

Assessment of the prevalence of obesity among the Gábor Roma population in comparison with the surrounding non-Roma population

Strengher Erika-Renáta¹, Toth-Pal Abel¹, Monica I. M. Szabó²

¹George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology of Targu Mures, Romania, ²George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology of Targu Mures, Department of Internal Medicine

Abstract • Obesity is a major global public health challenge, particularly affecting ethnic groups that have undergone rapid lifestyle transitions in recent decades, such as the Gabor Roma population in our region. The aim of this study was to assess the current prevalence of obesity in this population. In this cross-sectional study, Roma and non-Roma adults were randomly recruited from settlements in Mureș and Harghita counties. Data collected included participants' sex, age, height, body weight, birth weight, body weight at 14 years of age, physical activity, number of siblings, and personal and family medical history. Participants were categorized according to ethnicity, age group, body mass index (BMI), and sex. Independent-samples t-tests and chi-square (χ^2) tests were used for statistical analysis. A total of 453 adults were included, of whom 228 were Gabor Roma. No underweight individuals were identified among the Roma participants, whereas significant differences were observed across the remaining BMI categories (Gabor Roma vs. non-Roma: normal weight, 10.53% vs. 30.6%, $p < 0.001$; overweight, 23.6% vs. 35.6%, $p = 0.02$; obesity, 65.7% vs. 31.1%, $p < 0.001$). Participants younger than 25 years and those aged 25–40 years had comparable BMI values in the two populations, whereas Gabor Roma participants aged 40–55 years and those older than 55 years had significantly higher BMI values (35.9 vs. 27.3 kg/m², $p < 0.001$, and 33.2 vs. 29.3 kg/m², $p = 0.02$, respectively). A sedentary lifestyle was significantly more common among the Gabor Roma population (52.9% vs. 47.5%, $p = 0.02$). Our findings demonstrate a significantly higher prevalence of obesity among the Gabor Roma population than among the surrounding non-Roma population, although no significant difference was observed in the younger age groups.

Keywords • Gabor, Roma, obesity, BMI

DOI: 10.2478/orvtudert-2026-0010

Bulletin of Medical Sciences 2026, 99(2): 147–160

Introduction

Obesity is currently one of the most important public health challenges worldwide and is associated with increased morbidity and mortality [1]. It is estimated that approximately 2.8 million deaths each year are attribut-

able to overweight and obesity, while a substantial proportion of Disability-Adjusted Life Years (DALYs) lost is also related to this condition [2].

The prevalence of obesity is particularly high in Europe. According to the 2022 report of the World Health Organization (WHO), approximately 60% of European adults are overweight or obese. Since 1975, the prevalence of obesity has nearly tripled, largely driven by the increasing prevalence of sedentary lifestyles, unhealthy dietary habits, and alcohol consumption.

Numerous studies have demonstrated that an elevated body mass index (BMI) is closely associated with cardiovascular and metabolic diseases, including type 2 diabetes mellitus, hypertension, cerebrovascular disease, and

Corresponding author

Strengher Erika-Renáta

George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology of Targu Mures, Romania
6. Minerva street, Baia Mare, 430143
Maramureș, Romania
erikastrengher@yahoo.com

non-alcoholic fatty liver disease. Furthermore, obesity increases the risk of musculoskeletal disorders, malignancies, kidney disease, and several mental health disorders [3,4]. Excess adiposity also adversely affects hormonal balance and reproductive function. Lifestyle modification -including regular physical activity, a healthy diet, and optimal management of comorbidities- remains the cornerstone of obesity treatment; however, pharmacological therapy or bariatric surgery may become necessary when lifestyle interventions alone prove insufficient [5,6].

The occurrence of obesity is strongly associated with socioeconomic status. Individuals with lower socioeconomic status are more frequently exposed to risk factors such as the consumption of energy-dense, ultra-processed foods, unhealthy lifestyle habits, and limited health literacy [7]. Likewise, populations that have undergone rapid lifestyle and economic transitions often experience a marked increase in the prevalence of obesity and metabolic disorders. A classic example is the Pima Native American population in the United States [10], as well as several indigenous populations that have experienced similar metabolic changes. Comparable processes can also be observed in certain Roma communities in our region, including the Gabor Roma population. Previous studies have shown that the Roma population generally exhibits lower levels of physical activity, poorer educational attainment, lower employment rates, and more limited access to healthcare services and health-related information [3,8,9].

The Roma represent the largest ethnic minority in Europe, with an estimated population of 10-12 million people, approximately 6 million of whom live within the European Union. According to official statistics, Roma account for 3.29% of Romania's population, although the true proportion is likely to be higher. During recent decades, Roma communities have undergone profound social and economic changes: the traditional nomadic lifestyle has gradually been replaced by a settled way of life, and the economic status of certain groups has improved considerably. The North Indian origin of the Roma population, together with their distinctive genetic, cultural, and social characteristics, may contribute to their unique health profile and lifestyle [9,13].

According to published studies, smoking is more prevalent among the Roma population, while fruit and vegetable consumption is lower and the consumption of sugar-sweetened beverages is higher than in the general population. Several studies have also demonstrated

familial clustering of obesity within these communities [3,8].

Although numerous studies have investigated the health status and lifestyle of the Roma population, most have treated the Roma as a homogeneous group, overlooking the substantial cultural, social, and economic differences among individual subgroups. This may partly explain the discrepancies reported in the literature. Several Roma subgroups live in Romania, including the Gabor, Lovari, Kalderash, and Bayash communities [8,11,12].

The Gabor Roma predominantly live in Mureș and Harghita counties and are readily distinguished from other Roma groups by their unique cultural identity. They have preserved their centuries-old traditions, language, clothing customs, and social organization to the present day. Their community is characterized by early marriage, strong religious beliefs, and a traditional division of family roles. A substantial proportion of men are engaged in commercial activities, often working in other regions or abroad, whereas women are primarily responsible for household management and child-rearing [11]. The economic and social transformation of this community, together with its distinctive lifestyle, warrants a targeted assessment of its health status.

The aim of this study was to assess the prevalence of obesity among the Gabor Roma population living in Mureș and Harghita counties and to compare the findings with those obtained from the surrounding non-Roma population living in the same geographical region.

Materials and Methods

We conducted a cross-sectional study among adult Gabor Roma and non-Roma individuals living in Mureș and Harghita counties. Participants were recruited from several settlements, including villages where the Roma population accounts for approximately 5-15% of the inhabitants (Corund, Hagău, Acățari, Crăciunești, Corunca, and Ceuașu de Câmpie), as well as from multiple locations in Târgu Mureș. Because the Roma population is relatively difficult to reach, examinations were performed at community venues that were easily accessible to both Roma and non-Roma residents (churches, schools, commercial premises, etc.). For each Roma participant, one non-Roma control participant with a similar sex distribution was recruited from the same examination site.

The study was approved by the Ethics Committee of the George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science, and Technology of Târgu Mureş and was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

A total of 453 individuals participated in the study, including 228 Gabor Roma (181 from Mureş County and 47 from Corund, Harghita County) and 225 non-Roma controls. Inclusion criteria were an age between 18 and 85 years and the provision of written informed consent following a detailed explanation of the study objectives and procedures. Individuals younger than 18 years, pregnant or breastfeeding women, individuals with limb loss, participants who withdrew their consent during the study, and those for whom BMI could not be calculated because of missing height or weight measurements were excluded.

Participants completed an 11-item questionnaire covering demographic characteristics, birth weight, body weight at 14 years of age, physical activity, number of siblings, and personal and family medical history. Physical activity assessment included the average weekly duration of moderate-intensity physical activity during the preceding year and the average daily time spent sitting. Participants were classified as sedentary if they spent more than 6 hours per day sitting.

Height and body weight were measured during the anthropometric examination. Body weight was measured using an electronic scale (Rowenta Essential Bathroom Scale, China), and height was measured using a measuring tape (Stabila Messgeräte, Annweiler, Germany). Measurements were obtained with participants wearing light clothing and no shoes. Body mass index was calculated using the following formula: $\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \text{body weight (kg)} / [\text{height (m)}]^2$.

Ethnicity was determined by self-report. Participants were categorized according to ethnicity (Roma or non-Roma), sex (male or female), age group (18-34 years, 35-49 years, 50-65 years, and >65 years), and BMI category. Normal weight was defined as a BMI of 18.5-24.99 kg/m², underweight as a BMI <18.5 kg/m², overweight as a BMI of 25.0-29.99 kg/m², Class I obesity as a BMI of 30.0-34.99 kg/m², Class II obesity as a BMI of 35.0-39.99 kg/m², and Class III (severe) obesity as a BMI ≥40.0 kg/m².

Data were entered into a Microsoft Excel database and analysed using GraphPad Prism software. As the data were normally distributed, independent-samples t-tests

Table 1. Significant differences between the Gabor Roma and non-Roma populations

Variable	Gabor Roma	Non-Roma	p
Number (n)	228	225	
Male sex (%)	55.7	51.56	0.43
Age (years)	39.04±13.8	45.07±17.7	<0.001
BMI (kg/m ²)	32.81±6.61	27.43±5.05	<0.001
Height (m)	1.65±0.10	1.69±0.10	<0.001
Number of siblings	3.81±2.08	1.95±1.90	<0.001
Sedentary lifestyle (%)	52.9	47.5	0.02
Self-reported comorbidities (%)	30	37	0.005

and chi-square tests were used to assess differences between the study groups. Statistical significance was defined as $p < 0.05$.

Results

A total of 453 individuals participated in the study, including 228 Roma (127 men and 101 women) and 225 non-Roma participants (116 men and 109 women). The baseline demographic and anthropometric characteristics of the two groups are summarized in **Table 1**.

Within the Gabor Roma community, the participation of women in the anthropometric assessments was challenging, particularly in the presence of male examiners.

The differences in age, BMI, and height were statistically highly significant, reflecting the large sample size and the relatively low variability of these parameters. The mean age of the Roma participants was significantly lower than that of the non-Roma control group. Conversely, the mean BMI was significantly higher among the Roma participants, corresponding on average to Class I obesity. In addition, the mean height of the Gabor Roma participants was significantly lower than that of the non-Roma control group (1.65±0.10 vs. 1.69±0.10 m; $p < 0.001$) (**Figure 1**, **Table 1**).

Physical inactivity was also significantly more common among Roma participants (**Figure 2**). This finding may partly be explained by the fact that members of the investigated Gabor Roma community generally do not participate in recreational sports, and their occupations typically involve little physical exertion.

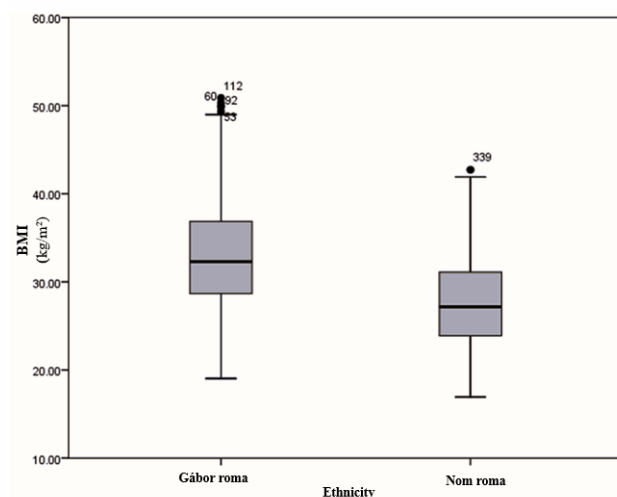


Figure 1. Mean BMI by ethnicity

Participants were classified into four BMI categories: underweight, normal weight, overweight, and obese (Figure 3). No underweight individuals were identified among the Roma participants, whereas 2.65% of the non-Roma participants fell into this category. The distribution of the remaining BMI categories also differed significantly between the two populations. The proportion of individuals with normal body weight was substantially lower among the Roma participants (10.53% vs. 30.6%; $p < 0.001$), whereas obesity was more than twice as prevalent (65.7% vs. 31.1%; $p < 0.001$). The prevalence of overweight also differed significantly between the two groups (23.6% vs. 35.6%; $p = 0.02$).

Age-stratified analysis (Figure 4) showed that participants younger than 25 years had mean BMI values within the overweight range in both populations, with no meaningful difference between the groups (Roma: 29.5 kg/m²

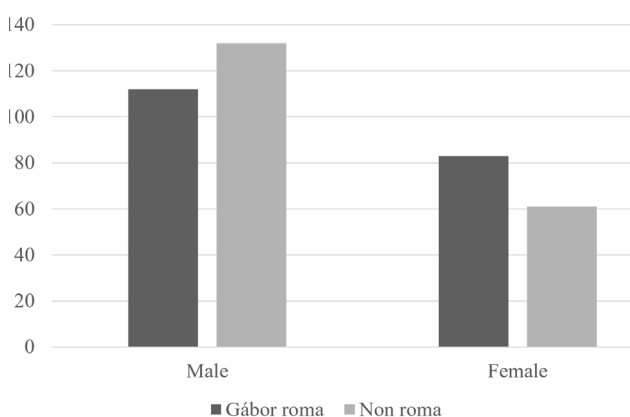


Figure 2. Physical inactivity by ethnicity and sex

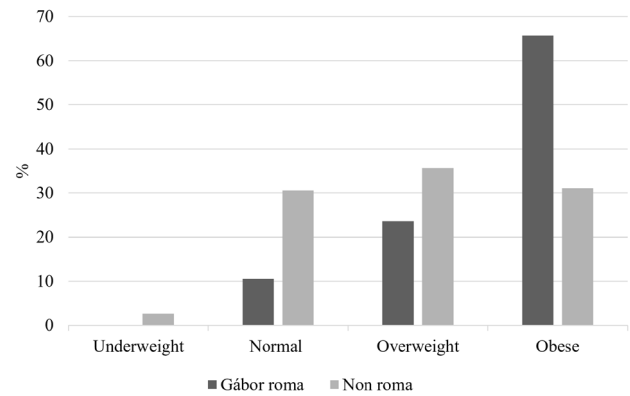


Figure 3. Distribution of participants by BMI category (weight groups)

vs. non-Roma: 30.6 kg/m²). Among participants aged 25–40 years, the mean BMI was higher in the Roma group; however, the difference did not reach statistical significance (31.5 vs. 29.8 kg/m²). In contrast, among individuals aged 40–55 years and those older than 55 years, the mean BMI of the Roma population was significantly higher than that of the non-Roma control group (35.9 vs. 27.3 kg/m², $p < 0.001$, and 33.2 vs. 29.3 kg/m², $p = 0.02$, respectively).

According to self-reported data, Roma participants reported known chronic diseases less frequently than members of the non-Roma control group (30% vs. 37%). This difference may partly reflect disparities in access to healthcare, health awareness, and health literacy; therefore, these findings should be interpreted with caution.

Subgroup analysis of the Gabor Roma population revealed that women had a significantly higher mean BMI than men (34.4±6.8 vs. 31.5±6.1 kg/m²; $p = 0.001$) (Figure 5). Geographical analysis further demonstrated

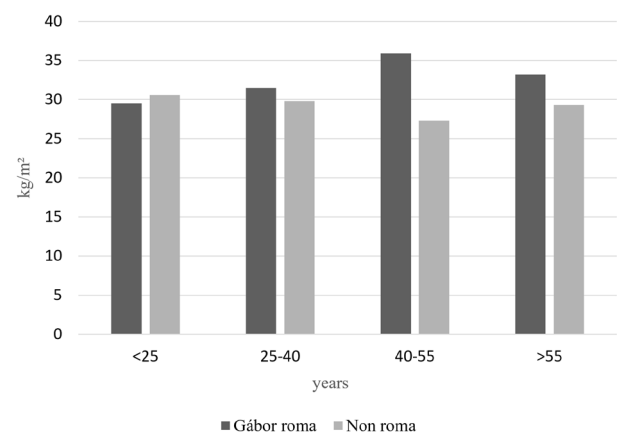


Figure 4. Mean BMI by age group and ethnicity

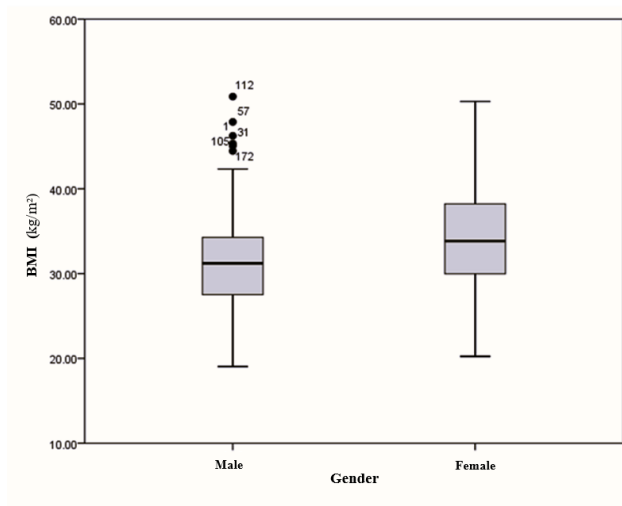


Figure 5. Mean BMI of the Gabor Roma population by sex

that Gabor Roma participants living in Mureş County had significantly higher BMI values than those living in Corund, Harghita County (33.33 ± 6.67 vs. 30.84 ± 5.89 kg/m²; $p=0.02$) (Figure 6).

Analysis of the association between BMI and age revealed a significant positive correlation among the Gabor Roma participants, indicating that BMI increased more markedly with advancing age in this population ($p<0.001$). In addition, the number of siblings was higher among Roma participants and showed a positive correlation with BMI.

Discussion

The dietary and lifestyle characteristics of the Gabor Roma population are marked by a relatively rapid transition toward energy-dense, high-sugar, high-fat, low-fibre, ultra-processed foods, accompanied by a marked decline in physical activity, all of which inevitably contribute to the increasing prevalence of obesity [7].

The mean height of the Gabor Roma participants was significantly lower than that of the non-Roma control group. This finding may reflect not only genetic factors but also early-life environmental influences, childhood nutritional status, and maternal factors such as early pregnancy and the health status of young mothers. The literature further suggests that obesity-related musculoskeletal and spinal deformities may have a modest effect on measured body height [14-16].

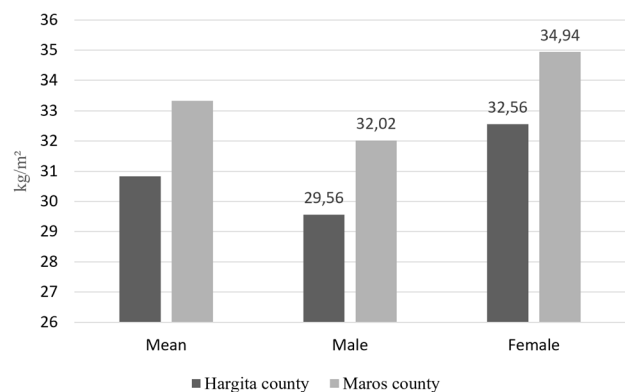


Figure 6. Mean BMI of the Gabor Roma population by county and sex

One of the most important findings of the present study is that the mean BMI of the Gabor Roma population was significantly higher than that of the non-Roma control group (32.81 ± 6.61 vs. 27.43 ± 5.05 kg/m²; $p<0.001$). Although body weight was measured while participants were wearing light street clothing, which may have introduced minor measurement error, the expected magnitude of this error is insufficient to explain the observed difference.

When the data were analysed by age group, participants younger than 25 years had mean BMI values within the overweight range in both populations, with no significant difference between the groups. Thus, the present study did not demonstrate a higher prevalence of obesity among young Roma adults compared with their non-Roma peers, possibly reflecting the widespread prevalence of sedentary lifestyles among younger generations. In contrast, the difference became pronounced after the age of 40 years. Among participants aged 40-55 years and those older than 55 years, BMI was significantly higher in the Roma population and increased more steeply with advancing age than in the non-Roma population, whose mean BMI remained below 30 kg/m² throughout.

Although the prevalence of overweight was higher among the non-Roma participants (35.6% vs. 23.6%; $p=0.02$), obesity was more than twice as common among the Roma participants (65.7% vs. 31.1%; $p<0.001$). These findings indicate that obesity represents a highly prevalent public health problem within the Gabor Roma community.

Our findings are consistent with previous studies reporting a higher prevalence of obesity among Roma populations [8,11,12]. However, relatively few studies

have specifically examined age-related changes in obesity among the Gabor Roma community; therefore, our results provide novel information in this area.

Subgroup analysis demonstrated that women had significantly higher BMI values than men (34.4 vs. 31.5 kg/m²; $p=0.001$). Several factors may contribute to this difference, including lower levels of physical activity, lifestyle patterns associated with traditional gender roles, and body image ideals within the community. Obesity among women of reproductive age is of particular concern because it is associated with an increased risk of pregnancy- and obstetric-related complications [18].

Based on self-reported data, Roma participants had significantly more siblings than members of the non-Roma control group (3.81 ± 2.08 vs. 1.95 ± 1.90 ; $p < 0.001$). Among female participants, a positive correlation was observed between the number of children and BMI. Because of the cross-sectional design, causal relationships cannot be established; however, previous studies have also reported an association between multiple pregnancies and subsequent weight gain.

Roma participants reported known chronic diseases less frequently than members of the non-Roma control group. This finding may partly be explained by their younger mean age, but limited access to healthcare, underdiagnosis of chronic diseases, and reduced awareness of existing health conditions may also have contributed. During personal interviews, several participants indicated that openly acknowledging illness may be viewed negatively within the community. These observations are consistent with previous reports addressing health awareness and access to healthcare among Roma populations [11].

Comparison of the Gabor Roma communities in Mureş and Harghita counties revealed significantly higher BMI values among participants from Mureş County (33.33 vs. 30.84 kg/m²; $p=0.02$). Environmental and lifestyle differences may partly explain this finding. Whereas all participants from Harghita County lived in rural settlements, a substantial proportion of those from Mureş County resided in urban or peri-urban areas, where access to energy-dense, processed foods may be greater. Because the present study did not include a detailed assessment of dietary habits, this association warrants further investigation.

Physical inactivity was significantly more prevalent among the Roma participants than among the non-Roma controls (52.9% vs. 47.5%; $p=0.002$). The occupational

structure and lifestyle of the Gabor Roma community may partly explain this observation. Many participants are engaged in commercial activities, whereas physically demanding agricultural or seasonal work is relatively uncommon. During winter, community and family activities may become more prominent, leading to a further reduction in physical activity [11,13]. Seasonal dietary habits may also contribute to the age-related increase in body weight observed in this population [17].

Overall, our findings indicate that obesity represents a major health concern within the Gabor Roma community. Given the well-established associations between obesity and metabolic, cardiovascular, oncological, musculoskeletal, gastrointestinal, gynaecological, and mental disorders, strengthening preventive measures and health education should be considered a public health priority. Such interventions should ideally begin early in life and emphasize healthy eating, regular physical activity, improved health awareness, and participation in preventive health screening programs [3,4,7].

The present study has several limitations. The limited accessibility of the Gabor Roma community posed considerable logistical challenges during participant recruitment. Cultural factors hindered the inclusion of women, resulting in an unequal sex distribution. Information regarding chronic diseases was based on self-report and may therefore have been influenced by underreporting or the absence of a formal medical diagnosis. Another limitation was that anthropometric measurements were not always performed under standardized clinical conditions but rather at community venues, which reduced participants' cultural comfort and willingness to participate, particularly among women. Some female participants declined height and weight measurements in the presence of male family members, affecting recruitment and the sex distribution of the study population. Nevertheless, this study included a substantial number of participants and is the first to provide detailed data on obesity patterns among the Gabor Roma population living in Mureş and Harghita counties.

Body weight measurements were also limited by the fact that they were not always obtained under standardized clinical conditions, in the fasting state, or during the morning hours. However, previous studies suggest that these factors have only a minimal influence on BMI estimation. In addition, several participants expressed cultural concerns regarding height measurements, further complicating data collection.

Conclusion

Our findings demonstrate that the prevalence of obesity is significantly higher among the Gabor Roma population than among the non-Roma population living in the same geographical region. This difference was particularly evident among individuals older than 40 years.

Physical inactivity was likewise more common within the Gabor Roma community.

Within the Roma subgroup, women had significantly higher BMI values than men. Furthermore, participants living in Mureş County exhibited higher BMI values than those living in Harghita County. These findings indicate that obesity represents a major public health concern in this community and highlight the need for targeted prevention and health education programs.

Future research should focus on the comprehensive assessment of metabolic syndrome components, cardiovascular risk factors, and lifestyle and sociocultural characteristics among the Gabor Roma population, with comparisons both to other Roma subgroups and to the surrounding non-Roma population.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

List of Abbreviations

- BMI - Body Mass Index
- DALY - Disability-Adjusted Life Year
- WHO - World Health Organization

References

1. Wang J, Huang Y, Feng N, Xu L, Du X, Chen M, Yang G, Li Y, Wang H, Zhong VW. Global disease burden attributable to high body mass index in young adults from 1990 to 2019, with projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(8).
2. Institutul Național de Sănătate Publică. Ancheta stării de sănătate a populației adulte din România [Internet]. București: INSP; 2024 [Accessed: 22 March 2025]. Retrived from: <https://insp.gov.ro/2024/08/05/ancheta-starii-de-sanatate-a-populatiei-adulte-din-romania/>
3. Enache G, Rusu E, Ilinca A, et al. Prevalence of overweight and obesity in a Roma population from Southern Romania - Călărași County. *Acta Endocrinol (Buchar)*. 2018;14(1):122-130.
4. Boutari C, Mantzoros CS. A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: as its twin COVID-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on. *Metabolism*. 2022;133:155217.
5. Rabijewski M. Male-specific consequences of obesity - functional hypogonadism and fertility disorders. *Endokrynol Pol*. 2023;74(5):480-489.
6. Zou Y, Pitchumoni CS. Obesity, obesities and gastrointestinal cancers. *Dis Mon*. 2023;69(12):101592.
7. Vandevijvere S, De Pauw R, Djojoseparto S, et al. Upstream determinants of overweight and obesity in Europe. *Curr Obes Rep*. 2023;12(4):417-428.
8. Andr  ka L, Csenteri O, Andr  ka P, Vaj  r P. Eg  szs  gi   llapot   s cardiovascularis kock  zat roma   s nem roma popul  ci  ban h  tr  nyos helyzet   telep  l  seken [Health status and cardiovascular risk of Roma and non-Roma population in underprivileged settlements]. *Orv Hetil*. 2023;164(20):792-799
9. Ravussin E, Valencia ME, Esparza J, Bennett PH, Schulz LO. Effects of a traditional lifestyle on obesity in Pima Indians. *Diabetes Care*. 1994;17(9):1067-1074.
10. Knowler WC, Pettitt DJ, Saad MF, Charles MA, Nelson RG, Howard BV, et al. Obesity in the Pima Indians: its magnitude and relationship with diabetes. *Am J Clin Nutr*. 1991;53(6 Suppl):1543S-1551S.
11. Varga B, Marton L, Bal  zs A, et al. Differences in literacy, education level, and healthcare attendance in two different Roma subgroups from Transylvania, Romania. *Acta Marisiensis - Seria Medica*. 2023;69(3):195-200.
12. Szabo MIM, M  t   B, Frigy A. Elh  z  ssal   sszef  gg   cs  kkent alv  smin  s  g   s nem megfelel   alv  sid  tartam k  t erd  lyi roma alcsoportban [Poor sleep quality and inadequate sleep duration related to obesity in two Roma subgroups in Transylvania]. *Orv Hetil*. 2019;160(32):1279-1283.
13. P  ter B. Intermediate trade, migration, and the politics of ethnicity: economic strategies among Romanian Gabor Roma. *Acta Ethnographica Hungarica*. 2014;59(1):43-67.
14. Singh NK, Singh NK, Verma R, Diwan AD. Validation and estimation of obesity-induced intervertebral disc degeneration through subject-specific finite element modelling of functional spinal units. *Bioengineering (Basel)*. 2024;11(4):344.
15. Miyairi Y, Nakashima H, Ito S, et al. Obesity is associated with asymptomatic vertebral fractures: a Yakumo Study. *J Clin Med*. 2024;13(7):2063.
16. Tam  si L, Miksi   , Kardos Z, Fl  ri  n   , Szekane  cz Z. Az elh  z  s mozg  sszervi vonatkoz  sai: egy r  gi t  ma   j megk  zel  t  sben [Musculoskeletal relevance of obesity: a new approach to an old topic]. *Orv Hetil*. 2019;160(44):1727-1734.
17. Abdul  n IM, Popescu G, Ma  taleru A, et al. Winter holidays and their impact on eating behavior: a systematic review. *Nutrients*. 2023;15(19):4201.
18. Langley-Evans SC, Pearce J, Ellis S. Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy as risk factors for adverse pregnancy outcomes: a narrative review. *J Hum Nutr Diet*. 2022;35(2):250-264.

A gábor roma populáción belüli elhízás gyakoriságának vizsgálata a környező nem roma populációhoz képest

Strenger Erika-Renáta¹, Toth-Pal Abel¹, Szabó Monica I. M.²

¹Marosvásárhelyi „George Emil Palade” Orvosi, Gyógyszerészeti, Tudomány- és Technológiai Egyetem, ²Marosvásárhelyi „George Emil Palade” Orvosi, Gyógyszerészeti, Tudomány- és Technológiai Egyetem, Belgyógyászati Tanszék

Összefoglaló • Az obesitas világszerte népbetegségnek számít, különösen az utóbbi évtizedekben gyors életmódváltáson átesett etnikumokat érinti, amilyen térségünkben a gábor roma populáció. Célunk volt e populációban az obesitas prevalenciáját feltérképezni a jelenben. Módszer. Keresztmetszeti tanulmányunkba random vontunk be roma, illetve nem roma egyéneket Maros és Hargita megyei településeken. Figyelembe vettük a résztvevők nemét, életkorát, magasságát, testtömegét, testtömegét születéskor, illetve 14 éves korban, fizikai aktivitását, testvérek számát és személyes, illetve családi kórtörténetüket. A bevont populációt csoportosítottuk etnikai hovatartozás, korcsoport, testtömegindex (TTI) csoport és nem szerint. Független t-tesztet és χ^2 -tesztet használtunk a paraméterek elemzésében. Eredmények. Kutatásunkba 453 felnőttet vontunk be, akik közül 228 gábor roma volt. A roma populációban nem volt senki sovány, a többi TTI-kategóriában szignifikáns volt az eltérés (gábor vs. nem roma: normál 10,53% vs. 30,6%, $p<0,001$; túlsúlyos 23,6% vs. 35,6%, $p=0,02$; elhízott 65,7% vs. 31,1%, $p<0,001$). A 25 év alattiak és 25–40 év közöttiek mindkét populációban egyformán túlsúlyosnak bizonyultak, a 40–55 éves és az 55 év feletti gábor romák TTI-je szignifikánsan magasabb volt (35,9 vs. 27,3 kg/m², $p<0,001$, illetve 33,2 vs. 29,3 kg/m², $p=0,02$). A szedentarizmus szignifikánsan gyakoribb volt a gábor roma populációban (52,9% vs. 27,5%, $p=0,02$). Következtetés. Kutatásunk eredménye igazolja, hogy a gábor roma lakosság elhízottabb, habár a fiatalok között nincs szignifikáns különbség.

Kulcsszavak • gábor, roma, obesitas, TTI

DOI: 10.2478/orvtudert-2026-0010

Orvostudományi Értesítő 2026, 99(2): 147–160

Bevezetés

Az elhízás napjaink egyik legjelentősebb népegészségügyi problémája, amely világszerte fokozott morbiditással és mortalitással társul [1]. Becslések szerint évente mintegy 2,8 millió haláleset hozható összefüggésbe a túlsúllyal és az elhízással, miközben a rokkantsággal korrigált életevek (Disability-Adjusted Life Years, DALY) csökkenésének jelentős hányada szintén e kórállapot következménye [2].

Európában az elhízás prevalenciája különösen magas. Az Egészségügyi Világszervezet (EVSz) 2022-es jelentése szerint a kontinens felnőtt lakosságának mintegy 60%-a túlsúlyos vagy elhízott. Az elhízás gyakorisága 1975 óta közel háromszorosára emelkedett, amiben meghatározó szerepet játszik a mozgásszegény életmód, az egészségtelen táplálkozás és az alkoholfogyasztás elterjedése.

Számos vizsgálat igazolta, hogy a magas testtömegindex (TTI) szoros összefüggést mutat a cardiovascularis

és metabolikus betegségekkel, így a 2-es típusú diabetes mellitusszal, a hypertóniával, a cerebrovasculáris eseményekkel és a nem alkoholos zsírmájbetegséggel. Emellett az elhízás növeli a mozgásszervi, daganatos és vesebetegségek, valamint egyes mentális zavarok kialakulásának kockázatát [3,4]. Az adipositas a hormonális egyensúlyra és a reprodukív funkciókra is kedvezőtlen hatást gyakorol. Az elhízás kezelésének első lépését az életmód-terápia – a rendszeres fizikai aktivitás, az egészséges étrend és a társbetegségek optimális kezelése – képezi, azonban elégtelen eredmény esetén gyógyszeres vagy bariátriai sebészeti beavatkozás válhat szükségessé [5,6].

Az elhízás előfordulása szoros kapcsolatban áll a társadalmi-gazdasági helyzettel. Az alacsonyabb szocioökonómiai státuszú csoportok gyakrabban vannak kitéve olyan kockázati tényezőknek, amilyen az energiadús, ultrafeldolgozott élelmiszerek fogyasztása, a kedvezőtlen életmódbeli szokások és az egészségügyi ismeretek hiánya

[7]. Ugyanakkor azokban a populációkban, amelyek rövid idő alatt jelentős életmódbeli és gazdasági változásokon mentek keresztül, az elhízás és az anyagcsere-betegségek prevalenciája gyors növekedést mutat. Erre klasszikus példát szolgáltat az Amerikai Egyesült Államokban élő pima indiánok populációja [10], illetve különböző bennszülött törzsek anyagcsere-állapota. Régiókban hasonló folyamatok figyelhetők meg egyes roma közösségekben, köztük a gábor roma populációban is. Korábbi vizsgálatok szerint a roma népesség körében alacsonyabb a fizikai aktivitás szintje, kedvezőtlenebb az iskolázottsági és foglalkoztatottsági helyzet, valamint korlátozottabb az egészségügyi ellátáshoz és az egészségügyi információkhoz való hozzáférés [3,8,9].

A roma etnikum Európa legnagyobb létszámú kisebbsége, becsült népessége 10–12 millió fő, amelyből hozzávetőlegesen 6 millióan az Európai Unió tagállamaiban élnek. Romániában a hivatalos adatok szerint a lakosság 3,29%-át alkotják, azonban a tényleges arány ennél magasabb lehet. A roma közösség az elmúlt évtizedekben jelentős társadalmi és gazdasági változásokon ment keresztül: a hagyományos vándorló életmódot fokozatosan felváltotta a letelepedett életforma, és egyes csoportok gazdasági helyzete is számottevően javult. A roma népesség észak-indiai eredete, valamint sajátos genetikai, kulturális és társadalmi jellemzői hozzájárulhatnak egészségi állapotuk és életmódjuk sajátosságaihoz [9,13].

A szakirodalmi adatok szerint a roma populációban gyakoribb a dohányzás, alacsonyabb a zöldség- és gyümölcsfogyasztás, ugyanakkor magasabb a cukrozott üdítőitalok fogyasztásának aránya az átlagpopulációhoz viszonyítva. Több vizsgálat az elhízás családi halmozódását is kimutatta e közösségekben [3,8].

Bár számos tanulmány foglalkozott a roma népesség egészségi állapotával és életmódjával, a legtöbb kutatás homogén csoportként kezeli a romákat, figyelmen kívül hagyva az egyes alcsoportok közötti jelentős kulturális, társadalmi és gazdasági különbségeket. Ez részben magyarázatot adhat az egyes vizsgálatok eredményei közötti eltérésekre. Romániában több roma alcsoport él, közülük tartoznak a gábor, a lovári, a kalderás, a beás stb. roma közösségek [8,11,12].

A gábor romák elsősorban Maros és Hargita megyében élnek, és sajátos kulturális identitásuk révén jól elkülöníthetők más roma csoportoktól. Több évszázados hagyományaikat, nyelvüket, öltözködési szokásaikat és társadalmi szerveződésüket napjainkig megőrizték. Közösségükre jellemző a korai házasságkötés, az erős

vallásosság, valamint a családon belüli hagyományos szerepmegosztás. A férfiak jelentős része kereskedelmi tevékenységet folytat, gyakran más régiókban vagy külföldön, míg a nők elsősorban a háztartás vezetéséért és a gyermeknevelésért felelősek [11]. A közösség gazdasági és társadalmi átalakulása, valamint sajátos életmódja indokoltá teszi egészségi állapotuk célzott vizsgálatát.

Vizsgálatunk célja az elhízás gyakoriságának felmérése volt a Maros és Hargita megyében élő gábor roma populációban, valamint az eredmények összehasonlítása a velük azonos földrajzi környezetben élő nem roma népesség adataival.

Anyag és módszer

Keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk Maros és Hargita megyében élő gábor roma, valamint nem roma felnőtt egyének körében. A résztvevők toborzása különböző településeken történt, köztük olyan falvakban, ahol a roma lakosság aránya megközelítőleg 5–15% (Korond, Hagymásbodon, Ákosfalva, Nyárádkarácsony, Koronka és Mezőcsávás), valamint Marosvásárhely több helyszínén. A roma populáció nehezebb elérhetősége miatt a vizsgálatokat olyan közösségi helyszíneken végeztük, amelyek mind a roma, mind a nem roma lakosság számára könnyen hozzáférhetők voltak (templomok, iskolák, kereskedelmi egységek stb.). Az adatgyűjtés során minden roma résztvevőhöz azonos számú, ugyanazon a helyszínen vizsgált, hasonló nem szerinti eloszlású, nem roma kontrollszemélyt vontunk be.

A vizsgálatot a Marosvásárhelyi „G. E. Paladé” Orvosi, Gyógyszerészeti, Tudomány- és Technológiai Egyetem Etikai bizottsága engedélyezte, a vizsgálat megfelelt a Helsinki Nyilatkozat előírásainak.

A vizsgálatban összesen 453 személy vett részt, közülük 228 gábor roma (181 Maros megyei és 47 Hargita megyei, korondi lakos), míg 225 személy a nem roma kontrollcsoportot alkotta. A beválasztási kritériumok közé tartozott a 18 és 85 év közötti életkor, valamint az írásos beleegyező nyilatkozat aláírása, a vizsgálat céljáról és menetéről történő részletes tájékoztatást követően. Kizártuk a 18 év alatti személyeket, a várandós vagy szoptató nőket, a végtaghiánnyal élő egyéneket, valamint azokat a résztvevőket, akik a vizsgálat során visszavonták beleegyezésüket, vagy akiknél a testtömeg- vagy testmárgasságmérés hiánya miatt a testtömegindex (TTI) nem volt meghatározható.

1. táblázat. Gábor roma és nem roma közti szignifikáns különbségek

Változók	Gábor roma	Nem roma	p
Szám (n)	228	225	
Nem (férfi %)	55,7	51,56	0,43
Életkor (év)	39,04±13,8	45,07±17,7	0,000
TTI (kg/m ²)	32,81±6,61	27,43±5,05	0,000
Magasság (m)	1,65±0,1	1,69±0,1	0,000
Testvérek száma (n)	3,81±2,08	1,95±1,9	0,000
Szedentarizmus (%)	52,9	47,5	0,02
Bevallott társuló betegségek (%)	30	37	0,005

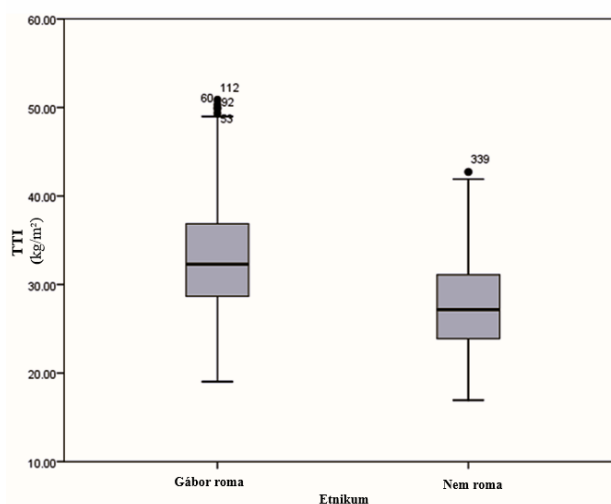
A résztvevők egy 11 kérdésből álló kérdőívet töltöttek ki, amely a demográfiai adatokra, a születési és a 14 éves kori testtömegre, a fizikai aktivitásra, a testvérek számára, valamint a személyes és családi anamnézisére vonatkozott. A fizikai aktivitás értékelése során rögzítettük, hogy a résztvevők az elmúlt egy évben, átlagosan hetente mennyi közepes intenzitású testmozgást végeztek, illetve mennyi időt töltöttek ülve. Szedentárisnak tekintettük az egyént, ha naponta több mint 6 órát folytatott ülő tevékenységet.

Az antropometriai vizsgálatok során meghatároztuk a testmagasságot és a testtömeget. A testtömeg mérésére elektronikus mérleget (Rowenta Essential Bathroom Scale, Kína), a testmagasság mérésére mérőszalagot (Stabila Messgeräte, Annweiler, Németország) használtunk. A mérések során a résztvevők cipő nélkül, könnyű öltözetben álltak a mérlegre. Az összegyűjtött adatok alapján kiszámítottuk a testtömegindexet a következő képlet szerint: $TTI (kg/m^2) = \text{testtömeg (kg)} / [\text{testmagasság (m)}]^2$.

Az etnikai hovatartozást minden esetben önbevallás alapján határoztuk meg.

A résztvevőket etnikai hovatartozás (roma, nem roma), nem (férfi, nő), életkorcsoportok (18–34 év, 35–49 év, 50–65 év, illetve >65 év), valamint testtömegindex-kategóriák szerint csoportosítottuk. A normális testtömeget 18,5–24,99 kg/m² közötti TTI esetén definiáltuk, míg a 18,5 kg/m² alatti értéket soványságnak tekintettük. A 25,0–29,99 kg/m² közötti TTI-t túlsúlyként, a 30,0–34,99 kg/m² közötti értéket I. fokú, a 35,0–39,99 kg/m² közötti értéket II. fokú, míg a $\geq 40,0$ kg/m² testtömegindexet III. fokú (súlyos) elhízásként definiáltuk.

Az adatokat Microsoft Excel-adatbázisban rögzítettük, majd a statisztikai elemzéseket GraphPad Prism szoftverrel végeztük. Az adatok normáloszlást mutattak, ezért a csoportok közötti különbségek vizsgálatára független

**1. ábra.** Átlag-TTI etnikumok szerint

mintás t-próbát, illetve khi-négyzet-próbát alkalmaztunk. A statisztikai szignifikancia határát $p < 0,05$ értékben határoztuk meg.

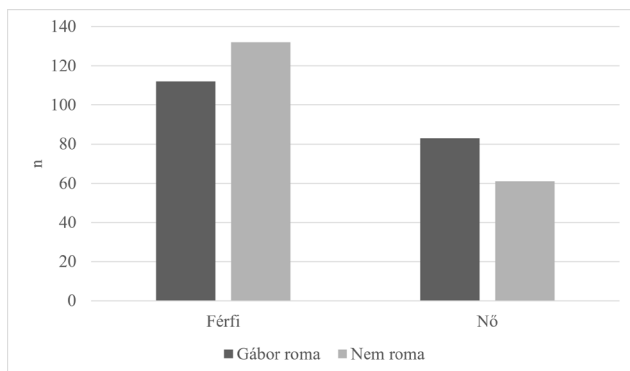
Eredmények

A vizsgálatban összesen 453 személy vett részt, közülük 228 roma (127 férfi és 101 nő), valamint 225 nem roma (116 férfi és 109 nő). A két csoport alapvető demográfiai és antropometriai jellemzőit az **1. táblázat** foglalja össze.

A gábor roma közösségben a nők részvétele az antropometriai vizsgálatokban problémásnak bizonyult, különösen férfi vizsgálók jelenlétében.

Az életkor, a TTI és magasság közötti különbségek a nagy létszám és a kis szórás miatt nagyon szignifikánsak. A roma résztvevők átlagéletkora szignifikánsan alacsonyabb volt a nem roma kontrollcsoportéhoz viszonyítva. Ugyanakkor a testtömegindex átlagértéke szignifikánsan magasabbnak bizonyult a roma populációban, és átlagosan is már az I. fokú elhízás kategóriájába esett. Vizsgálatunk során a gábor roma résztvevők átlagos testmagassága szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult a nem roma kontrollcsoportéhoz viszonyítva ($1,65 \pm 0,10$ vs. $1,69 \pm 0,10$ m; $p < 0,001$) (**1. ábra**). (**1. táblázat**)

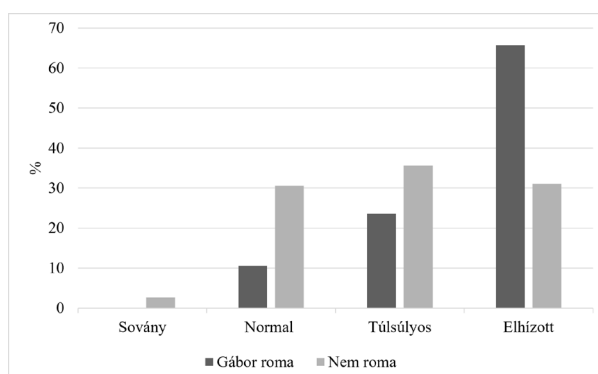
A fizikai inaktivitás előfordulása szintén szignifikánsan gyakoribb volt a roma résztvevők körében (**2. ábra**). A megfigyelt különbség hátterében feltehetőleg szerepet játszik az is, hogy a vizsgált gábor roma populáció tagjai nem sportolnak, és foglalkozásaik általában nem járnak jelentős fizikai megterheléssel.



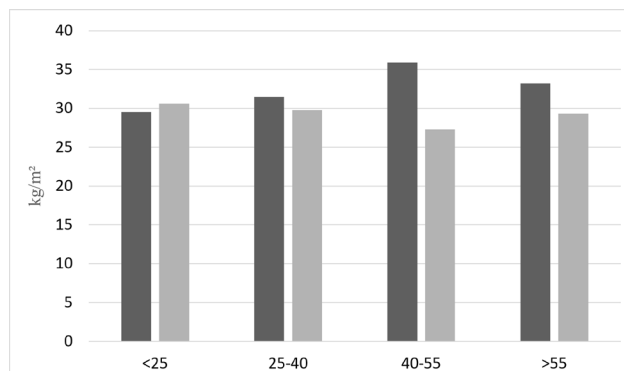
2. ábra. Fizikai inaktivitás etnikai csoportok és nemek szerint

A résztvevőket testtömegindexük alapján négy kategóriába soroltuk: sovány, normál testtömegű, túlsúlyos és elhízott csoport (3. ábra). A roma populációban nem fordult elő sovány egyén, míg a nem roma csoportban a résztvevők 2,65%-a ebbe a kategóriába tartozott. A többi testtömeg-kategória megoszlása is szignifikáns különbséget mutatott a két populáció között. A normál testtömegűek aránya lényegesen alacsonyabb volt a roma csoportban (10,53% vs. 30,6%; $p < 0,001$), míg az elhízás előfordulása több mint kétszer olyan gyakori volt körükben (65,7% vs. 31,1%; $p < 0,001$). A túlsúlyos egyének aránya szintén különbözött a két csoport között (23,6% vs. 35,6%; $p = 0,02$).

Az életkori csoportok szerinti elemzés során (4. ábra) megfigyeltük, hogy a 25 év alatti résztvevők mindkét populációban a túlsúlyos kategóriába tartoztak, és a testtömegindex átlagértékei között nem volt számottevő különbség (roma: $29,5 \text{ kg/m}^2$ vs. nem roma: $30,6 \text{ kg/m}^2$). A 25–40 éves korcsoportban a roma résztvevők átlagos testtömegindexe magasabb volt, azonban a különbség



3. ábra. TTI súlycsoportokra osztva

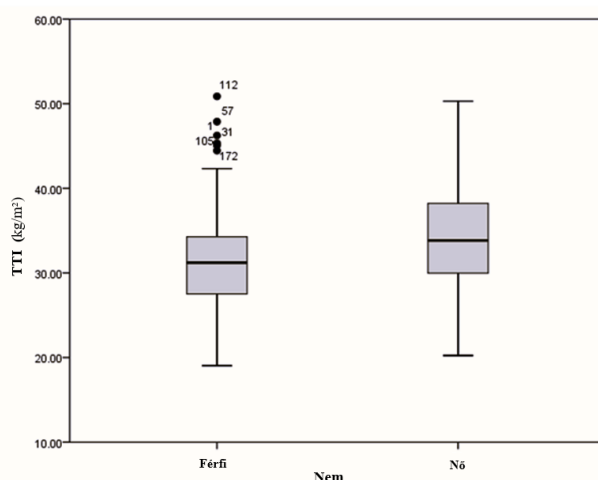


4. ábra. TTI korcsoportokra és etnikumra lebontva

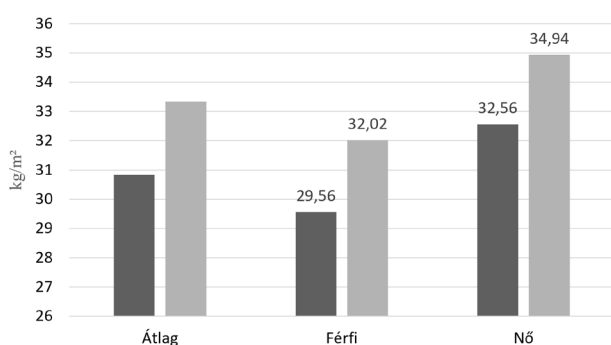
nem érte el a statisztikai szignifikancia szintjét ($31,5$ vs. $29,8 \text{ kg/m}^2$). Ezzel szemben a 40–55 éves, illetve az 55 év feletti korcsoportokban a roma populáció testtömegindexe szignifikánsan meghaladta a nem roma kontrollcsoport értékeit ($35,9$ vs. $27,3 \text{ kg/m}^2$; $p < 0,001$, illetve $33,2$ vs. $29,3 \text{ kg/m}^2$; $p = 0,02$).

Az önbevalláson alapuló adatok szerint a roma résztvevők kisebb arányban számoltak be ismert krónikus betegségekről, mint a nem roma kontrollcsoport tagjai (30% vs. 37%). Ez a különbség részben magyarázható az egészségügyi ellátáshoz való eltérő hozzáféréssel, az egészségtudatosság és egészségértés különbségeivel, ezért az eredmény értelmezése körültekintést igényel.

A gábor roma populáció alcsoport-elemzése során azt találtuk, hogy a nők átlagos testtömegindexe szignifikánsan magasabb volt a férfiakénál ($34,4 \pm 6,8$ vs. $31,5 \pm 6,1 \text{ kg/m}^2$; $p = 0,001$) (5. ábra). Földrajzi bontásban vizsgálva a Maros megyében élő gábor romák szignifikánsan elhízot-



5. ábra. A romák TTI-je nem szerint



6. ábra. A romák TTI-je megye és nem szerint

tabbak a Hargita megyei (korondi) résztvevőkhöz képest ($33,33 \pm 6,67$ vs. $30,84 \pm 5,89$ kg/m²; $p=0,02$) (6. ábra).

A testtömegindex és az életkor közötti kapcsolat elemzése során a gábor roma populációban szignifikáns pozitív összefüggést találtunk, amely arra utal, hogy az életkor előrehaladtával a testtömegindex növekedése meredekebb volt ebben a csoportban ($p<0,001$). A roma résztvevők körében a testvérek száma szintén magasabbnak bizonyult, és pozitív korrelációt mutatott a testtömegindexszel.

Megbeszélés

A gábor roma populáció táplálkozási és életmódbeli sajátosságaira jellemző a viszonylag rövid idő alatt történő átállás az energiadús, magas cukor- és zsírtartalmú, rostszegény, ultrafeldolgozott élelmiszerekre, illetve a fizikai mozgás drámai csökkenése, mindez értelemszerűen vezet az obesitas prevalenciájának növekedéséhez [7].

A gábor roma résztvevők átlagos testmagassága szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult a nem roma kontrollcsoporthoz viszonyítva; ennek hátterében a genetikai tényezők mellett szerepet játszhatnak korai életkori környezeti hatások, a gyermekkori táplálkozási viszonyok, valamint anyai tényezők, mint a korai terhesség, a fiatal anya egészségi állapota stb. A szakirodalom arra is rámutat, hogy az elhízással összefüggő mozgásszervi és gerincdeformitások kisebb mértékben befolyásolhatják a mért testmagasságot [14,15,16].

A vizsgálat egyik legfontosabb eredménye, hogy a gábor roma populáció átlagos testtömegindexe szignifikánsan magasabb volt, mint a nem roma kontrollcsoporté ($32,81 \pm 6,61$ vs. $27,43 \pm 5,05$ kg/m²; $p<0,001$). Bár a testtömegmérés során a résztvevők könnyű utcai

ruházatot viseltek, amely kisebb mérési pontatlanságot eredményezhetett, ennek várható mértéke nem elegendő a megfigyelt különbség magyarázatára.

Korcsoportonként elemezve az adatokat azt találtuk, hogy a 25 év alatti résztvevők mindkét populációban a túlsúlyos kategóriába tartoztak, és a két csoport között nem mutatkozott szignifikáns különbség. A jelen vizsgálat tehát nem igazolta, hogy a fiatal roma felnőttek elhízottabbak lennének nem roma kortársaiknál, valószínűleg a gyermekkori szedentarizmus általános elterjedése miatt. Ezzel szemben a különbség 40 éves kor felett vált kifejezetté. A 40–55 éves, valamint az 55 év feletti korcsoportokban a roma résztvevők testtömegindexe szignifikánsan magasabb volt, és az életkor előrehaladtával meredekebb növekedést mutatott, mint a nem roma populációban, ahol az átlagos testtömegindex mindvégig 30 kg/m² alatt maradt.

A túlsúlyos kategóriában a nem roma résztvevők aránya volt magasabb (35,6% vs. 23,6%; $p=0,02$), ugyanakkor az elhízás előfordulása a roma populációban több mint kétszerese volt a kontrollcsoportban észlelt értéknek (65,7% vs. 31,1%; $p<0,001$). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a gábor roma közösségben az elhízás kiemelkedően gyakori népegészségügyi problémát jelent.

Eredményeink összhangban állnak a korábbi vizsgálatok megállapításaival, amelyek a roma populációban az elhízás magasabb prevalenciájáról számoltak be [8,11,12]. Ugyanakkor a szakirodalomban korlátozott számban található olyan adatok, amelyek az elhízás életkor szerinti alakulását vizsgálnák a gábor roma közösségben, ezért eredményeink ezen a téren új információval szolgálhatnak.

A gábor roma populáció alcsoport-elemzése során azt találtuk, hogy a nők testtömegindexe szignifikánsan magasabb volt a férfiakénál (34,4 vs. 31,5 kg/m²; $p=0,001$). Ennek hátterében több tényező állhat, többek között az alacsonyabb fizikai aktivitás, a hagyományos nemi szerepekből fakadó életmódbeli különbségek, valamint a közösségben jelen lévő testalkati ideálok. Az elhízás reprodukív korú nők esetében különös jelentőséggel bír, mivel összefüggésbe hozható a terhességi és szülészeti szövődmények fokozott kockázatával [18].

A roma résztvevők által megadott adatok alapján a családonkénti gyermekszám szignifikánsan magasabb volt, mint a kontrollcsoportban ($3,81 \pm 2,08$ vs. $1,95 \pm 1,90$; $p<0,001$). A női résztvevők körében a gyermekszám és a testtömegindex között pozitív korrelációt találtunk. Ennek értelmezésekor figyelembe kell venni, hogy a

keresztmetszeti vizsgálati terv nem teszi lehetővé ok-okozati összefüggések megállapítását, ugyanakkor a többszöri terhesség és a későbbi testsúlynövekedés közötti kapcsolatot korábbi tanulmányok is leírták.

A roma résztvevők kisebb arányban számoltak be ismert krónikus betegségekről, mint a nem roma kontrollcsoport tagjai. Ez részben magyarázható az alacsonyabb átlagéletkorral, ugyanakkor szerepet játszhat az egészségügyi ellátáshoz való korlátozottabb hozzáférés, a betegségek aluldiagnosztizáltsága, valamint az egészségi állapottal kapcsolatos információk hiányos ismerete is. A személyes interjúk során több résztvevő utalt arra, hogy a betegségek nyílt felvállalása közösségi szinten kedvezőtlen megítélés alá eshet. Megfigyelésünk összhangban van a roma népesség egészségtudatosságával és egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel foglalkozó korábbi közlemények eredményeivel [11].

A Maros és Hargita megyei gábor roma közösségek összehasonlítása során a Maros megyei résztvevők körében magasabb átlagos testtömegindexet észleltünk (33,33 vs. 30,84 kg/m²; p=0,02). Ennek hátterében környezeti és életmódbeli különbségek állhatnak. Míg a Hargita megyei résztvevők kizárólag vidéki településekről származtak, addig a Maros megyei csoport jelentős része városi vagy városkörnyéki környezetben élt, ahol az energiadús, feldolgozott élelmiszerekhez való hozzáférés könnyebb lehet. Mivel a jelen vizsgálat nem tért ki részletes táplálkozási szokások felmérésére, ez az összefüggés további kutatásokat igényel.

Vizsgálatunkban a fizikai inaktivitás szignifikánsan gyakoribb volt a roma populációban, mint a kontrollcsoportban (52,9% vs. 47,5%; p=0,002). A gábor roma közösség foglalkozási szerkezete és életmódja részben magyarázhatja ezt a jelenséget. A résztvevők jelentős része kereskedelmi tevékenységet folytat, míg a nagyobb fizikai megterheléssel járó mezőgazdasági vagy szezonális munkák ritkábbak. A téli időszakban a közösségi és családi tevékenységek hangsúlyosabbá válhatnak, ami a fizikai aktivitás további csökkenésével járhat [11,13]. Nem zárható ki az sem, hogy a szezonális táplálkozási szokások hozzájárulnak az életkor előrehaladtával megfigyelt testsúlynövekedéshez [17].

Eredményeink alapján elmondható, hogy a gábor roma közösségben az elhízás jelentős egészségügyi kockázatot képvisel. Tekintettel az elhízás és a metabolikus, cardiovascularis, daganatos, mozgásszervi, emésztőrendszeri, nőgyógyászati és mentális betegségek közötti ismert összefüggésekre, kiemelt jelentőségű lenne a prevenció és

az egészségnevelés erősítése. A beavatkozásoknak már fiatal korban célszerű megkezdődniük, hangsúlyt fektetve az egészséges táplálkozásra, a rendszeres fizikai aktivitásra, az egészségtudatosság növelésére és a szűrővizsgálatokon való részvétel elősegítésére [3,4,7].

Vizsgálatunknak több korlátja is volt. A gábor roma közösség nehéz elérhetősége miatt a mintavétel jelentős szervezési kihívásokkal járt. A női résztvevők bevonását kulturális tényezők nehezítették, ami a nemek arányának egyenlőtlenségéhez vezetett. A krónikus betegségekre vonatkozó adatok önbevalláson alapultak, így azok pontosságát befolyásolhatta az aluljelentés vagy az egészségügyi diagnózisok hiánya. További korlátozó tényezőt jelentett, hogy az antropometriai mérések nem minden esetben standardizált klinikai körülmények között, hanem közösségi helyszíneken történtek; ez a résztvevők – különösen a nők – kulturális és szociális komfortérzetét lényegesen rontotta. A női résztvevők egy része a testtömeg- és testmagasság-mérést férfi családtagok jelenlétében nem vállalta, ami befolyásolta a mintavétel folyamatát és a nemek közötti arányokat. Ennek ellenére a vizsgálat jelentős számú résztvevőt vont be, és elsőként nyújt részletes adatokat a Maros és Hargita megyében élő gábor roma populáció elhízottsági viszonyairól.

A testtömeg meghatározását az is korlátozta, hogy a mérések nem standardizált klinikai körülmények között, nem éhgyomorra, illetve nem minden esetben a reggeli órákban történtek. Ugyanakkor a szakirodalmi adatok alapján ezek a tényezők a testtömegindex meghatározását várhatóan csak csekély mértékben befolyásolják. A testmagasság mérésével kapcsolatban több résztvevő kulturális fenntartásokat fogalmazott meg, ami szintén nehezítette az adatgyűjtést.

Következtetés

Vizsgálatunk alapján a gábor roma populációban az elhízás prevalenciája szignifikánsan magasabb, mint az ugyanazon földrajzi régióban élő nem roma népesség körében. Ez különösen a 40 év feletti populációra volt igaz.

Ezzel párhuzamosan a fizikai inaktivitás előfordulása is gyakoribbnak bizonyult a gábor roma közösségben.

A roma alcsoporton belül a nők testtömegindexe szignifikánsan magasabb volt a férfiakénál, továbbá a Maros megyében élő résztvevők körében magasabb értékeket találtunk, mint a Hargita megyei gábor romák esetében.

Eredményeink arra utalnak, hogy a vizsgált közösségben az elhízás jelentős népegészségügyi problémát jelent, amely célzott prevenció és egészségnevelési programok kidolgozását teszi indokolttá.

A jövőbeni kutatások fontos irányát jelentheti a metabolikus szindróma komponenseinek, a cardiovascularis kockázati tényezőknek, valamint az életmódbeli és szociokulturális sajátosságoknak a komplex vizsgálata a gábor roma populációban, más roma alcsoportokkal és a nem roma népességgel összehasonlítva.

Érdekeltségek

A szerzőknek nincsenek érdekeltiségeik.

Rövidítések jegyzéke

- TTI – testtömegindex
- DALY – Disability-Adjusted Life Year (rokkantsággal korrigált életév)
- EVSz – Egészségügyi Világszervezet

Irodalom

(Lásd az angol nyelvű cikk végén.)