



Nyíregyházi, telepi körülmények között élő, 18-29 éves roma fiatalok egészségmagatartása (fókuszcsoportos interjú)

Ember Zsolt

Phd hallgató, Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. Budapest, VIII. Balassa u. 6.

INFO

Ember Zsolt
zsolt.ember07@gmail.com

Keywords

health, health behaviour, Roma people, settlement surroundings, focus group interview

ABSTRACT

Health behaviour of 18-29 year-old youngster living in settlement conditions in Nyíregyháza (Focus group interview) Besides being at economic, educational and cultural disadvantage, Roma people prove to be a highly disadvantageous social layer in health care, as well. The most disadvantageous ones reside in settlements. Although health is a basic value and activity potential for everybody, it is unlikely to develop and function well without sufficient knowledge on health and individual responsibility, or when the right to access to health care and the principle of equal treatment are damaged, or when comprehensive social policy development programs are incomplete, but most of all when the majority does not show an inclusive attitude towards Roma people. The present study reveals the health behaviour of young Roma adults of 18-19 years of age through a focus group interview.

Kulcs szavak

egészség, egészségmagatartás, roma, telepi lakókörnyezet, fókuszcsoportos interjú

Absztrakt. A cigányság nem csupán gazdasági, oktatási és kulturális hátrányok elszenvedője, hanem az egészség dimenziójában is egy erősen hátrányos helyzetű réteget képez – a leghátrányosabb helyzetben pedig a telepi lakókörnyezetben élők vannak. Az egészség alapvető értéként és cselekvési potenciálként jelenik meg minden ember életében, ami azonban nem tud megfelelően funkcionálni, ha hiányoznak a megfelelő szintű egészségismeretek, ha nincs meg az egészségért vállalt egyéni felelősség, ha csorbul az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés joga és sérül az egyenlő bánásmód elve, továbbá, ha hiányosak a komplex társadalompolitikai fejlesztő programok és nem utolsó sorban, ha hiányzik a többségi lakosság inklúziós szemléletű attitűdje a cigánysággal szemben. Jelen tanulmány a nyíregyházi, telepi körülmények között élő fiatal felnőtt (18-19

éves) roma lakosok egészségmagatartását mutatja be, fő-
kuszcsoporthoz interjú keretén belül.

Ez a tanulmány a TOP-6.9.1-16-NY1-2017-00001 azonosító számú

“Közösen a kiütért” című projekt támogatásával készült.

Bevezetés

A cigányság száma Európában 5-7 millió, ami Magyarországon 6-700 ezerre tehető – ez a lakosság 6-7%-a (Kósa 2006:42). Ők képezik Magyarországon a legnagyobb etnikai csoportot, melynek a többségi populációhoz viszonyított egészségi állapota jelentősen kedvezőtlenebb (Forray 2013). Ennek fő okai részben rossz gazdasági-társadalmi helyzetükben és életmódjukban keresendő (Kósa 2006:45). Az egészséget és az életminőséget a környezeti, és a szociális-gazdasági tényezők egyaránt befolyásolják, melyekben halmozott hátrányok mutatkoznak a cigányság esetében, ezek pedig egészséggyenlőtlenségekhez vezetnek körükben (Hüse és Péntes 2015:9). Wilkinson szerint a növekvő társadalmi távolság, vagyis a társadalmi egyenlőtlenségek okozzák leginkább a kisebbségek rossz megbetegedési és halálozási mutatóit – rossz egészségi állapotuk tehát rossz szociális helyzetük eredménye (Forray 2013). A rosszabb egészségi állapotot meghatározó háttértényezők között a szegénység egy kulcstényező, mert az egészség terén megmutatkozó különbségek a társadalmi rétegződést követik – melynek pedig a forrásokhoz jutás és azok megőrzése, a társadalmi részvétel és a saját élet feletti kontroll, a munkahely, az iskolázottság, a jövedelem és a lakókörnyezet a legfőbb indikátorai (Hüse, Péntes 2015:18). A romák esetében etnikai egészségi állapotról nem beszélhetünk, de az egészség-hátrányokat a kisebbségi helyzet magában hordja, amit a kirekesztődés, a rossz lakhatási körülmények, a negatív lakókörnyezet, az egészségügyi ellátáshoz való rosszabb hozzáférésük, a rossz mentális állapotuk és az alacsony szintű egészségtudásuk határoz meg és egy, az átlagpopulációhoz képest 10-15 évvel kevesebb várható átlagéletkorral jellemezhető kisebbségi csoportot eredményez (Hüse, Péntes 2015:22; 78-79).

A cigányság körében végbemenő halálozási okokról számos pontos adat áll rendelkezésre, ám a megbetegedésekkel kapcsolatban nincsenek ilyen adatok (Forray, 2013). Kutatások alapján elmondható, hogy vannak a cigányságot jobban érintő betegségek, melyek a rossz lakásviszonyok, az elégtelen táplálkozás és a lakások túlszűfoaltsága miatt alakulnak ki (Forray, 2013). A cigányságot sújtó legfőbb betegségek és egészségkárosodások a *mozgásszervi problémák*, a *pszichés eredetű megbetegedések* (amit a társadalmi elszigeteltség tovább súlyosbít), valamint a *szexualitással összefüggő népegészségügyi- és a fogászati problémák* (Forray, 2013). Az életstílus és az egészség összefüggéseit vizsgálva kutatók azt állapították meg, hogy az *egészségkárosító szokások* gyakoribbak az aluliskolázottak körében, amit az alultápláltság tovább nagyít (Forray, 2013).

A magyarországi romák problémáiról

Magyarországon a romák hátrányos helyzete kettős: egyrészt képzettségük hiánya, a nagycsaládos életforma és a társadalmi előítéletesség miatt nem tudnak bekapcsolódni a társadalmi mobilitásba, másrészt pedig a hátrányos lakókörnyezetből kifolyólag, ami gettósodási folyamathoz vezet, így az elkülönülés mértéke tovább nő (Forray, 2013). Kérdés lehet, hogy vajon a roma kultúra, a roma kisebbségi csoporttagság határozza-e meg az egészségüket, egészségmagatartásukat, vagy inkább több dimenzió együttes kölcsönhatása (munka, jövedelem, iskolázottság, gazdasági helyzet, diszkrimináció, kirekesztettség) (Hüse, Péntes 2015:14). A legújabb Európai Unió programok szerint az egészség egyike a legfontosabb, a romák integrációjához hozzájáruló területeknek; ez az alapja ugyanis a magasabb szintű iskolázottságuknak és foglalkoztatottságuknak, amelyek a szegénységből való kitörés alapfeltételei - hiszen a rossz egészségi állapot generációkon keresztül is átöröklődik (Hüse és Péntes, 2015:15-16).

Az egészségi egyenlőtlenségben a romák között – országok közötti és országon belüli – *területi különbségek* is megfigyelhetők (Hüse, Péntes 2015:14,16,17,25). A település típusától is függ, hogy hol milyen arányban élnek telepeken a romák: nagyobb városokban kevésbé jellemző ez a létforma (Solymosy, 2007). A telepeken élők rosszabb egészségi állapotban vannak, amit az elmaradott infrastrukturális szint is magyaráz és főleg a rossz szocioökonómiai státusz miatti alultápláltság, valamint éhezés is megfigyelhető náluk, ami főleg a gyerekek és nők körében vezet túlzott soványsághoz (Solymosy, 2007). Ezt alátámasztandó, a telepszerű körülmények közt élő romák gazdasági helyzetüket 40%-ban nagyon rossznak ítélik meg, szemben az általános populációban mért 20%-os aránnyal (Kósa, 2006:23). Az ő egészségi helyzetükkel csak kevés országos vagy reprezentatív kutatás foglalkozott eddig, pedig járványügyi szempontból leginkább a telepeken élő cigányok veszélyeztetettek (Forray, 2013).

A romáknak az *egészségüggyel* – és annak szereplőivel - is általánosan rossz a kapcsolatuk: az egészségügy iránti bizalom hiányzik, ami a kétoldali sztereotípiák, előítéletek miatti elégtelen kommunikáció eredménye (pl. a veszélyeztetett terhességű kismama nem marad a kórházban orvosi kérésre sem) (Forray, 2013). Ennek részbeni oka a szexualitásban, szülésben, gyermekágyban fellelhető roma szokások, hiedelmek, melyek erős kulturális hatásként érvényesülnek és kerülnek szembe a szakmai ajánlásokkal, továbbá az egészségügyi dolgozók nincsenek felkészítve a szegényebb és iskolázatlanabb, főleg roma lakossággal való hatékony kommunikációra (Forray, 2013). Probléma az is, hogy a szegényebb cigányok csak akkor mennek orvoshoz, ha már nem viselik el a fájdalmakat - bár falun inkább felkeresik a háziorvost (a nők gyakrabban; véleményét tisztelik és elfogadják), ám a kórházi szakdolgozókkal az ottaniaknak is rossz a viszonyuk, ami félelemmel és előítélettel terhelt (Forray, 2013). A diszkrimináció gyakoriságát a kilenc ország részvételével készült *EC Europa Eu jelentés* is kiemeli, ami felnőtt romák egészségi állapotát, egészségmagatartását és az egészségügyi rendszerhez való viszonyukat vizsgálta (Forray, 2013). Kósa (2006) és munkatársai kutatásukban lakókörnyezeti-egészségügyi és demográfiai kutatást végzett három, romák által sűrűn lakott megyében (Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú, Borsod-Abaúj-Zemplén), mely

kutatásban nagyobb lakószűrűségű és rosszabb komfortfokozatú településrészeket definiáltak a szegény rétegek körében általánosan – akiknek azonban a többsége roma származású. A *Kurt Levin Alapítvány* vizsgálata az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségét állapítja meg a romák körében, ami főleg vidéki és kistelepülési országrészekben sérül, mely területeken négy-öt falvanként van csak háziorvos, szűrőlehetőségek és szakorvosi elérés pedig még ritkábban (Forray, 2013). Az utazás is drága, sokszor megoldhatatlan a romák számára, a védőnői körzetek pedig többnyire 300 főt is ellátnak, így nem jutnak el mindenkihez. Ez maga után vonja az ellátó rendszer reformjának szükségességét, főképp az *ellátás megszervezésében* (Forray, 2013). A romák alacsony szintű egészségügyi részvételét mutatja, hogy egyedül a nőgyógyászati szűrés tekintetében nem maradnak el a roma nők az átlagpopulációtól ezt illetően, azonban más fontos, alapvető szűrésben, mint pl. az emlőszűrés és a rendszeres vérnyomásmérés, abban igen, amit ők az egészségügyi dolgozók diszkriminációjával magyaráznak (Kósa 2006:33-36). Az is statisztikai tény, hogy a romák szakellátásba való továbbküldése is alacsonyabb szintű az átlagtól (Kósa, 2006:45).

A rossz *mentális egészség* – mely kimondottan nagyarányú a kisebbségek, hazánkban a romák körében - szempontjából a családi jólét, a család gazdasági helyzete, szocioökonómiai státusza (*SES*) fontos prediktorok, melyeket ezért a kisebbségek esetében kiemelt fontosságúként kell kezelni. Ezen tényezők pszichológiai egészségre gyakorolt hatását vizsgálták Taylor és munkatársai (2012) 200, magas szintű pénzügyi nyomást átélő, afroamerikai kisebbségű család körében. A testi-lelki jóllétet befolyásolja a gazdasági nehézség és a szegénység, mely jelenség az USA-ban főleg az afroamerikaiak körében van jelen, a latin-amerikai lakosságtól is nagyobb mértékben, ahol az afroamerikai gyerekek egyharmada szegénységben él (Taylor, Budescu, Gebre 2012). A nők által vezetett háztartások majdnem 40%-a ott leginkább szegény, és a munkanélküliség is a legmagasabb körökben: 12,3%-os szintű. A nehézségek stresszorai - pl. hiányok - váltják ki a distresszt, az érzelmi distressz pedig házastársi- és családi konfliktusokat generál. Ezt tovább nehezíti, hogy az afroamerikaiaknak gyakran fajgyűlölettel és diszkriminációval is szembe kell nézniük. Az eredmények szerint mindez az anyánál depresszív tünetekkel és a jövővel kapcsolatos optimizmus hiányával, valamint inadekvát szülői gyakorlattal, a serdülőknél pedig depresszív tünetekkel és probléma-viselkedéssel (externalizált és internalizált tünetek), valamint alacsonyabb szintű kompetenciákkal és rosszabb (főként pszichológiai) alkalmazkodással társult (Taylor, Budescu, Gebre, 2012).

Anyag és módszer

A 2019 tavaszán a nyíregyházi Huszártelenen zajló, életminőség-kutatással kapcsolatos fókuszcsoporthoz interjúsorozat jelen fejezete a Huszártelenen élő, 18-29 éves fiatalok egészségmagatartását, egészséghez fűződő viszonyát igyekezett megragadni. Ez a romák között kiemelkedően fontos témakör a fókuszcsoporthoz interjú módszerével kitűnően vizsgálható, hiszen a résztvevők kötetlenül és közvetlenül tudják gondolataikat, véleményüket, érzéseiket és tapasztalataikat kifejezni és megosztani,

esetenként pedig megvitatni egymással. A 7 résztvevővel zajlott interjú - 1 férfi kivételével - egy- vagy többgyermekes anyukák jelenlétében zajlott, akik többnyire 10 éven aluli gyermekeket nevelnek. Iskolai végzettségüket tekintve a nyolc általános iskolai végzettség a gyakori közöttük, azonban 1 jelenlévő elvégzett 3 szakközépiskolai évet is, valamint ő és egy másik résztvevő rendelkezik érettségihez nem kötődő szakmával. Családi állapotukat tekintve mindannyian férjezettek, illetve élettársi kapcsolatban élnek. Foglalkozási státuszuk tekintetében főállású anyák, férjeik dolgoznak, akik közül ketten Nyugat-Európában vállaltak munkát.

Az interjú

Fókuszcsoportomban a szinte kizárólagos női jelenlét azért is pozitívum, mert a roma nők egészsége az egész család szempontjából meghatározó, ugyanakkor ők többszörös társadalmi kirekesztettséget élnek meg (Hüse, Péntes 2015:42) – ezért is fontos minél pontosabb képet kapnunk egészségmagatartásukról.

Az általam vezetett interjú oldott, nyílt légkörben folyt, senki sem érezte magát feszélyezettnek; amit el szerettek volna mondani a résztvevők, azt elmondták, ám a témától ezúttal is többször elkanyarodtak az őket foglalkoztató egyéb, aktuális gondjaik felé, melyek azonban valamilyen szinten és formában mégis csak kapcsolódtak az egészségmagatartás témaköréhez (pl. a közbiztonság és a szabadidős tevékenységek témája). Az elhangzottak alapján elmondható, hogy a Huszártelepén az egészségkockázati magatartások egész sora lelhető fel, melyek igen gyakoriak az ott lakók körében. A legnagyobb problémát az interjúalanyok szerint a *kábítószerfogyasztás* okozza, hiszen az erős függőséget okoz és számos „mellékhatással” jár együtt. A telepen számos díler van, akik az első adagokat ingyen adják, így alakítva ki a függőséget a főleg fiatal – és fiatalkorú – felhasználókban. Három fő drogfajtát neveztek meg az alanyok: a „fehéret” – kokaint -, a „füvet” és a „herbált”, aminek nagy része szárított patkányméreg, amit összesodornak és elszívznak (szintetikus kábítószer, melynek számos, szervezetre kiterjedt negatív hatása van). Ez utóbbi a többihez képest olcsóbb, ám rövidebb hatóidejű is: kb. 10-20 perc a hatása, és szó szerint „megbolondítja” az embert. A telepen 500 forintos darabáron árult „anyagból” elmondásuk szerint van, aki napi 10-et is elfogyaszt, és sok árusító a fogyasztók közül kerül ki, akik részesedést kapnak a befolyt összegből – ők csak így tudják fedezni saját fogyasztásukat. A „fehér” és a „fű” fogyasztása ritkább jelenség, mert drágább, ám erre is akad példa. Ezek hatása szerintük merőben más, mint a herbálé: inkább csak „jókedvük” lesz tőle, elég hosszú ideig. Az egyik jelenlévő ezen kábítószerek rabja volt évekig, majd – saját bevallása szerint - pusztán a negatív hatású társaságból való kikerülésével sikerült leszoknia ezek használatáról. A kábítószerert egyébként szerintük inkább a fiatalabb korosztály használja a telepen, de megfigyelhető idősebb, családos emberek körében is. A kábítószerhez a jelenlévőket azért is zavarja, mert az azt fogyasztó emberek a *lakókörnyezeti biztonságot* is fenyegetik: az utcán és az aluljáróban félajultan fekszenek, betörnek udvarokra, házakba, belekötnek a járókelőkbe és elveszik a gyerekek pénzét, esetleg meg is verik őket. Azonban telepen belül is más-más a helyzet, a biztonság eltérő mértékű az utcák között: nem

minden utca egyformán veszélyes. Egy-két jelenlévőnek saját közvetlen tapasztalata is van erről: van, akinek pl. a testvérei, van, akinek a férje volt kábítószerhasználó. Ők függőségük következtében nem dolgoztak és függőségi kiadásait az otthonról lopott tárgyak eladásával biztosították maguk számára. A drogos ember családjának így igen nehéz élnie, hiszen racionális érvekkel nehéz hatni az ilyen, beteg emberre, akik ráadásul folyamatos családi figyelmet, monitorozást, ellenőrzést igényelnek, ami lassanként felőrli a család anyagi és humán erőforrásait egyaránt. A veszekedések, esetleges erőszakos cselekmények is mindennaposak az ilyen családokban, ráadásul vészhelyzet esetén a mentők gyakran csak rendőri kísérettel mernek kiszállni, és a betegek sokszor nem működnek együtt: nem szállnak be a mentőbe és nem hagyják megvizsgálni sem magukat, vagy éppen az egészségügyi személyzet előtt élnek káros szenvedélyükkel. Az alanyok beszámolóí szerint a pszichiátria, a drog- elvonó sem segít, hiszen akár 2-3 hónap múlva is, ha kikerülnek onnan, újrakezdi, ha nincs elég akarata és motivációjuk ahhoz, hogy abbahagyják korábbi tevékenységüket – ez a résztvevők személyes tapasztalata. Az egyik résztvevő esetében, ahol a fiútestvérek drogoztak, ott a családi támogatás megvonása célt ért: a fiúnak el kellett költöznie otthonról és a saját lábán kellett megállnia, ami elég kényszerítő erő volt ahhoz, hogy abbahagyja a drogozást és munkába álljon, hiszen immáron egyedül kellett eltartania magát. Egy másik résztvevő férje, aki egyszer majdnem a karjai közt halt meg túladagolás miatt, a börtönben szokott le a szerről, ahol immáron 1,5 éve tartózkodik. Az elmondottak alapján 7-8 éve van jelen jelentős mértékben a kábítószer a telepen, és ha „le is kapcsolnak” egy-egy dílert, mindig van és lesz is, aki a helyébe lép. Ők maguk is ismerik azokat, akik árusítják a kábítószereket.

Az interjú a résztvevők a második legnagyobb problémaként az *alkoholfogyasztást* jelölték meg: szerintük az inkább az idősebb korosztályt érinti, bár előfordul az alkohol és a gyógyszer *együttes fogyasztása* is: sokszor vesznek be az emberek valamilyen nyugtatószert (Xanax, Frontin) és isznak rá aztán – akinek több pénze van, az whiskey-t, akinek kevesebb, az pedig „tablettás bort”. Sajnos mind a kábítószer-, mind az alkoholfogyasztás már igen fiatalon, akár 10 évesen is megjelenik a telepen, ami főleg a kevés szülői figyelmet kapó, magára hagyott, felügyelet, nevelés és kellő szigor nélkül élő, tengődő-elvesző gyerekek, fiatalok esetében figyelhető meg – hiszen van olyan szülő, aki az iskolába járást sem kötelezi gyermekeinek, akik így, általában csapatokba verődve, éjszakánként idején is az utcán vannak és tüzet rakva vészelik át a hideg estéket. Közülük sokan azt sem tudják sokszor, merre járnak a szüleik és gyakran énekelnek öngyilkosságról bánatukban, elkeseredésükben. Ezekkel a szülőkkel szemben az interjú jelenlévők egyöntetűen kifejezték ellenérzéseiket, és szerintük a megoldást a Gyámügy beavatkozása jelentené ezekben az esetekben, a gyerekek családból történő kiemelése által.

Dohányzás tekintetében általánosabb képet kaphatunk az interjú résztvevők szerint: szinte mindenki dohányzik a telepen (az interjúalanyok is, egy hölgy kivételével), bár vannak olyanok is, mint – az említett hölgy is ilyen volt – akiknek szülei és családtagjai egyaránt dohányoznak, ő maga azonban nem, és nem is szándékozik a jövőben sem. Sajnos a dohányzással kapcsolatban is megfigyelhető a már egészen kicsi gyerekek bevonódása is: a jelenlévők már 5 éves gyerekek körében is tapasztalták ezt a kockázati magatartást. Ennek legnagyobb prediktorát a családi dohányzásban látják: szerintük a szülők példája a legerősebb, legalábbis ami az első kipró-

bálást érinti, aztán pedig már függők lesznek és így tovább dohányoznak. Ez a tapasztalat a nemzetközi kutatásokkal is egybevág. Tjora és munkatársai (2011) kutatásában családi szinten a *proximális* és a *disztális* hatások a serdülők dohányzásának megkezdése szempontjából egyaránt lényeges prediktorok: 13 és 18 év között a testvérek, szülők és barátok dohányzása szignifikáns mikroszintű prediktoroknak, a családi SES pedig makroszintű prediktornak bizonyult; a szülők és idősebb testvérek dohányzása erősen hatott a dohányzás elkezdésére és gyakoribbá válására egyaránt, a SES pedig direkt módon negatívan társult a megkezdéssel, és pozitívan a gyakoribbá válással. A szülői hatásnál erősebb volt az idősebb testvér hatása az elkezdésben, az alacsony SES pedig nagyobb esélyt jelent a korábbi dohányzás-elkezdésre – bár a nemdohányzó család védőfaktor ebben. A kutatás szerint a két legerősebb prediktor az *idősebb testvér* és a *legjobb barát* dohányzása volt (Tjora, Hetland, mtsai. 2011). Shaefer és munkatársai (2012) vizsgálata szerint idővel hasonlóvá válik a serdülők dohányzása a barátokéhoz, akik a *hasonló szinten* dohányzók közül választják leginkább barátaikat. Megfigyelhető az is, hogy a dohányzáson kívül idővel *egyéb viselkedés is* a barátokéhoz lesz hasonló, amire részben magyarázat, hogy a hasonlóság alapján könnyebb számukra a kapcsolatot fenntartani és fejleszteni, ráadásul támogatják is egymást az ilyen típusú viselkedésben, vagy annak elkezdésében (Shaefer, Haas, Bishop 2012).

Arra a kérdésre, hogy mi lehet az oka a kockázati magatartásformák elkezdésének, az interjún részt vevők azt válaszolták, hogy a legfőbb okokat a *stresszben*, az idegi *feszültségben* és az *anyagi-diszkriminatív nehézségekben* látják. A droghasználatba való bevonódást - az említett személyes példa alapján is - főképp a baráti kör negatív hatásának (kortárshatások) tulajdonítják, ami szintén a kutatások adataival egybevágó tapasztalat, és amit – a többi egészségkockázati magatartással együtt – szintén főleg serdülőkorban kezdenek el a fiatalok. A hétvégi bulik szerintük még nem okoznának rászokást, de a galérik iskola utáni – vagy ahelyetti – mindennapos összejövetelein rendszeresen előkerülő drogok már komoly függőséget okoznak. Itt felmerül a szülői felelősség és monitorozás kérdése is, hiszen, ha ennek mértéke elég nagy volna, akkor szigorúbban vennék, hogy gyermekük hol, kivel és mikor jár. Az interjúalanyok szerint ők, mint anyukák nem engedik meg maguknak azt a fajta laza nevelési stílust, ami általánosnak mondható a telepen – ám lévén kisgyermekes anyukák, az igazi nehézségek majd akkor fognak jelentkezni, ha az ő gyermekeik is serdülőkorúak lesznek.

A szerekről való *leszokással kapcsolatban*, mint támogató hatást elsősorban a társadalmi intézményeket (elvonó, pszichiátria, tanácsadó) jelölték meg a résztvevők, ám csak olyan szempontból, ahová fordulni lehet ilyen típusú problémák esetében – azok hatékonyságában ugyanis egyöntetűen nem hisznek. Szerintük kizárólag emberfüggő, hogy valaki visszaesik-e vagy sem; mint mondták, az egyén megítélésén és döntésén múlik, hogy továbbra is az „álomvilágban” akar-e maradni, vagy „visszatér” a valóságba. A *család támogató szerepét* ők is elismerik, mert jobb, hogyha az ember mellett vannak rokonok, családtagok és nem pedig egyedül van, ám – a fentebb ismertetett nehézségek miatt – nem igazán akarják újra hazavinni őket, és szégyenérzetük is nagy miattuk mások előtt. Az interjúalanyok, elmondásuk szerint mindannyian rendelkeznek jól működő baráti kapcsolatokkal (legalább egy baráttal) és a szomszédokkal is jó a viszonyuk, akikkel szintén meg tudnak beszélni

bizonyos problémákat – a legbizalmasabb dolgaikat azonban inkább házastársukkal és szüleikkel beszélnek meg. Így tehát, bár többnyire nem maradnak egyedül problémáikkal, a családot, rokonságot, szomszédságot és a baráti kapcsolatokat, bármily fontosnak is tartják, nem gondolják – az intézményekkel, drogtanácsadókkal egyetemben –, hogy preventív funkciót is betölthetnek – ami egybevág Gyukits György romák körében végzett interjú-kutatásának eredményével, miszerint jelentős részük-nél megfigyelhető a *prevenció szemlélet hiánya* (Forray, 2013). Ezen kívül nagyon ritka a roma családok körében az egészségtudatos nevelés, a gyerekekkel való beszélgetés, hiszen a szülők - többnyire alacsony iskolázottságuk miatt - maguk sem rendelkeznek megfelelő szintű, átadható egészségtudással és többnyire szintén nem egészségtudatosak.

Az interjún a következőkben felmerült, hogy a jelen lévők szerint a feszültség milyen alternatív levezetési módzatai (pl. sport) jöhetnének szóba a telepen élők számára. A *sporttal* kapcsolatban egyöntetűen állították, hogy az esetükben nem jöhet szóba, mivel egyrészt általában fáradtak, mint gyakorló anyukák (akiknek saját bevallásuk szerint az egésznapos rohangálás maga is egy sport), az apukák pedig fáradtságos, esetenként külföldi munkával próbálják biztosítani családjuk megélhetését. Arra a kérdésre, hogy lenne-e haszna a telepen *sportlétesítményeknek*, esetleg egy konditeremnek, azt válaszolták, hogy azokat szerintük nem becsülnék meg az ott élők. Erre példaként hozták fel a jelenlévők, hogy a nemrég újonnan körbekerített futballpálya kerítését ellopták és a méztelepen adták le, az új padokat pedig felszedték és eltűzték. Az elektromos vezetékekből a rezet szintén eladják, a közvilágítást pedig rendszeresen tönkreteszik – csúzlival „kilövdözik”. Ennek ellenére szerintük *sportrendezvények* szervezése népszerű lenne a telepen a fiatalok körében, akik jelenleg – lehetőségek híján – inkább csak fociznak; az idősebbek számára pedig kézműves foglalkozásokat, gyöngyfűzést, társasjátékokat, ki-mit-tud-ok szervezését gondolják. Szerintük egyébként ezekről az igényekről a fiatalokat kellene megkérdezni – annak ellenére, hogy ők is azok -, mivel ők, családanyákként már nem „olyan” fiatalnak tartják magukat (ennek később némileg ellentmondtak: amikor a szórakozásról volt szó, magukat is „fiatalnak” tekintették). A kicsiknek főleg a tánc-tanítást jelölték meg, a cigány hagyományörzés keretén belül. Elmondásuk szerint, ők, mint másként gondolkodó nők, ha el is járnának a telepen szervezendő szabadidős foglalkozásokra, hagyományosabb szemléletű nőtársaik „hülyének” néznék őket, és „bolondnak”, ha még magukkal is szeretnék őket hívni. Szerintük ugyanis a többi anyukát nem érdekelnék ezek a lehetőségek.

Számítógép- és okostelefonhasználat tekintetében elmondták, hogy szinte mindannyian órákat töltenek „okostelefonozással”, de a számítógép-felhasználás inkább csak gyermekkorú rokonaik körében gyakori – ami főleg a multimédiás játékokra korlátozódik. A játékszoftverek náluk már szinte függőséget okoznak: egyikük rokona például szinte örjög és rombol, ha a játékban veszít, egy másik résztvevő rokona pedig még evés és tisztálkodás idejére sem akarja abbahagyni a játékot. Ők azonban figyelnek gyerekeik számítógép-használatára, többségük gyermekei pl. csak az iskolában játszhat. Az interjúalanyok maguk is naponta órákat telefonoznak, facebook-oznak, híreket olvasnak, de csak a gyerek mellett, pihenésképpen, és nem összefüggő időintervallumokban, így ezt az időt, saját bevallásuk szerint – és kérdésemre reagálva - nem is tudnák sportra fordítani, mert ahhoz már eleve fáradtak

lennének. Szerintük nem csak a gyerekeknek, hanem manapság mindenkinek lételeme már az okostelefon, de főleg a fiataloknak az, így körükben sem lenne a sport telefonozást és számítógépezést helyettesítő elfoglaltság.

A saját egészségre vonatkozó *felelősségvállalás* kapcsán elmondták, hogy a telepen élő roma embereket egyáltalán nem érdekli az egészségi állapotuk, általában – a kutatásokkal egybehangzóan – csak akkor fordulnak orvoshoz is, ha már nagy a baj. És bár a jelenlévők számára, elmondásuk szerint, fontos az egészségük, ez értékként jelenik meg számukra, és azt is úgy gondolják, hogy az ember sokat tehet az egészségéért – ezt is „csak akarni kell”, mint minden mást –; mégis úgy vallják, hogy ők is csak akkor hagynának abba egy-egy egészségkockázati magatartást – pl. tennék le a cigit –, ha valamilyen nagyobb bajuk derülne ki ezzel kapcsolatban – az egészségtudatosság tehát inkább elvi kérdés náluk és nem gyakorlati.

Az *egészségtudatos étkezéssel* kapcsolatban az interjú alanyai elmondták, hogy egyrészt idejük sincs tudatosan főzni, másrészt pedig ők „azt eszik, amit megkívánnak, amit szeretnek”. Az interjún részt vevők igyekeznek férjük és gyerekeik kívánása szerint főzni, de a tápanyag-, vitamin- és zsírtartalomra egyáltalán nem figyelnek oda. A gyerekek mellett egyébként sincs idejük sokat főzni, „esznek, amit tudnak”, ám van, aki figyel a gyümölcsbevitelre is és van, aki vitaminokat is szed.

Azzal kapcsolatban, hogy miben látnák a *megoldást* az interjúalanyok az egészség, a tisztább és biztonságosabb lakókörnyezet megteremtésére, két véleménycsoport alakult ki. Az egyik csoport szerint az *egészségügyi ellátórendszer* és a *rendőri jelenlét* erősítése, fokozása, bővítése lenne a megoldás: közelebbi védőnői és orvosi ügyelet, valamint posta a telepen. A jelenleg járőröző *polgárőrök* munkája szerintük nem ér semmit, mivel általában ők is cigányok és a többiek nem hallgatnak rájuk, valamint ők nem tesznek semmit, csak „végigvonulnak”. „Nem kapnak pénzt, önkéntesek többnyire, de nem is tesznek semmit” – mondják. A rendszeresebb és nagyobb létszámú rendőri jelenlét – valamint a jelenleg üresen álló és szerintük csak mutatóba épült rendőrőrs „beüzemelése” – szerintük sok problémát megoldana: kevesebb drogos, díler és strici lenne a telepen, javulna a közbiztonság és kevesebb lenne a kábítószerfüggő is – máshonnan pedig nem mernének idejönni idegen dílerrek. Azok, akik velük nem értenek egyet, a másik csoport, ők arra hivatkoznak, hogy ha minden szolgáltatás ténylegesen ennyire helyben lenne, akkor még jobban *elszigetelődnének* a többségi társadalomtól, és még kisebb esélyük lenne az integrációra, mint így, ráadásul a *diszkrimináció* is nagyobb mértékű lenne velük szemben. Szerintük inkább fel kellene számolni a telepet és annak lakosait a többségi lakosok között elvegyíteni, szétszórni őket a városban – így a javuló életfeltételekkel egészségük és egészségmagatartásuk is javulna. Ám erre is akadt ellenkezés, mégpedig egyrészt az, hogy van, aki szerint számos itt élő ember szemetelő életmódját nem tolerálnák a városlakók és ott is sokan csak pusztítanának és eladnának, amit lehet, másrészt pedig sokan, mivel ott születtek (a telepen), nem is kívánnák elhagyni azt a környezetet, ahol jelenleg élnek. Ők inkább abban látnák a megoldást, ha szép szóval, elmagyarázva, példát statuálva mutatnának egy jobb utat az adekvátabb létezésre telepi társaiknak, saját példájuk által szemléltetve, hogy lehet másképpen, lehet jobban is csinálni, „emberikken” is élni. Erre azonban szintén volt, aki azt mondta, hogy ez szinte lehetetlen, mert az ott élő emberek még abban sem hagyják, hogy mások beleszóljanak az életükbe, hogy a zenét mikor és milyen hangerőn hallgatják

– vagyis autonómiájukból nem engednek, és többségük kompromisszumokra is képtelen. Így viszont valóban lehetetlen lenne a városiakkal való közös lét. Élnek azonban a telepen hozzájuk hasonlóan másként, jobban, nyitottabban gondolkodó emberek is szerintük, akikkel azért csak szót lehetne érteni, hiszen, ahogyan a magyaroknál sem, úgy a cigányoknál sem lehet mindenkit egy kalap alá venni, és mivel nem csak a negatív, hanem a pozitív példa is „ragadós”, így van esély a változásra, a változtatásra.

A régi, elavult cigány *hagyományokkal* kapcsolatban az interjúban szóba került a túl *fiatalon* való *szülés* is, ami a telepen szintén jelen lévő, részben az egészségmagatartáshoz, részben kulturális hatásokhoz kapcsolható probléma: a telepen is van olyan fiatal lány, inkább gyermek, aki 14 évesen már a második gyermekét várja – az elsőt 12 évesen szülte. Mint mondják, olyan is akad, aki már 10 évesen összeköltözik a „párjával”. Azonban már a telepi körülmények között élők közül is egyre többen ítélik el ezt a dolgot és támogatják a minél későbbi, lehetőleg szakma megszerzése utáni első szülést. Az egyik jelenlévő lány, aki 18 évesen szült, még így is megjegyezte, hogy volt, aki még őt is elítélte a „túl korai” szülés miatt.

Az interjú egyik sarkalatos pontja volt az egyre inkább *lepusztuló* telepi *lakókörnyezet* fizikális állapota is, mint egészségre igen káros külső hatás: legtöbbször emiatt és a zajos szomszédok miatt költöznének el leginkább – nyaranta ugyanis szerintük leginkább egy „non-stop utcabálhoz” hasonlít a telep, szünet nélküli mulatozással és zenehallgatással. A lakások tekintetében elmondták, hogy általánosságban hidegek, nedvesek, a néhol újonnan berakott műanyag nyílászárók ellenére is, hiszen a szigetelés hiánya miatt télen szinte fűthetetlenek a házak, nemegyszer kell napközben nagykabátban mosogatni és aludni esténként. A házak falai omladoznak, a nedveség miatt rendszeres a penészesedés. A sok, házaknál lévő „szemétdomb” miatt elszaporodtak a patkányok és az egerek, amik az egyébként tisztán tartott lakásokba is bemennek és ott tovább szaporodnak. A hideg házak miatt sokszor a gyerekek is megfáznak, és a hideg, a nyirkosság a telepen egyébként is rossz egészségi állapotban lévő idősök egészségének sem kedvez.

Nem minden, interjúban jelenlévőt érdekel azonban a telep sorsa, mint elhangzott, és az sem, hogy mi történik ott: van, aki kézzel-lábbal menekülne, költözne onnan, „5 perc alatt összepakolna és elmenne, ha tudna” – ám abból a pénzből, amiből a telepen megél a családjával, abból a városban még az albérletet sem tudná fizetni. Falura, tanyára azonban egyikük sem költözne, mert egyrészt nem szeretnének állatokkal foglalkozni, másrészt pedig szerintük túl unalmas a falusi létforma – akkor már inkább ott maradnak, ahol vannak, mert ott legalább – kissé ellentmondóan az imént vázolt panaszokkal - „zajlik az élet”. Már azonban a lakhely, a laccím is előítélet forrása, pl. munkakereséskor: amint meglátják, hogy hol laknak, azonnal elutasítják kérelmüket, még ha másban meg is felelnének a kritériumoknak. Ezért az interjúalanyok többsége egyrészt megérti a megélhetési bűnözést folytatókat, másrészt pedig elítéli őket, hiszen ilyen feltételekkel, aki akar és minden szükséges változtatást meg is tesz – önmagán, környezetén és életmódján -, az sem tud kilépni ebből a megbélyegzésből, szegregációból és a szegénység ördögi köréből. Mindezen nehézségek ellenére saját részről egyikük sem számolt be informális munkavégzésről. Összességében, bár sok minden változott szerintük a telepen az utóbbi időben - pl. új

utak létesültek, javultak a lakhatási feltételek -, még mindig vannak változatlanul elmaradt és igen nagy mértékben lepusztult környékek, utcák.

Az interjú vége felé szóba kerültek a *felvilágosító programok*, ám az interjúalanyok szerint ezek sem érdekelnék az ott élő embereket, hiszen saját egészségük sem érdekli őket; rendezvényekre is csak akkor mennek el legtöbbször, ha valamit, főleg pénzt „osztanak”. Az ott lakók többsége szerintük mindenre képes lenne, hogy pénzhez jusson. Probléma továbbá, hogy a szülők szerint a gyerekeket is sok diszkrimináció éri az iskolában, és maguk is tapasztaltak már ilyen életük során; pl. az egyiküket – jó tanulmányi eredményei ellenére sem – engedték tanárai a helyi egészségügyi szakközépiskolába jelentkezni. Ez a típusú diszkriminatív jelenség elsődlegesen az érintettek mentális egészségére és jóllétére van káros hatással és emellett a társadalmi mobilitást is akadályozza.

Az interjú *összegzéseként* elmondható, hogy kevésbé bizakodók voltak a résztvevők, akik a változást, fejlődést akarók képviselői is egyben, hiszen a többség szerintük nem akar változást és nem akar változni sem - ezen pedig szerintük az intézmények és társadalmi törekvések sem segíthetnek. A többségnek „jó úgy, ahogy van”, ha pénzt kapnak, „elvásárolják, elkártyázzák, elverik, elmulatozzák, aztán meg lesz, ami lesz”. Szerintük a telepet fel kellene számolni, mert egymás példája viszi őket bele leginkább ebbe a folyamatba és felfogásba: „amíg csak egymást látják” nem fog változni semmi (a telepi romák 76,1 %-a kizárólag cigányokkal él együtt; Solymosy, 2007). Már a fele telepi lakosság viszont szerintük úgy él, „ahogy kell”. Gettónak tartják azonban a telepet, ahonnan elgondolásuk alapján szándékosan „nem akarják kiengedni őket”, amiről azok tehetnek, akik nem akarnak változni. „Muszájságból” vannak tehát ott, ahonnan szerintük nem fognak soha „kijutni”. A városban azonban, úgy vélik, jobb életkörülményeik lennének, így változtatni is jobban tudnának.

A roma és nem roma fiatalok egészségmagatartása a hazai kutatások tükrében

A sikeres prevenciós programok tervezéséhez fontos ismernünk a többségi és a roma fiatalok egészségkockázati magatartásának főbb jellemzőit. A többségi társadalom egészségmagatartásával a *Magyar Ifjúság Kutatás 2016* ad átfogó képet, reprezentatív eredményeket, míg a telepeken élő romák egészségével, egészségkockázati tényezőivel kapcsolatban *Kósa Zsigmond* 2006-os disszertációja, *Hüse Lajos és Pénzes Mariann* 2015-ös kutatása, valamint *Solymosy József Bonifác* 2007-es tanulmánya szolgálnak igen fontos adatokkal.

A fiatalok körében a kábítószerfogyasztással kapcsolatban a *Magyar Ifjúság Kutatás 2016* is elég aggasztó képet mutat: a magyarországi 18-29 évesek 40%-a ismer olyan embert, aki próbált már ki valamilyen kábítószerrel. Ez leginkább a 20-24 éves korosztályra és a megyeszékhelyeken ill. városokban élőkre jellemző, legkevésbé pedig a 15-19 évesekre és budapesti lakosokra. Ezen kívül a fiúk körében ez 10%-kal magasabb arányban jelenik meg, mint a lányok között. A megkérdezettek harmada továbbá könnyen tudna kábítószerhez jutni, ha akarna (*Magyar Ifjúság Kutatás, 2016*).

Az alkoholfogyasztás a többségi társadalomban is igen magas. Szintén a *Magyar Ifjúság Kutatás 2016* eredményei szerint a 18-29 évesek 27%-a szinte soha, 11%-a heti rendszerességgel, 1%-a pedig naponta fogyaszt alkoholtartalmú italokat. A havonta vagy ritkábban fogyasztók aránya az elmúlt négy év során növekedett. A lányok 60%-a, a fiúk 40%-a ritkán vagy soha nem fogyaszt alkoholt, míg a 15-19 évesek 20%-a, a 20-29 évesek 35%-a havi rendszerességgel fogyaszt (Magyar Ifjúság Kutatás, 2016). Kósa (2006) kutatásában a telepeken élő nők nagyobb mértékben absztinensek (83% szemben az általános populáció 57%-ával), a 18-29 éves férfiak pedig inkább nagyivók (telepeken 16%, általános populációban 12%) (Kósa, 2006:28-29).

Dohányzás tekintetében a *Magyar Ifjúság Kutatás 2016* eredményei szerint a 15-19 éves korosztály 13%-a naponta, 67%-a pedig abszolút nem dohányzik, míg a 20-29 évesek 29%-a napi szinten, 52%-a pedig soha. Nemi bontás alapján a lányok 17%-a naponta, 65%-a soha, míg a fiúk 31%-a naponta, 48%-a soha nem dohányzik. Iskolai végzettség szerint a magas iskolai végzettségűek 17%-a, a középfokú végzettségűek 20%-a, az alacsony iskolai végzettségűek 30%-a dohányzik rendszeresen, míg a felsőfokú végzettségűek 66%-a, az alacsony végzettségűek 53%-a soha (Magyar Ifjúság Kutatás, 2016). Láthatjuk tehát, hogy az alacsony iskolai végzettség rizikófaktor a rendszeres dohányzásban, amit a telepi körülmények tovább rontanak: az általános populációhoz viszonyítva háromszoros az alacsony iskolai végzettségűek aránya a telepszerű körülmények között élők körében (Kósa, 2006:20). Kósa (2006) kutatása szerint Magyarországon ma igen magas a napi rendszerességgel dohányzók aránya (az ifjú korosztályt is beleértve) a teljes populáción belül is és a dohányzással összefüggő halálokok aránya szintén. A többségi populációt a telepeken élőkkel összehasonlítva a rendszeres dohányzás (több, mint napi egy doboz) a 18-29 éves korosztályt vizsgálva a telepeken élő nők körében 25%-os, a férfiaknál 50%-os, míg az általános populációban ugyanez az arány a nőknél 12%, férfiaknál 23%, az érintettséget tekintve. A helyzetet súlyosbítja, hogy a dohányzás kezdete igen fiatal korra tehető a telepeken belül (Kósa, 2006:28), amit az interjúalanyok is alátámasztottak.

A felelősség kérdése Kósa (2006) kutatásában is szerepelt: a „*Mennyit tehet az egészségéért?*” – kérdésre kapott válaszok alapján a 18-29 évesek körében az általános populáció 90%-a szerint az egyén sokat, vagy nagyon sokat tehet, míg a telepszerű körülmények között élőknek ezt csak alig 70%-a vallotta (Kósa, 2006:26). Kutatásában is megjelent, hogy a telepeken élő romák, bár sokszor tudnak is egy-egy egészségkockázati magatartás káros hatásáról – interjúalanyaimhoz hasonlóan -, mégsem mondanak le róla (Kósa, 2006:44). Az egészségi állapot megőrzéséhez azonban nem elég a társadalmi felelősségvállalás és a társadalmi feltételek megteremtése, hanem ugyanolyan fontos az egyéni felelősségvállalás is ebben a folyamatban (Kósa, 2006:44); ez a folyamat ugyanis egyszerre egyéni és társadalmi is, melyben a részfolyamatok kiegészítik egymást és egyúttal egymásra is épülnek.

Kósa (2006) kutatásában az egészséges táplálkozással összefüggésben a növényi olaj használatát és a zöldség-gyümölcs fogyasztásának gyakoriságát mérték. Ennek alapján a növényi olaj használata a telepi körülmények között élők körében $\frac{1}{4}$ részben jelent meg, szemben az általános populáció $\frac{2}{3}$ -os arányával, míg a kérdezést megelőző egy hónapban történt zöldségfogyasztást illetően a telepeken élők 30%-a, az általános populáció 50%-a fogyasztott ilyen típusú ételt. Elmondható az is, hogy a

kor előrehaladtával inkább a telepeken élő nők híznak el, míg fiatal korukban inkább a túlzott soványság jellemző rájuk, a telepi férfiak körében pedig a fiatalkori elhízás a gyakoribb (Kósa, 2006:29). Sokszor fordul elő az is, hogy a romák számára oly fontos húst és édességet nem tudják megvenni a telepeken élők, mert drága (Forray, 2013). A táplálkozás és az egészségkockázati magatartások összefüggésével kapcsolatban elmondható, hogy a szakirodalom szerint az alultápláltság, a vitamin- és tápanyaghiányos étrend erősítő hatással van a rizikómagatartásokra (Forray, 2013).

A lakókörnyezettel való elégedettség terén Kósa (2006) kutatása azt mutatja, hogy a telepeken élők rendszerint elégedetlenek azzal a környékkel, ahol élnek, amely jelenség a fiatal nők körében gyakoribb (Kósa, 2006:24) – és ami összhangban van az interjú fiatal női alanyainak véleményével. Solymosy tanulmánya szerint a telepeken élők 76,1%-a Magyarországon saját házában él, 15,5% béreltben, főleg önkormányzatban és elmondható, hogy telepeken főleg saját lakással rendelkeznek a romák (Solymosy, 2007). A telepi lakosok 33,9%-a egyszobás, 33,2%-uk kétszobás lakásban él, 3,5% egyhelyiséges házában, egynegyede háromszobásban - a telepeken továbbá nagyon kevés a fürdőszobával is rendelkező ház (41,4%) (Solymosy, 2007). Az egyszobás lakások elterjedtségét állapította meg Kósa (2006) kutatása is, aki szerint a magas fokú gazdasági inaktivitás miatt is rosszabbak a lakáskörülmények (Kósa, 2006:24).

Iskolai végzettség és foglalkoztatottság a romák körében

Az *iskolai végzettség* emelése a romák körében gazdasági-kulturális kulcskérdés, hiszen az iskolázottsági szint emelkedésével jobb munkaerő-piaci pozícióhoz és ezáltal több jövedelemhez juthatnak (Hüse, Péntzes, 2015:80). Kósa (2006) szerint a 18-29 évesek korosztályában a csak alapfokú iskolai végzettséggel a telepen élő romák 73%-a rendelkezik, szemben az általános populáció 16%-ával, ám ezen telepi lakosok közül csak 17% az aktív dolgozó, szemben az általános populáció hasonló korosztályával, melynek 62%-a dolgozik (Kósa, 2006:22). Itt persze számos magyarázó ok lehet, mint pl. a *magas gyermekszám* (ami szinte munkaidős anyaságot kíván), a klasszikus, *cigány női szerepek* (a gyereknevelést és a háztartás vezetését várják el tőlük főleg a cigány férfiak), valamint a *stigmatizált diszkrimináció* és a lakóhely szerinti negatív megítélés és *elutasítás* – melynek példája az interjúban is megjelent. Itt meg kell említenünk, hogy a *diszfunkciós otthoni és oktatási környezet*, a családi értékrend és a szegénység a fő, tanulást hátráltató okok – a cigány gyerekek iskolai lemaradása tehát nem etnikai sajátosság (Hüse, Péntzes, 2015:20,21). A *tanári sztereotípiá*, a nemre, etnikumra irányuló diszkrimináció egyaránt káros hatású mind az egyénre, mind az osztálytermi közösségre nézve, hiszen az osztály hangulata egységes szokott lenni (Eccles, Roeser, 2011). Ha tanári diszkriminációt élnek át a diákok, az pszichés distresszhez vezethet náluk. Így hát az *osztályterem érzelmi klímája* is fontos és a *tanár-diák kapcsolat* is, melyek a tanulási motivációra és a serdülők szociális-emocionális jóllétére szintén hatással vannak (Eccles, Roeser 2011).

A hátrányos helyzetű tanulók szegregációja felgyorsult az elmúlt években, ami érinti az oktatási rendszert is, annak ellenére, hogy számos, ez ellen irányuló intézkedéseket hoztak az utóbbi időben (2019. évi országjelentés - Magyarország). Ez maga után vonja a romák – a megfelelő alapkészségek elsajátításának hiánya miatti - magasabb szintű képzések felé való elmozdulásának, s ezáltal a társadalmi mobilitási esélyének nagymértékű csökkenését - ráadásul a korai iskolaelhagyók is a cigány etnikumból kerülnek ki túlnyomórészt (65,3%) (2019. évi országjelentés - Magyarország). Ennek is következménye, hogy a munkaerőpiacon jelen lévő, alacsony iskolai végzettségű munkavállalók esetében a romák négyötöde legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezik, míg ez az arány a nem romáknál csupán egyötöd (Munkaerőpiaci helyzetkép, 2014-2018, KSH). Pozitívum, hogy a roma nők közül is egyre többen végzik el az általános iskolát, ám tovább nőtt a többségi társadalom iskolai végzettségi szintje is és így a szakadék szintén, köztük és a romák között e téren – azonban az iskolázottságnak nem csak a foglalkoztatásban, és így az életfeltételek javulásában van nagy szerepe, hanem a gyermeklétszámban, valamint a kulturális- és egészségmagatartásban is (Forray, 2013).

A romák, mint kiszolgáltatott társadalmi csoport munkaerőpiaci eredményei a mai napig gyengék: többnyire alacsony foglalkoztatási ráta és az általános populációhoz képest alacsonyabb bérezés jellemző körükben (2019. évi országjelentés - Magyarország). Bár a romák foglalkoztatottsága 2014 és 2017 között 33%-ról 45%-ra növekedett, ám közülük 36,6% közmunkaprogramban vesz részt (2019. évi országjelentés - Magyarország). Ez főleg az utóbbi időben megnövekedett munkaerő-keresletnek köszönhető és nagyban segítette a romák munkaerőpiaci beilleszkedését, valamint elmondható, hogy körükben 2016-tól nőtt az elsődleges munkaerőpiacon elhelyezkedni tudók aránya is (Munkaerőpiaci helyzetkép, 2014-2018, KSH). Általános jelenség továbbá, hogy a kis- és sokgyermekes anyákat alacsony szintű gazdasági aktivitás jellemzi (Hüse, Péntes 2015:43), amit a roma tradíciók csak tovább erősítenek (Munkaerőpiaci helyzetkép, 2014-2018, KSH). Bár a roma nők már kevesebb gyermeket hoznak világra, mint néhány évtizeddel ezelőtt (Forray, 2013), a roma nőknek még mindig csak 36%-a dolgozik fizetett munkahelyen (2019. évi országjelentés – Magyarország). A romákkal kapcsolatos munkaerőpiaci intézkedések – hasonlóan más hátrányos helyzetű csoportokhoz – még mindig nem elég támogatók, a szociális és egészségügyi szegmensekkel való koordinációjuk mértéke nem kielégítő, ugyanakkor ezen tényezők a lemaradó rétegek sikeres integrációjának fontos részét képeznék (2019. évi országjelentés – Magyarország).

Társas támogatás és egészségmagatartás

A *társas támogatás* jelentőségét a szakirodalom az interjúalanyoknál sokkal fontosabbnak tartja, hiszen az alapvetően nem más, mint azon *emberek elérhetősége*, akikre az emberek számítani tudnak (Sivandani, Koohbanani, Vahidi, 2013). A társas támogatás alacsony szintje fizikális és mentális szinten egyaránt *szegényes egészségkövetkezményekkel* jár együtt (Sivanandi, Koohbanani, Vahidi, 2013), a túl sok és túl kevés támogatás továbbá egyaránt káros lehet és externalizált tüneteket

okozhat, ami rizikófaktor a fiatalkori bűnözéshez és az erőszakos viselkedéshez szintén (White, Renk, 2012). Ezen tényezők ugyancsak kiemelt jelentőségűek a telepített környezetben élő fiatalok körében. A szociális támogatás alapvetően megakadályozhat rendellenes-, és elősegíthet pozitív fejlődést (Bockhorst, Sumter, Westenberg, 2010). Ez különösen fontos az etnikai kisebbségek számára, amit nemzetközi kutatások is igazolnak. Taylor és munkatársai (2012) már említett kvalitatív kutatásában az afroamerikai családok körében a rokonok támogatás pozitív hatásának bizonyult, társult viszonyban volt a családok nehéz anyagi helyzetével és pénzügyi nyomásával. A kutatásban a rokonok támogatás az anyák depresszív tüneteire nem volt hatással, de a jövőre vonatkozó optimizmusukra pozitívan hatott, míg a támogatás szegényes formája nem javított az anya pszichés jóllétén. Mind a serdülőknél, mind az anyáknál kimutatható volt ugyanakkor az alacsonyabb distressz, ha érzelmi- és szociálisan is számíthattak a rokonok támogatására. A rokonok támogatás tehát egy védőfaktor, ami a *családi funkcionális* összességében segíti, valamint hozzájárul a jobb kulturális és szociális adaptációhoz is (Taylor, Budescu, Gebre, 2012).

Az utóbbi időben a kutatások fókuszát illetően a *társadalmi rizikók* előtérbe kerültek az egyénivel szemben: az egyéni védőfaktorok mellett megjelentek a *társadalmi mintázatok*, struktúrák, és a *kultúra* egészség-formáló hatásainak vizsgálatai is, amiben a családi tényezők közül a *struktúra*, a *jövedelem* és az *etnicitás* számítanak a leginkább (Viner, és mtsai, 2012). Az interjúknak részt vevők elítélik a nevelés hiányát, elmondásuk alapján ők ebben már tudatosabbak, mint a telepen élő többség. Ez azért is fontos, mert a jó családi kapcsolódás késlelteti a szexuális élet elkezdését, a szerhasználat alacsonyabb szintjét eredményezi, és általa kevésbé valószínű, hogy erőszakos viselkedésbe keverednek a serdülők (Viner, és mtsai, 2012). Azok a szülők, akik tudnak gyerekeik tevékenységeiről, általánosságban mérséklő hatással vannak azok probléma-viselkedésére, amit a családi normák szintén befolyásolnak. A szülők viselkedése közvetlenül hat a serdülők egészségére és viselkedésére, a kulturális és etnikai különbségek pedig negatívan hatnak az iskolai eredményességre (Viner, mtsai, 2012).

Zárszó

A romák kirekesztettsége és egészségi állapotának, egészségmagatartásának fejlesztése csak minél több *roma értelmiség* képzésével lenne megoldható. A 2011-ben alakult KRSZH (Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat) pont ezt a célt szolgálja, melynek egyik végcélja, hogy a végzett hallgatók cigány identitásuk vállalása mellett, keresztény értékek mentén, egyfajta *hid szerepet töltsenek be* a többségi populáció és a roma társadalom között - közelethi, közösségfejlesztő feladatok vállalásával és felelős, aktív társadalmi párbeszéd kialakításával (Dávid, Szabó, Lukács 2017). Kérdés azonban, hogy van-e visszatérés számukra a kibocsátó cigány közösségekbe, várja-e, visszafogadja-e őket egykori lakóhelyük (Dávid, Szabó, Lukács 2017). Ezen kívül szinte szerint „két tűz közé” kerül ez a réteg a kibocsátó közeg és az új társadalmi közeg között: a többségi réteg a *diszkrimináció* és a *kulturális eltérések* miatt fogadja be nehezen őket, a másik oldal számára pedig a visszafoga-

dás megye nehezen. Az egyetemen a roma tanulók egyszerre élnek meg *kultúraütközést és identitásválságot*, asszimilációs törekvéseiket pedig a diszkriminációs hatások zavarják - továbbra is fontosak maradnak azonban számukra a családi és rokoni kötődések, mint melegséget adó, támogató szociális kapcsolatok (Forray 2013). Dávid és munkatársai (2017) KRSZH-s tanulmányának életinterjúból is kiderül, hogy a felvételt nyert hallgatók családjai – bár szüleik többnyire alacsony szintű iskolai végzettséggel rendelkeznek – mindig is *támogatták, bátorították* gyermeküket tanulmányaik folytatásában (sokkal inkább mentálisan és érzelmileg, mint anyagiilag és szellemileg) és a *tanulást értékékként értelmezték*. A tanárok, oktatók, mentorok részéről a tanulmányi előmenetelük folyamatában általánosságban szintén sok segítséget kaptak az iskolákban, ám akadt példa tanári és osztálytársi diszkriminációra is (Dávid, Szabó, Lukács 2017). A cigány értelmiségi rétegnek mindenesetre nagyon nehéz *megőriznie* belső *egyensúlyát*, ehhez az egyéneknek *énhatékonyságukat és rezilienciájukat* egyaránt erősíteniük kell (Dávid, Szabó, Lukács 2017). Ez azért is fontos, mert a cigány értelmiségi réteg mentális állapotára vonatkozó kutatások szerint *mentális státuszuk nem jó*, mentális problémáik a többségi értelmiségi réteghez képest súlyosabbak és gyakran fedezhető fel náluk megfelelő kényszer, düh, túlkompenzálási törekvés és csalódottság (Forray, 2013).

A *jövőre* vonatkozó legfontosabb *intézkedéseknek* a romák egészségi állapotának és egészségmagatartásának javítására kell irányulnia a következők megvalósítása révén: közös, nem elkülönülő programok keretén belül az *alapellátást* elérhetővé kell tenni az egész lakosság, a romák számára is; az egészségügyi dolgozók romákkal való *kommunikációját* fejleszteni kell; a cigányságról szóló *ismereteket* be kell vezetni az egészségügyi képzésbe; a roma egészségügyi dolgozók számát növelni kell, valamint a durva egészségügyi *bánásmódokat* vissza kell szorítani (Forray, 2013). Ezen kívül egyéb területeken is emelni kell a romák *foglalkoztatottságát*, erősíteni társadalmi részvételüket, a *sűrű-gondozó* szolgáltatásokat ki kell bővíteni és meg kell kezdeni a *telepek rehabilitációját* vagy *felszámolását* (Kósa, 2006:42). Ezen célok elérése érdekében a *rendszeres egészségfelmérések* a továbbiakban is kiemelten fontosak a komplex, interszektoriális programok tervezéséhez (Kósa, 2006:45).

Felhasznált irodalom

1. Bokhorst, C. L., Sumter, S. R., Westenberg, P. M. (2010): Social support from parents, friends, classmates, and teachers in children and adolescents aged 9 to 18 years: Who is perceived as most supportive? *Social Development* 19(2): 417–426. DOI: 10.1111/j.1467-9507.2009.00540.x
2. Dávid B., Szabó T., Lukács Á. (2017): A Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat (KRSZH) hallgatóinak utánkövetéses vizsgálata 2011-2016. Zárótanulmány. Budapest
3. Eccles, J. S., Roesner, R. W. (2011): Schools as developmental contexts during adolescence. *Journal of Research on Adolescence* 21(1): 225–241. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2010.00725.x

4. Forray R. K. (2013): Cigány egészség, cigány betegség. Mitől betegebbek? *Educatio* (22) 2: 177-186.
5. Hüse L., Péntes M. (2015): Egészség, telepi körülmények között – kutatási összegző. Evangélikus Roma Szakkollégium, Nyíregyháza.
6. Kósa Zs. (2006): Telepszerű körülmények között élők egészségfelmérése. Egyetemi doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Iskola
7. Schaefer, D. R., Haas, S. A., Bishop, N. J. (2012): A dynamic model of US adolescents' smoking and friendship networks. *American Journal of Public Health* 102(6): 12–18. DOI: 10.2105/AJPH.2012.300705
8. Sivandani, A., Koohbanani, S. E., Vahidi, T. (2013): The Relation Between Social Support and Self-efficacy with Academic Achievement and School Satisfaction among Female Junior High School Students in Birjand. *Procedia* 84: 668-673. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.06.623
9. Solymosy J. B. (2007): A romák egészségi állapota Magyarországon. In: Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. Madrid, Fundación Secretariado Gitano. 28-55.
10. Székely L, Szabó A (szerk.) (2017): Magyar Ifjúság Kutatás 2016. Új Nemzedék Központ Nonprofit Kft.
11. Taylor, R. D., Budescu, M., Gebre, A. (2014): Family financial pressure and maternal and adolescent socioemotional adjustment: Moderating effects of kin social support in low income African American families. *Journal of Child and Family Studies* 23(2): 242–254. DOI 10.1007/s10826-012-9688-8
12. Tjora, T., Hetland, J., Aarø, L. E., Øverland, S. (2011): Distal and proximal family predictors of adolescents' smoking initiation and development: A longitudinal latent curve model analysis. *BMC Public Health* 11 (1):911. DOI: 10.1186/1471-2458-11-911
13. Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. - Currie, C. (2012): Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet* 379(9826): 1641–1652. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60149-4.
14. White, R., Renk, K. (2012): Externalizing behaviour problems during adolescence: An ecological perspective. *Journal of Child and Family Studies* 21: 158–171. DOI 10.1007/s10826-011-9459-y

Internetes hivatkozások

1. 2019. évi országjelentés – Magyarország. A Bizottság közleménye az európai parlamentnek, az európai tanácsnak, a tanácsnak, az európai központi banknak és az eurócsoportnak. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-hungary_hu.pdf (Utoljára látogatva: 2019.05.19)
2. Munkaerőpiaci helyzetkép, 2014-2018. KSH. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/munkerohelyz/munkerohelyz17.pdf> (Utoljára látogatva: 2019.05.19)