

Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra

Doktori tézisek

Dr. Csépe Péter

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola
Egészségtudományok



- Témavezető Dr. Vokó Zoltán egyetemi docens, Ph.D.
- Hivatalos bírálók Dr. Makara Péter, egyetemi docens, Ph.D.
Dr. Mucsi István, egyetemi docens, Ph.D.
- Bíráló bizottság Elnök: Dr. Túry Ferenc, egyetemi tanár, Ph.D.
Tagok: Dr. Barabás Katalin, egyetemi docens, Ph.D.
Dr. Rosivall László, egyetemi tanár, DSc

Budapest
2010

1. Meghatározás

Hátrányos helyzetűek azok az egyének, illetve az általuk alkotott csoportok, melyek az őket körülvevő többségi populáció átlagától biológiai, szellemi-lelki, szociális-gazdasági és/vagy magatartási szempontból kedvezőtlen következményekkel járó irányban, jelentős mértékben eltérnek. A hátrányos helyzetű, vulnerábilis populációk közé tartoznak többek között a szegények, munkanélküliek, egyes etnikai kisebbségek, szexuális magatartásuk miatt kisebbségben lévők és diszkriminációnak kitett csoportok; a romák, homoszexuálisok és prostituáltak. A hátrány az átlagos szociális szerep betöltésére való egyéni képesség hiányát is jelenti, mely megjelenik a társadalommal való kommunikációban. A hátrányos helyzet sokszor negatív egészségi következményekkel jár a kulturális és szociális különbözőség, valamint a beszűkült integrációs lehetőségek miatt. A hátrány az egészségügyi ellátásban is jelentkezhet.

2. Célkitűzések

- Egyes hátrányos helyzetű, egészséggel kapcsolatos kockázatnak kitett csoportok (romák, homoszexuálisok, prostituált nők) egészségmagatartásának felmérése, a csoportok aktív részvételével, kulturális sajátosságuk figyelembevételével, epidemiológiai, antropológiai és szociológiai módszerek alkalmazásával.
- Közösségi betegség-megelőzési és egészségfejlesztési modellprogramok szervezése, roma közösségekben a HIV fertőzés, valamint egyes krónikus nem-fertőző betegségek elsődleges és a szájüregi rákok másodlagos megelőzésére.
- A programok monitorozása és értékelése, ajánlások készítése a programok folytatására a fenntarthatóság és a kiterjeszhetőség figyelembevételével.

3. Anyag és módszer

3.1. Egyes hátrányos helyzetű populációkban végzett egészségmagatartás-felmérések

3.1.1. Utcai prostituáltak AIDS-szel kapcsolatos ismerete, magatartása és attitűdje (1993)

Szociális munkások segítségével kétszáz, AIDS-szel kapcsolatos ismeretet, attitűdöt és magatartást mérő önkitöltős kérdőívet juttattunk el Budapest VIII. kerületében dolgozó prostituált nőknek, melyet név nélkül töltöttek ki és postai úton küldtek vissza. Az életkor és iskolai végzettség mellett választ kértünk a válaszadók HIV/AIDS-szel kapcsolatos tudásáról, így a vírus terjedésének módjáról és a megelőzés lehetőségeiről. Kérdések szerepeltek egyes HIV-fertőzéssel kapcsolatos kockázatos magatartásformákról, mint az alkohol- és drogfogyasztás, közös tűhasználat injekciós kábítószer-élvezőknél, a kliensek száma, gumióvszer és síkosító használatának gyakorisága. A tudásszint és a kockázatos magatartás jellemzőit megoszlási viszonyszámokkal írtuk le, és összehasonlítottuk a szociális segítők résztvevő megfigyelések és beszélgetések során szerzett tapasztalataival.

3.1.2. HIV/AIDS kockázatos viselkedés budapesti homo/biszexuális férfiaknál (2001)

Budapesti, melegek által látogatott szórakozóhelyeken 469, önmagát homo- vagy biszexuálisnak tartó férfi töltött ki ismeret-attitűd-magatartás (KAB) kérdőívet. A kategorikus változóknál relatív gyakoriságot, folytonos változók esetén átlagot, mediánt és szórást számítottunk. A magas kockázati viselkedéssel kapcsolatos tényezőket egyváltozós elemzéssel vizsgáltuk. Normális eloszlású folytonos változók esetén az eltéréseket kétmintás t-próbával vizsgáltuk. Mann-Whitney U-próbát alkalmaztunk nem normális eloszlású folytonos változók, illetve khi-négyzet próbát bináris változók esetén. Többváltozós lineáris regressziós analízissel határoztuk meg, hogy mi befolyásolja a kondomhasználat gyakoriságát az anális közösülések során.

3.1.3. Kockázatos egészségmagatartás, egészségi állapot és a roma etnikum összefüggése (2004)

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 4121 résztvevőjének és 936 telepen lakó roma egészségfelmérésének adatait (TRE) hasonlítottuk össze. Vizsgáltuk, hogy a roma etnikum független magyarázó tényező vagy a szociális helyzeten keresztül van kapcsolatban az egészségmagatartással és az egészségi állapottal. Az egészségi állapotot a vélt egészséggel és a funkcionalitással jellemeztük. Az életmódbeli tényezők közül a dohányzást, a testmozgást és a táplálkozást vizsgáltuk. Folytonos függő jellemzők esetén többszörös lineáris regressziós modellt, dichotóm függő jellemző esetén logisztikus modellt alkalmaztunk. A regressziós modellekbe lépésként vontuk be a társadalmi-gazdasági tényezőket. Az összehasonlító elemzések során a különböző változók gyakoriságának populációs becsléseit 95%-os megbízhatósági tartománnyal (MT) használtuk.

3.2. A roma populáció egészségi állapotának javítását célzó programok bemutatása és kritikai elemzése

3.2.1. HIV/AIDS prevenció program egy roma közösségben

A résztvevő roma csoportokat résztvevő megfigyeléssel választottuk ki közösségi találkozóhelyeken. Tíz csoportot vontunk be, mindösszesen 80 taggal. Szociometriával elemeztük a hálózati struktúrát és meghatároztuk a csoport vezetőjét. KAB kérdőívet vettünk fel és mélyinterjúkat készítettünk. A válaszokat felhasználtuk a csoportvezetők képzési programjának összeállításában, mely hat foglalkozásból állt. Kommunikációs készségük fejlesztése mellett ismereteket szereztek a HIV/AIDS betegségről és a kockázati tényezőkről, megtanulták, hogyan lehet megváltoztatni társaik kockázatos magatartását. Vállalták, hogy átadják a HIV fertőzés megelőzéséhez szükséges tudást csoportjuk tagjainak és megpróbálják befolyásolni a kockázatos magatartással kapcsolatos attitűdöt. Tevékenységüket naplóvezetéssel, írásbeli és szóbeli

beszámolókkal igazolták. Három hónappal később fókuszcsoportokban vizsgáltuk az AIDS-szel kapcsolatos ismeretekben, attitűdökben és a szexuális magatartásban bekövetkezett változásokat.

3.2.2. Idős romák egészségklub hálózata három dunántúli megyében (2003)

Három dunántúli megyében 66 egészségklubból álló hálózatot hoztunk létre, több mint kétezer 1945 előtt született roma számára egy közösségi kárpótlási program részeként. A program célja szív-érrendszeri, légzőszervi, daganatos valamint egyes fertőző betegségek megelőzése volt szociális és jogi segítségnyújtás valamint a romák és az egészségügyi dolgozók kapcsolatának javítása mellett. A program során együttműködtünk kormányzati, önkormányzati és civil szervezetekkel, az érintett roma populáció tagjaival, vezetőivel és az egészségügyi dolgozókkal. A résztvevőket előzetes értesítés után képzett roma kérdezőbiztosok keresték fel. Az adatfelvételhez tartozott a testsúly, magasság, testtömeg-index és vérnyomás mérése, valamint a krónikus, nem-fertőző betegségekkel kapcsolatos ismeretek és az egészségre kockázatos magatartási jellemzők kérdőíves felmérése. Az adatgyűjtés igényfelmérés célját is szolgálta, ezt felhasználtuk a klubfoglalkozások programjának kialakításában. Ezek során a háziorvosok interaktív előadásokat tartottak romáknak. Egészségügyi, szociális és jogi problémákról is beszélhettek. A korábban ismert és a program során kiszűrt betegeket segítettük, hogy megfelelő kezelésben és gondozásban részesüljenek.

3.2.3. Modellprogram roma populációban szájüregi daganatok szűrővizsgálatára (2005)

A program célja a szájüregi rákok és rákmegelőző állapotok korai diagnózisa volt fokozott kockázatnak kitett (roma) csoportokban. A projekt során együttműködtünk a helyi cigány közösségekkel, az ÁNTSZ-szel és a területen dolgozó fogorvosokkal. Négy város romák által sűrűn lakott területein 1200 személyt vontunk be a

vizsgálatba felkészített roma mediátorok és egészségőrök segítségével. Személyes értesítést kaptak a szűrővizsgálat céljáról, helyszínéről és időpontjáról. A vizsgálat előtt kockázati tényezőket felmérő kérdőívet töltöttek ki. A fogorvosok szájüregi rákra vagy rákmegelőző állapotra utaló elváltozások esetén a betegeket területileg illetékes szájsebészeti rendelésekre irányították.

4. Eredmények

4.1. Egyes hátrányos helyzetű populációkban végzett egészségmagatartás-felmérések

4.1.1. Utcai prostituált nők AIDS-szel kapcsolatos ismerete, magatartása és attitűdje

A válaszadási arány 39% volt. A HIV terjedésével kapcsolatos válaszok 76%-a helyes volt, de kevésbé volt ismert az orális és anális közösülés HIV fertőzésben játszott szerepe. Előfordultak téves ismeretek (például: az AIDS csak a homoszexuális férfiak betegsége; a fertőzés fogamzásgátló tablettával vagy védőoltással megelőzhető). Intravénás kábítószerrel egy nő használt, 50% fogyasztott rendszeresen alkoholt. A válaszolók 66%-át kezelték nemi betegség miatt. HIV szűrővizsgálaton 27 % vett részt legalább egyszer, HIV pozitív nem volt közöttük. Bár 84% tudta, hogy gumióvszerrel a fertőzés megelőzhető, csak a közösülések 47%-ában használtak óvszert. Ha a kliens ezt nem akarta, a prostituáltak kevesebb, mint fele figyelmeztette erre. Az utcai segítők megfigyelése szerint az alkoholfogyasztás a bevallottnál sokkal gyakoribb volt, gumióvszer használatára viszont az írásban közölnél kevesebbszer kerül sor.

4.1.2. HIV/AIDS kockázatos viselkedés budapesti homo/biszexuális férfiaknál

A résztvevők átlagéletkora 29 év volt, 44% fejezte be a középiskolát, 40%-ának volt felsőfokú végzettsége. Minden férfi azt válaszolta, hogy valamikor volt szexuális kapcsolata férfival, 75% homoszexuálisnak, 24% biszexuálisnak, 1% heteroszexuálisnak tartotta magát. A kérdőív felvételét megelőző három hónap során a

válaszolók férfi partnereinek számtani átlaga 39, a medián 5 volt. A válaszadók fele közösült anélkül legalább egyszer a vizsgálatot megelőző 3 hónapban, negyedrészüik több mint egy férfi partnerrel. Az anélkül közösülések felében nem használtak óvszert. Pénzért vagy értéktárgyért 17% vett részt szexuális aktusban, ugyanennyien fizettek a szexért. Nőpartnerrel 77% közösült élete során. A biszexuális férfiak a vaginális közösülések 23%-ában védekeztek óvszerrel. A résztvevők 19%-a mondta azt, hogy kezelték szexuális úton terjedő betegség miatt. HIV vizsgálaton 73% vett részt, 2 fő volt pozitív. 39% személyesen ismert HIV fertőzöttet. 20%-a számolt be arról, hogy használt tiltott kábítószerrel, leggyakrabban marihuánával.

A HIV fertőzés kockázatára és a kockázat csökkentésre vonatkozó kérdések 75%-ára válaszoltak helyesen, de 52% nem tudta, hogy az óvszert nem szabad olajjal vagy vazelinrel síkosítani és 37% gondolta, hogy az aktus utáni mosakodás megvéd a fertőzéstől. Egyharmaduk hitte, hogy külső jegyekből meg lehet állapítani, hogy valaki HIV pozitív, 31%-a gondolta, hogy olyan partnerekkel, akik azt mondják magukról, hogy HIV negatívak, nem kell óvszert használni.

A védekezés nélküli anélkül közösülést folytató férfiak (76%) HIV kockázatot jelentő magatartásra vonatkozó tudása alacsonyabb volt ($p=0,05$). Többségük nem szerette az óvszert, használatát nem fogadta el ($p<0,001$), és kevesebbet is tudtak arról, hogyan kell használni ($p=0,01$). Gyakrabban állították, hogy nincs pénzüik óvszerre ($p=0,05$), ritkábban vásároltak óvszert, és nem volt náluk óvszer, amikor szükség volt rá ($p<0,001$). Több férfi partnerük volt életük ($p=0,04$) és a vizsgált három hónap során ($p=0,10$). Kiseb valószínűséggel voltak HIV szűrésen ($p=0,05$).

A háromlépéses logisztikus regressziós modell szignifikánsan jelezte a nem biztonságos szexuális magatartást. A kockázatcsökkentésre irányuló szándék gyengesége (esélyhányados (EH): 1,56), az a tény, hogy nem állt rendelkezésre óvszer, amikor szükség volt rá (EH: 6,25), valamint az óvszer és a biztonságosabb szex tekintetében kevésbé pozitív attitűd (EH: 1,25) egymástól függetlenül szignifikáns kapcsolatban állt védekezés nélkül folytatott anélkül közösüléssel.

Az anélkül közösülésénél történő óvszerhasználatot jelző modellben szerepelt a kockázat csökkentésére irányuló szándék (EH: 1,38), az állandó kapcsolat hiánya (EH: 2,13), az óvszerrel kapcsolatos pozitív

attitűd (EH: 1,13), a fiatalabb kor (EH: 1,05) valamint hogy kéznél volt-e óvszer (EH: 2,26). A modell a válaszadók 75%-ánál helyesen jelezte a befogadó, 86%-nál pedig a behatoló anális közösülésnél történő óvszerhasználatot.

4.1.3. Kockázati tényezők és a roma etnikum összefüggései

A roma telepeken élők korra és nemre történő korrigálás után 2,2-szer nagyobb eséllyel számoltak be nagyon rossz vagy rossz egészségi állapotról (95%-os MT 1,8-2,7), mint az átlag populáció. Ez az összefüggés fokozatosan eltűnt a jövedelemre és az iskolai végzettségre történő kiegyenlítés után. Hasonló összefüggést tapasztaltunk a roma etnikumhoz tartozás és a funkcionális korlátozottság között: ez is csaknem teljesen eltűnt a jövedelemre és az iskolai végzettségre történő kiegyenlítés után. A roma etnikumhoz tartozás és egyes egészségmagatartás-jellemzők (dohányzás, friss zöldség és gyümölcs-fogyasztás, zsírral történő főzés) összefüggése a társadalmi-gazdasági tényezőkre történő kiegyenlítés után is megmaradt. A naponta dohányzás, a ritkább friss zöldség/gyümölcs fogyasztás és zsírral történő főzés esélye lényegesen magasabb volt a roma telepeken. A jövedelemre, az iskolai végzettségre és a foglalkoztatottságra történő kiegyenlítés után az esélyhányadosok ugyan csökkentek, de szignifikánsan nagyobbak maradtak.

A roma etnikumhoz tartozás módosította egyes társadalmi-gazdasági tényezők és az egészség magatartás közötti összefüggést. Tízezer forint ekvivalens jövedelem-többlet a naponta dohányzás esélyét 6%-kal csökkentette az átlagpopulációban és 16%-kal a roma telepeken élők körében. (EH 0,94; 95%-os MT 0,92-0,97, illetve EH 0,84; 95%-os MT 0,87-1,03). Tízezer forinttal magasabb ekvivalens jövedelem az átlagpopulációban 5%-kal (EH 0,95; 95%-os MT 0,87-1,03) növelte a friss zöldség és gyümölcs fogyasztásának esélyét, a telepen élők körében ugyanez a mutató 22% volt (EH 0,78; 95%-os MT 0,69-0,88).

4.2. A roma populáció egészségi állapotának javítását célzó programok bemutatása és kritikai elemzése

4.2.1. HIV/AIDS prevenciók modellprogram egy roma közösségben

A csoportok vezetői valamennyi foglalkozáson részt vettek. Nyitottak voltak a HIV/AIDS-szel kapcsolatos ismeretek befogadására, a betegséggel és annak megelőzésével kapcsolatos tudásuk gyarapodott. A kommunikációs tréning hatására kapcsolat-teremtő készségük fejlődött, ismeret-átadó és attitűdöt befolyásoló aktivitásuk kedvezően változott. A szóbeli beszámolók és a munkanaplók elemzése szerint, hetente átlagosan 1-2 személyes, és 2-3 telefonbeszélgetést folytattak csoportjuk tagjaival a HIV fertőzésről, illetve megelőzéséről. A három hónappal később készített mélyinterjúk alapján kijelenthetjük, hogy a csoportvezetők és a tagok AIDS-szel kapcsolatos kommunikációjának gyakorisága havi 1-2 alkalomra csökkent.

4.2.2. Idős romák egészségklub hálózata három dunántúli megyében

Az egészség-klubokban három interaktív előadás foglalkozott szív-érrendszeri, daganatos valamint mozgásszervi betegségekkel és ezek kockázati tényezőivel, különös tekintettel a dohányzásra, a táplálkozásra és az alkoholfogyasztásra. Az előadók háziorvosok voltak, így a klubrendezvények hozzájárultak az orvos-beteg kapcsolat javításához. Az orvosokat felkészítettük az előadásokra, a résztvevők képes információs anyagot kaptak. A foglalkozásokon a meghívottak túlnyomó többsége, több helyszínen mindösszesen közel kétezer személy vett részt. Az előadásokat látogatni nem képes idős embereket otthonukban kerestük fel. A klubfoglalkozásokon felmerült szociális és jogi problémák közül a leggyakoribbak a házasságkötés, válás, gyámügy, gyermekvédelem, családon belüli erőszak, társadalombiztosítási és adóügyek voltak. Ezekon kívül örökségi ügyek, közösségi és egyéni kárpótlási kérdések, szociális segélyek, lakással összefüggő és földhivatali problémák megoldásához is kértek segítséget. Diszkrimináció és más

jogsértések esetén is segítséget nyújtottunk. Élelmiszer-utalványok adása motivációt jelentett a részvételhez, és hozzájárult a romák anyagi helyzetének javításához. A programban dolgozó mediátorok munkalehetőséghez jutottak, tapasztalataik hasonló programokban hasznosítható. A romák egészségi állapotának változása a program rövidege miatt nem volt számszerűsíthető. A monitorozás és értékelés fontos része volt a programban résztvevők visszajelzéseinek kvalitatív elemzése. A mediátori beszámolók szerint a romák kedvezően fogadták a témákat, érdeklődéssel várták a foglalkozásokat, az előadásokon aktívak voltak. Az idős emberek gyakrabban találkoztak egymással, szociális támogatottságuk nőtt. Rendszeresebben jártak orvosi ellenőrzésre. A program lezárását követően egy évvel fókuszcsoporthoz szerveztünk a mediátorok és roma vezetők számára, melyen több mint húszan vettek részt. A programról alkotott kedvező véleményük nem változott. Egy-egy helyszínen saját kezdeményezésre hasonló klubfoglalkozások szervezésére is sor került. Számos körzetben az orvos-beteg kapcsolat a korábbinál kedvezőbb szinten maradt. A résztvevők bíztak abban, hogy a programnak folytatása lesz.

4.2.3. Modellprogram roma populációban ajak és szájüregi daganatok szűrővizsgálatára

Négy helyszínen 1146 fő szájüregi rákszűrő vizsgálatára került sor. A résztvevők átlagéletkora 40 év volt. A szűrésen részt vettek fele nem mosott naponta fogat, 75% dohányzott, 45% fogyasztott valamilyen gyakorisággal szeszes italt, háromnegyed részük 8 vagy kevesebb osztályt végzett, tehát magas kockázati csoportba tartoztak. Valamilyen – általában fogászati jellegű - szájüregi panasz a résztvevők 84%-ának volt.

A vizsgálat során jóindulatú szövetszaporulatot 18 főnél (1,6%), malignitásra gyanús elváltozást 12 főnél (1%), leukoplakiát 15 főnél (1,6%) találtunk. A vizsgált személyek több mint fele nem járt rendszeresen fogorvoshoz, az elváltozással kiszűrteknél ez az arány 93 % volt.

5. Megbeszélés

A felmérések és a programok eredményei, valamint irodalmi adatok alapján kijelenthetjük, hogy az egészségi problémák csak szociális, gazdasági, politikai, biológiai, genetikai és környezeti okok hálózatában értelmezhetők és oldhatók meg. A betegségek okait kutató, a megelőzésre és kezelésre irányuló epidemiológiai megközelítés betegség-orientált, a kulturális összefüggéseket sokszor figyelmen kívül hagyja. Az epidemiológiai vizsgálatok módszertani korlátai közül megemlíthetjük a mintavételi nehézségeket, az alanyok bevonásának problémáit és a folyamatos részvétel biztosítását, melyek a hátrányos helyzetű populációkban gyakrabban jelentkeznek. Az orvosi antropológia holisztikus-humanista megközelítésével a betegségek kulturális meghatározottságára és szociális összefüggéseire koncentrál mind a betegségek kialakulásának vizsgálatában, mind megelőzésének és gyógyításának gyakorlatában. Az antropológia vizsgálatok elemszáma kisebb, az eredmények általában nem számszerűsíthetők. Önmagában sem a szociológiai, sem a kulturális antropológiai módszer nem alkalmas a kockázati tényezők és az egészségi állapot teljes körű felmérésére, az egészségfejlesztési programok tervezésére, végrehajtására és értékelésére. Vizsgálatainkban és programjainkban ezért mind az epidemiológia, mind az antropológia módszertanát használtuk.

A rendelkezésünkre álló információk és saját vizsgálataink alapján megerősíthetjük, hogy a hátrányos helyzetű populációk egészségmagatartása és egészségi állapota kedvezőtlen, hozzáférésük az egészségügyi ellátáshoz nehezített. A kockázatos egészségmagatartású és rossz egészségi állapotú populációkban az elsődleges és másodlagos prevenciók általában hatásosak és költség-hatékonyak, mert nagyobb az elkerülhető betegségteher. A kérdőíves állapotfelmérés során tudatosítani kell ezekben a populációkban, hogy a vizsgálat nem csak tudományos célokat szolgál, hanem egészségi állapotuk javítását is. A részvételt a vizsgálatokban és programokban anyagi eszközökkel ösztönözhetjük. Az adott populáció igényeinek és szükségleteinek megfelelő program kialakításához fel kell mérni az egészségmagatartást és az egészségi állapotot. A felmérések a monitorozásához és értékeléséhez is adatokat szolgáltatnak. Az etnikai hovatartozás egészségmagatartásra

és egészségi állapotra gyakorolt hatásának elemzése segítséget nyújt roma egészségprogramok tervezésében. Egészségfejlesztési programokat tehát egészség-felméréseknek kell megelőzniük, az egészségfelméréseket pedig kövessék egészségfejlesztési programok. A vulnerábilis populációk egészségmagatartásának vizsgálata módszertani kérdéseket is felvet. A kérdőívek szerkesztésénél és a kommunikációnál figyelembe kell venni a csoportok átlagostól eltérő szóhasználatát. Elengedhetetlen a kérdőívek kulturális adaptációja. A reprezentatív mintavétel gyakran nem lehetséges, mert nem ismerjük a vizsgált populáció pontos nagyságát és szerkezetét. Az egyes személyek besorolása a vizsgált populációba problematikus, mert a definíciók pontatlanok és identitását nem vállalja mindenki. A terület legjelentősebb szakértők sem értenek egyet abban, hogy ki sorolható például a romák csoportjába. Az önmeghatározás nem mindig fogadható el, külső személy definíciója pedig etikai és jogi korlátokba ütközhet. További nehézséget jelent, hogy a felmérés nem szokványos színtereken zajlik: cigánytelepeken, elhagyatott utcákon vagy szórakozóhelyeken. Ezért is szükséges a vizsgált populációhoz tartozók segítsége. Az utcai prostituáltak általában nem válaszolnak jól képzett, de a terepen idegenül mozgó kérdezőbiztosoknak. A meleg bárokban végzett felmérésünk nem jöhetett volna létre homoszexuális szervezetek segítsége nélkül. A roma mediátorok munkája nélkülözhetetlen volt a cigány csoportok egészségfelmérésében és az egészségfejlesztő programok szervezésében.

A hátrányos helyzetű populációkban a felmérések válaszait fenntartásokkal kell értékelni, különösen a szexuális magatartásra, az alkohol- és drogfogyasztásra utaló kérdések esetén. A válaszolók a társadalmi elvárásoknak próbálnak megfelelni. Bizonyos esetekben egy-egy válasznak akár büntetőjogi következményei is lehet, gondoljunk a drogfogyasztásra vagy a prostitúcióra. Ezek a hibák csökkenthetők a vizsgálat megfelelő előkészítésével, terepismerettel, a vizsgált közösség tagjainak bevonásával, epidemiológiai, szociológiai és antropológiai módszerek integrált alkalmazásával. A vulnerábilis populációkban végzett prevenciók programok sikerességének alapfeltétele az együttműködés a közösség tagjaival, mely csak hosszabb munkakapcsolat során alakulhat ki. A HIV prevenciók modellkísérletet és a szájüregi rákszűrő programot több

más egészségnevelési program előzte meg. A roma klubok szervezésénél már a kérdőíves felmérés előtt jó kapcsolatot alakítottunk ki a leendő mediátorokkal és a közösségek vezetőivel. Vizsgálataink rámutattak arra, hogy a hátrányos helyzetű populációk egészségi állapotának javításához nélkülözhetetlen több szakterület, így az epidemiológia, a szociológia, a kulturális antropológia és a pszichológia együttműködése. Az egészségfejlesztési programokat az adott közösség képviselőinek bevonásával kell kidolgozni korábbi programok eredményének felhasználásával. A vulnerábilis csoportok kedvezőtlen egészségi állapotának hátterében legtöbbször a rossz társadalmi-gazdasági helyzet áll. A szükséglet-hierarchia az alapvető biológiai szükségletektől a komplex pszichológiai motivációkig terjed, mely utóbbiak csak akkor válnak igazán fontossá, ha az alapvető szükségleteket kielégítették. Javítani kell az anyagi helyzetet, az életszínvonalat, az életminőséget és az egészségi állapotot. Az elérhető és diszkrimináció-mentes oktatás- és egészségügy megszakíthatja a hátrányos helyzet újratermelődésének folyamatát. Ezen populációk egészségmagatartását, egészségi állapotát és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférését akkor is javítani kell, ha társadalmi-gazdasági helyzetük rövidtávon jelentősen nem változik.

Az egészségi és a társadalmi esélyegyenlőség szorosan hatnak egymásra. Az egészségi esélyegyenlőség kialakításához nem csak az anyagi viszonyok javítása szükséges, hanem a konfliktusmegoldó és a kommunikációs készségek fejlesztése is. Kiemelten kell kezelni a tanulás kérdését, törekedni kell a függőség, a tehetetlenség, a kiszolgáltatottság és a krónikus stressz csökkentésére. Prioritást kell adni a közösségi egészségfejlesztő programoknak. Ide tartoznak a csoportok véleményformálóinak bevonásán alapuló, ún. „C_POL” programok. Az egészséget illetően az egyik legjelentősebb védőfaktor a társas támogatás, tehát ennek erősítésére is törekedni kell. Alapvető fontosságú az empatikus viszonyulás, ahogyan Spinóza mondta: “sem siratni, sem kinevetni, sem megvetni, hanem csakis megérteni”.

6. Közlemények jegyzéke

6.1. Az értekezés alapjául szolgáló in extenso közlemények

1. Csépe P, Bolváry K. (1993) Prostituáltak AIDS-szel kapcsolatos ismerte, magatartása és attitűdje. Népegészségügy, 4: 151-152.
2. Csépe P. Sex workers: a high risk group for HIV infection? In: AIDS in Europe - The Behavioural Aspect. Friedrich D, Heckmann W. (eds.), Berlin, 1995.
3. Csépe P, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Mocsonoki L, Forrai J. (2001) HIV/AIDS kockázatos viselkedés budapesti homo- vagy biszexuális férfiaknál. Szenvédélybetegségek, 6: 406-417.
4. Csépe P, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Mocsonoki, L. (2002) HIV Risk Behavior among Gay and Bisexual Men in Budapest, Hungary. Int J STD AIDS, 13: 192-200.
5. Ambrus P, Csépe P, Forrai J (szerk.): Kommunikáció, egészségügy, cigányság. Medicelló Bt. - Soros Alapítvány, Budapest. 2002.
6. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Csépe P. (2004) Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethno-graphic study. AIDS Care, 2: 231-245.
7. Csépe P, Forrai J, Solymosy J, Lökkös A. (2004) Egészségügyi programok három dunántúli megye roma közösségeiben. Egészségmegőrzés, 6: 3-7.
8. Csépe P, Bánóczy J, Dombi Cs, Forrai J, Gyenes M, Döbrössy L. (2007) Modellprogram a roma populációban ajak és szájüregi daganatok szűrővizsgálatára. Magy Onk, 51, 2, 95-101.
9. Forrai J, Solymosy J, Csépe P. Közösségfejlesztő és egészségügyi ismeretfejlesztő reprodukciós program roma-nó klubok részére. In: Forrai J (szerk.), Képzés, munkaerőpiac, egészség. Élethosszig Tartó Művelődésért Alapítvány, Budapest, 2008: 68-73.

10. Vokó Z, Csépe P, Németh R, Kósa K, Kósa Zs, Széles Gy, Ádány R. (2009) How is Roma ethnicity related to health in Hungary? *J Epidemiol Community Health*, 63: 455-460.
11. Csépe P. Kulturális epidemiológia és az egészség társadalomföldrajza. In: Pikó B, Lázár I. (szerk.): *A magyar orvosi antropológia tankönyve*. Medicina, Budapest. Lektorálás alatt. 2010.

6.2. Egyéb in extenso közlemények és könyvfejezetek

1. Csépe P. (1987) A pszichoszomatikus szemlélet és a beteg folyamatos tájékoztatásának jelentősége onkológiai betegek ellátásában. *Egészségnevelés*, 4: 162-163.
2. Csépe P, Tarján P, Simon T. (1988) Egészségügyi dolgozók ismereti az AIDS-ről és véleményük a betegek ellátásáról valamint saját biztonságáról. *Orv Hetil*, 49: 2629-2630.
3. Csépe P. (1990) HIV-szűrés és felvilágosítás az Egyesült Államokban. *Egészségnevelés*, 4: 183.
4. Csépe P. (1990) Az egyházi személyiségek szerepe a betegellátásban. *Lege Artis Med*, 1: 38-39.
5. Csépe P. (1993) Öntevékeny szervezetek szerepe az AIDS ellenes küzdelemben. *Egészségnevelés*, 4: 170-171.
6. Csépe P. (1992) Emlőrákos betegek életminőség-vizsgálatáról. *Lege Artis Med*, 7: 654-657.
7. McKie M, al-Bashir M, Anagnostopoulou M, Csépe P. (1993) Defining and assessing risky behaviors. *J of Adv Nurs*, 18: 1911-1916.
8. Simon T, Csépe P. (1991) Orvosok és egészségügyi dolgozók AIDS-szel kapcsolatos ismereteinek és attitűdjének változása 1988 és 1990 között. *Orv Hetil*, 22: 1193-1197.
9. Csépe P, Simon T. (1996) The importance of Quality of Life assessment after Cardiac Surgery. *Quality of Life Newsletter*, 14: 11.
10. Boján F, Csépe P. (1997) „Népegészségügyi Iskola” Világbanki Program. *Népegészségügy*, 78: 3-5.

11. Csépe P, Simon T. (1998) Az egészségügyi dolgozók ismeretei és attitűdje a HIV/AIDS kérdéssel kapcsolatban 1980 és 1996 között. *Magyar Venerol Arch*, 2: 25-27.
12. Gercsák M, Csukás M, Ruda M, Csépe P, Harsányi L. (2000) A "Szívre Egészséges Táplálkozás Magyarországon" projekt induló és ismétlődő helyzetfelmérésének összehasonlító epidemiológiai elemzése. *Népegészségügy*, 3: 22-33.
13. Csépe P, Lázár I. (2001) A munkahelyi egészségnevelés és egészségmegőrzés kérdései. *Egészségnevelés*, 42: 65-69.
14. Csépe P, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe TL, Mocsonoki L. (2002) HIV/AIDS kockázatos viselkedés budapesti homo- vagy biszexuális férfiaknál. *Magyar Venerol Arch*, 3: 145-155.
15. Csépe P, Forrai J, Solymossy J, Lökkös A. Egészségügyi programok három dunántúli megye roma közösségeiben. In: *Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség*. Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2007: 77-81.
16. Forrai J, Solymossy J, Csépe P. Közösségfejlesztő és egészségügyi ismeretfejlesztő reprodukciós program. In: *Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség*. Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2007: 84-88.
17. Nöstlinger C, Gordillo V, Borms R, Murphy C, Bogner J, Csépe P, Colebunders R. (2008) Differences in perceptions on sexual and reproductive health between service providers and people living with HIV: A qualitative elicitation study. *Psychol Health Med*, 13: 516-528.
18. Csépe P. Bevezetés a demográfiába. In: Tompa A. (szerk.), *Népegészségtani ismeretek*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 29-35.
19. Csépe P. Introduction to demography. In: Tompa A. (ed.), *Basic Principles of Public Health*. Semmelweis Publisher. Budapest. 2008: 21-27.

6.3. Előadások és poszterek

1. Csépe P, Tarján P, Simon T. (1988) Potential victims of victims of AIDS. 6th International Symposium on Victimology. Jeruzsálem, Izrael.
2. Csépe P. (1990) The role of community based organizations in health promotion. 2nd European Conference on Health Education. Varsó, Lengyelország.
3. Csépe P. (1994) AIDS knowledge and risk behaviours among different groups of prostitutes in Hungary. 9th World Congress on AIDS and STDs. Berlin, Németország.
4. Csépe P. (1994) Evaluation of HIV prevention programs. 1st Conference on AIDS. Budapest, Magyarország.
5. Csépe P, Bolváry K. (1994) Risk of AIDS among sex workers in Hungary. 10th International Conference on AIDS and STDs. Yokohama, Japán.
6. Csépe P. (1998) Evaluation of a peer-education drug prevention program. 12th International Conference on AIDS and STDs. Genf, Svájc.
7. Csépe P, Forrai J. (1998) Kortárs AIDS egészségnevelési programok evaluációja. NETT 6. nagygyűlése. Pécs, Magyarország.
8. Csépe P. (2002) HIV risk behavior among male sex workers in Budapest, Hungary. 13th International Conference on AIDS and STDs. Barcelona, Spanyolország.
9. Forrai J, Csépe P, Solymosy J. (2006) Health promotion clubs for elderly Roma people in three western counties in Hungary. 7th IUHPE Konferencia. Budapest, Magyarország.
10. Csépe P, Forrai J. (2006) Adatgyűjtési nehézségek a roma népességet illetően. SASTIPEN –Egyenlőség, egészség és roma közösség konferencia, Budapest, Magyarország.

11. Csépe P, Dombi Cs, Döbrössy L, Forrai J, Oláh Z. (2006) Screening for oral cancers and their risk factors in the Roma population. 11th Conference of EADPH. Prága, Csehország.
12. Csépe P, Antmann K, Oszlár J, Sima Á. (2006) Új lehetőség a dohányzás megelőzésében: mozgalom a dohányfüstmentes osztályokért. Primer Prevenció Fórum. Budapest, Magyarország.
13. Csépe P. (2008) Demográfia és szegénység. XIV. Primer Prevenció Fórum. Budapest, Magyarország.