról, egyszerűen

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

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

## 2. SZ. MELLÉKLET

### Tizenkét lépés az egészséges táplálkozáshoz

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