

Népegészségügyi programok és a roma integráció

1. melléklet a 2011. évi CLXXIX. törvényhez: „E törvény értelmében nemzetiségnek minősül: a bolgár, a görög, a horvát, a lengyel, a német, az örmény, a roma, a román, a ruszin, a szerb, a szlovák, a szlovén és az ukrán.”

A roma nemzetiség és a népegészségügy viszonyának vizsgálatakor érdemes a népegészségügyi ciklust (**elemek** és **folymatok**) vizsgálni és ebben a célcsoport specifikus vetületeket rögzíteni. **Állapot:** nem reprezentatív felmérésekből következtetni lehet a különböző roma közösségek méltánytalan felülreprezentáltságára a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok körében. A romák, nyelvi, kulturális, földrajzi eloszlás szempontjaiból sem egységes csoportjait nem lehet homogén, az epidemiológiai vizsgálat szempontjából értelmezhető csoportnak tekinteni. **Helyzet elemzés:** területi, térségi alapon vizsgálva az alacsonyabb várható élettartam, a gazdasági depriváció, az alacsonyabb iskolázottsági szint, a rossz lakókörülmények dominanciája és a romák által sűrűn lakott területek eloszlása jelentős átfedést mutatnak, mely a társadalmi kirekesztés/kirekesztődés tényét igazolja. **Népegészségügyi szükségletek és igények azonosítása:** a társadalom versenyképességét javítja az egyenlőtlenségek csökkentése. Először az egészség előfeltételeit kell biztosítani ahhoz, hogy az egészség (optimális jól lét) fejleszthető legyen. **Lehetőségek elemzése:** a meglévő intézményi szolgáltatásokat kellene a célcsoport igényeihez, lehetőségeihez igazítani. A prevenció, rizikó csoportos megközelítése mellett, megfelelő hangsúllyal, a lakossági, szintér alapú megközelítés is javíthatja a roma közösségek egészségét. **Egészségfejlesztési programok:** a sikeres programok, az egészség-befolyásoló faktorok körbekapcsolt hatásmechanizmusa mentén, komplex, interprofesszionális háttérrel, a célcsoport aktív bevonásával valósították meg a tervezés, megvalósítás és értékelés lépéseit. Megfelelő minőségi szakmai garanciák mellett, meg kell teremteni a modell programok indításának, értékelésének, elterjesztésének és intézményesülésének gyakorlatát, forráshátterét. **Hatékonyág elemzés:** a fenntartható változtatáshoz az szükséges, hogy az akut, tüneti beavatkozásokkal összekapcsolva, azonos földrajzi fókuszban megvalósuljanak az operatív és a preventív beavatkozások is, melyek az igényeken, szükségleteken és a partnerségi együttműködésen alapulnak. Ez feloldaná a „hal (akut) – háló (operatív)” dilemmát is.

Az integráció egyik kulcseleme az egyenlőtlenségek csökkentése. Az egészség egyenlőtlenségek magyarázó elméletek közül a klasszikus kompozicionális mellett egyre nagyobb figyelmet kell fordítani a kontextuális megközelítésre is. Kompozicionális értelmezés szerint azért nagyobb az egyenlőtlenség egy társadalomban, mert több a szegények száma. Kontextuális: azért nagyobb az egyenlőtlenség egy társadalomban, mert a pszicho-szociális tényezők romboló hatása érvényesül (pl.: erőszak, agresszió, alacsony iskolai teljesítmény, csökkent társadalmi mobilitás, alacsony bizalmi szint, stb.)

Az integráció másik kulcseleme a beavatkozások, intervenciók, projektek minőségi viszonya a célcsoport szükségleteivel (Maslow). A hiány alapú szükségletek (1. Fiziológiai szükségletek: éhség, szomjúság, sexualitás; 2. Biztonsági szükségletek: fizikai védetség, kiszámíthatóság; 3. Szeretet, valahová tartozás szükséglete: gyengédség, viszonzott szeretetkapcsolat; 4. Elismerés szükséglete: önbecsülés, mások elismerése, hírnév, becsvágy) kielégítése feszültség csökkentéssel jár. A növekedés alapú szükségletek (5. Kognitív szükségletek: tudni, érteni, megismerni; 6. Esztétikai szükségletek: szimmetria, rend, szépség; 7. Önmegvalósítás szükséglete: elérni a bennünk rejlő lehetőségeket) a belső feszültség növelésével a bennünk lévő lehetőségek kiaknázását célozzák.