

# Többszörös hátránytól sújtva

**M**ost, hogy az úgynevezett romakérdés megkerülhetetlen részévé vált a társadalmi diskurzusnak, a politikai, mindennapi, tudományos és médiabeli nyilvánosságnak, a romákra vonatkozó, már megszokott és igencsak sztereotip megállapítások mellett egy új, gyakran elhangzó állítás is hangot kapott: a cigányok várható élettartama akár tíz évvel is rövidebb, mint a többségi lakosságé. Ez a súlyos kijelentés persze különböző gondolatmeneteket indíthat meg, az okok feltárására való törekvéstől kezdve a hátrányos különbségek leküzdésének igényéig.

Lehet, hogy valaki számára ez a tény csupán egyik jele azoknak a biológiai-genetikai eredetű különbségeknek, amelyek különböző népcsoportok között fennállnak, és az orvosi szakirodalomban az etnicitás és egészség, a különböző betegségekre való hajlam vagy általánosságban, a származás és az egészségi esélyek összefüggéseinek tárgyalásakor kapnak hangot.

Ennél valószínűleg nagyobb azok tábora, akik a másik jól ismert összefüggésre gondolnak, azaz a szociális helyzet és az egészségi állapot kapcsolatára, arra – ahogy Losonczy Ágnes mondta –, hogy a szegénység árt az egészségnek. Jól ismertek azok a megállapítások, miszerint az alacsony iskolázottság és foglalkoztatottság, a rossz lakásviszonyok, a munkanélküliség súlyosabb életminőséget, és ennek következtében betegségek gyakoribb előfordulását, rövidebb élettartamot valószínűsít. A történeti demográfia bőséges adatokkal szolgál arra nézve, hogy a gazdasági fejlődés, az életszínvonal emelkedése hogyan hatott ki az élettartam növekedésére, de a különböző társadalmakban élők vagy akár egy adott ország különböző régióiban – akár Budapest különböző kerületeiben – élők között ezen a téren tapasztalható drámai különbségek is erre az összefüggésre utalnak. Azt pedig minden szociológiai kutatás bizonyítja, hogy a romák döntő többsége szegénységben, deprivációban, többszörös hátránytól sújtva él.

Egy harmadik lehetséges – mondhatjuk, kulturális antropológiai szemléletű – vélemény viszont a különböző kultúrák szokásrendszerére, tradícióira, a kulturális viselkedések egészségi állapotra is gyakorolt befolyására helyezné a hangsúlyt, mondván, hogy az egészség és betegség fogalma, a betegségek gyógyítása, a hozzájuk való viszony maga is kulturális eredetű, nem beszélve az olyan, életformát alakító, kulturálisan átörökített hagyományokról, mint például a házasságkötés, gyermekvállalás időzítése, a termékenységi és gyermeknevelési szokások, a jellemző családforma és generációs együttműködés rendszere. Márpedig, mondhatják, a magyarországi cigányok éppen ezeken a

területeken a többségi lakosságtól jelentősen eltérnek, éppen ezért az élettartamban tapasztalható különbségeket is elsősorban a kultúra általános fogalmán belül kell keresni.

Viszonylag kevés szó esik viszont arról a nemzetközi szakirodalomban szintén sokat hangoztatott állításról, miszerint sem a genetikai adottságok, sem a kulturális másság, sem pedig a szegénység önmagában nem magyarázza az egyes etnikai csoportok eltérő egészségi esélyeit, hanem mindezek a többségi társadalmon belüli kisebbségi helyzettel is szorosan összefüggenek. Azok az etnikai kisebbségek, amelyek tagjai bőrszínűkkel, külső megjelenésükkel, sajátos történeti szerepükkel és marginális szociális helyzetükkel is fakadó hagyományaikkal a többség számára a szociálpszichológiai értelemben vett *másikat* jelentik – azaz alkalmassak a sztereotip megítélésre –, előítéletek, bűnbakképzés, diszkrimináció áldozatai lehetnek. Az ilyen csoportok peremre szorulása, rossz gazdasági helyzete, oktatási és munkavállalási hátrányai nem a csoport belső tulajdonságaival magyarázhatóak, hanem sokkal inkább azzal a viszonyal, amely a többség és kisebbség között hosszú időn keresztül kialakult. Ez a viszony egyébként nemcsak aktuálisan, a mindennapi érintkezésben hat hátrányosan a kisebbségi csoportok tagjaira, hanem mélyen beépült identitásukba, a kisebbségi csoportok tagjainak szocializációját is áthatja.

Ha tehát a jellemzően hátrányos szociális helyzetet, az akár kényszer diktálta, akár tradíciókon alapuló sajátos kultúrát és a többségi társadalomban elfoglalt kisebbségi helyzetet, valamint a kívülről meghatározott és belsővé vált identitást egyszerre vesszük figyelembe, látnunk kell, hogy a romák és az egészségügy kapcsolata sem lehet problémamentes. Az egészségügyi rendszer, mint a társadalom egyik legfontosabb, presztízsűs, a korszerű szaktudást képviselő és ezért a laikus társadalom többsége szemében szinte áthidalhatatlan társadalmi távolságot reprezentáló intézménye nem biztosít egyforma hozzáférést a társadalom minden tagja, a különböző társadalmi csoportok számára. A nemzetközi szakirodalom bőséges adalékkal szolgál arra nézve, hogy az etnikai kisebbségek társadalmi kirekesztése-kirekesztődése éppen az univerzális ellátás igényével fellépő nagy intézmények – iskola, kórház, szociális ellátás – diszfunkcionális működése során valósul meg.

Ugyanakkor keveset tudunk arról, hogyan történik például a romák hátrányos megkülönböztetése az egészségügy területén. A cigányok egészségi állapotáról szóló kutatások szórványosak, nem tényleges egészségfelmérések, hanem vagy az egészségügyi

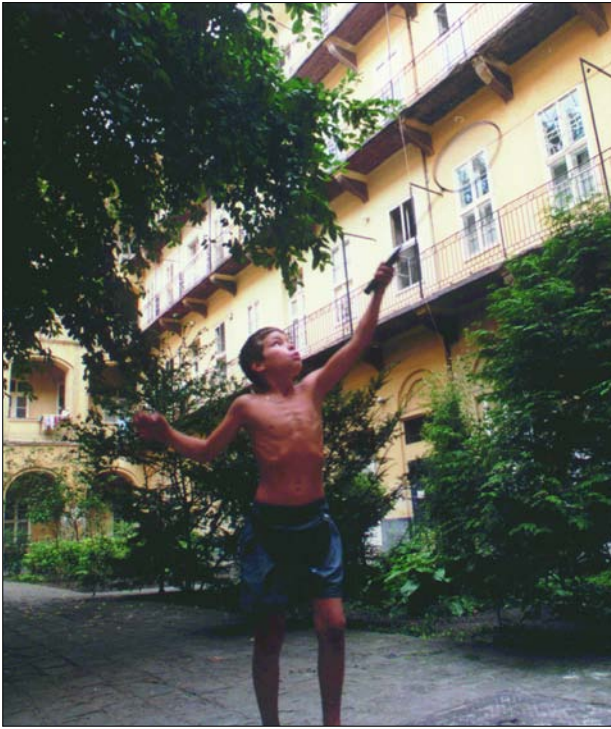


Foto: Bujnovszky Tamás

ellátószemélyzet – orvosok, védőnők –, vagy pedig maguk az érintettek, a kutatások mintájába bekerült romák vélekedésén alapulnak. Nem is nagyon történhet másképp, hiszen, mint ahogyan az elmúlt években elkezdődött, és megnyugtatóan nem is lezárható vita mutatta a „Ki a cigány?” kérdéssel kapcsolatban, nem lehetséges egzakt meghatározása a cigányságnak. Az önminősítés nem nyilvános, a társadalmi többség által meghatározott „cigány” fogalma pedig maga is a cigányokkal kapcsolatos előítéletek hordozója. Ugyancsak problémát jelentene a tényleges egészségügyi szűrés, hiszen senki sem kényszeríthető vizsgálatnak alávetni magát, a törvények nem engedik a páciensek etnikai hovatarozás szerinti kategorizálását, és ha mindez lehetséges is lenne, már maga a romák megjelenése az egészségügyi ellátórendszerben sem független attól a viszonytól, ami a romák és az orvosi ellátás között fennáll. Az ugyanis, hogy eljut-e, és ha igen, időben jut-e el valaki az orvoshoz, ugyanúgy társadalmilag meghatározott, mint az, hogy ha eljut, milyen ellátásban részesül.

Így tehát, amikor a romák egészségi állapotáról és egészségi esélyeiről beszélünk, csak azokra a kutatásokra támaszkodhatunk, amelyek kikerülnek az egyébként szerintem teljesen jogos adatvédelmi csapdákat, amelyek a szubjektív vélemények ütköztetésével igyekeznek, ha nem is a valóságot, de a valóság lehetséges értelmezéseit bemutatni, vagy amelyek az egészségügyi ellátás olyan területeire koncentrálnak, amelyek nagy valószínűséggel legalább a két fél közötti találkozás

teljeskörűen megvalósul. Ez utóbbi, romák esetében, a terhesség-szülés-korai gyermekgondozás időszaka, hiszen az elmondható, hogy Magyarországon ezt az ellátást minden érintett igénybe veheti és veszi is.

Az ilyen kutatások viszont rendre azt bizonyítják, hogy az egészségügy képviselői a romákat nem individuusként kezelik, hanem a társadalomban általánosan meglévő sztereotip kép prizmáján keresztül viszonyulnak hozzájuk, ugyanakkor kevéssé ismerik azokat a kutatók által mégiscsak jól dokumentált tényeket, miszerint bizonyos betegségek az átlagost jóval meghaladó mértékben, a teljes populációhoz képest fiatalabb életkorban és gyakran súlyosabb formában fordulnak elő köreikben. Másrészt pedig az is kiderül a kutatásokból, hogy a romákat nemcsak szegénységükből fakadó hátrányaik sújtják, hanem az a bánásmód is, amit az egészségügyi ellátórendszeren belül tapasztalnak. Orvosokat, védőnőket szembesítve ezzel a cigányokkal készített mélyinterjúkban gyakran elhangzó állítással, sokszor hangzik el az, hogy mindez csak a cigányok túlérzékenységéből fakad, hogy előítéletet látnak ott is, ahol erről nincs szó. És valóban, pártatlan kívülállóként csak elvétve lehet bizonyítékot látni arra, hogy orvosok, védőnők, ápolók tudatosan különböztetnék meg roma pácienseiket. Amikor azonban a gyakran a települések szélén levő, az orvosi rendelőt rossz földutakon megközelítő, komfort nélküli zsúfolt otthonából eljut például egy cigány anya a gyermekével az orvoshoz, és ott akár a többi páciens, akár az egészségügyi személyzet részéről elhangzik egy bántó szó, vagy a távolságtartást, esetleg az undort, az averziót, a félelmet érzékeli, nem csoda, ha bizalmatlan vagy éppen támadó, vádaskodó lesz, amikor tapasztalatairól beszél. A bizalmatlanság, a kirekesztettség érzése pedig – nem kétséges – kihat arra a viselkedésre, ami az egészség megőrzését szolgálná.

Nem állítom, hogy a romák várható élettartamában is megmutatkozó drámai különbség az orvosi ellátásból való kirekesztettség terméke. De azt igen, hogy az egészségügyi ellátórendszer képviselőinek romákkal kapcsolatos – ha nem is tudatos, de talán ismeret- vagy empátiahiányból, kommunikációs deficitből származó – megkülönböztető bánásmódja szerepet játszik a romák egészségi állapotának alakulásában. Az elsődleges feladat nyilván a szociális különbségek enyhítése, a hátrányos társadalmi helyzet felszámolása. De fel kell ismerni az egészségügyben is azt, hogy nem a hátrányoktól sújtott kisebbség, hanem a hatalommal, szakértelemmel, döntéshozatali lehetőséggel felruházott többség dolga a többség-kisebbség viszony megváltoztatása, a romák életminőségének javítása, társadalmi integrációjuk előmozdítása.

**Neményi Mária**  
MTA Szociológiai Kutatóintézet