

SEMMELWEIS EGYETEM
DOKTORI ISKOLA

Ph.D. értekezések

2948.

MÓZES NOÉMI

Társadalom és egészség

című program

Programvezető: Dr. Vingender István, habilitált főiskolai tanár

Témavezető: Dr. Feith Helga Judit, habilitált főiskolai tanár

-Élet többszörös hátránnyal-
Összehasonlító tanulmány a Kárpát-medencei
magyar ajkú roma és nem roma nők
életkörülményeiről, egészségi állapotáról és
szexuális rizikómagatartásáról

Doktori értekezés

Mózes Noémi

Semmelweis Egyetem

Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Feith Helga Judit Ph.D. habilitált főiskolai tanár

Hivatalos bírálók:

Karamánné Dr. Pakai Annamária Ph.D. habilitált egyetemi docens

Dr. Susánszky Anna Ph.D. egyetemi adjunktus

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Füzesi Zsuzsanna Ph.D. egyetemi tanár

Tagok: Dr. Pétervári Erika Ph.D. habilitált egyetemi docens

Dr. Kocsis Béla Ph.D. egyetemi adjunktus

Budapest

2023.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	5
2. Tudományelméleti bevezetés és szakirodalmi háttér	7
2.1. Kit nevezhetünk romának/cigánynak?	7
2.2. Roma vagy cigány? Melyik elnevezés helyes?.....	8
2.3. A romák rövid története	9
2.3.1. A magyarországi romák története a középkortól napjainkig	9
2.3.2. A romániai magyar ajkú romák története Trianontól napjainkig	16
2.3.3. A szlovákiai magyar ajkú romák története Trianontól napjainkig	21
2.4. Roma nők szerepei	24
2.4.1. Tradicionális szerepek.....	24
2.4.2. Tradicionális szerepek változása	30
2.4.3. Kiugrási kísérletek.....	31
2.4.4. Amikor a múlt és a jelen összemosódik	33
2.4.5. Az integráció útján egy fényesebb jövő felé	34
2.5. A romák lakáskörülményei	36
2.5.1 Magyarország	37
2.5.2. Románia	38
2.5.3. Szlovákia	40
2.6. A romák és az egészségügy (orvos-beteg kapcsolat, egészségüghöz való hozzáférés, betegségfelfogás, szűrések)	41
2.6.1. Méhnyakrákszűrés.....	45
2.6.2. Magyarország	46
2.6.3. Románia	49
2.6.4. Szlovákia	50
2.7. A romák és a családtervezés, nők reprodukív egészsége.....	51
2.7.1. A reprodukív életet befolyásoló tényezők.....	51
2.7.2. A női test ismerete.....	52
2.7.3. Szexuális élet, nemi úton terjedő betegségek, erkölcsösség	53
2.7.4. Családtervezés – fogamzásgátlás – abortusz.....	54
2.7.5. Terhesség – szülés – egészségügy.....	56
2.7.6. Magyarország	57
2.7.7. Románia	60

2.7.8. Szlovákia	62
3. Célkitűzések, módszerek	65
3.1. Kutatás célja.....	65
3.2. A kutatás hipotézisei a vizsgálati mintára vonatkoztatva	66
3.3. A minta bemutatása	66
3.4. Kérdőív	68
3.5. Az adatok elemzése	69
4. Eredmények.....	70
4.1. A roma és nem roma nők szociodemográfiai jellemzői.....	70
4.2. A roma és nem roma nők életkörülményei	71
4.2.1. Személyi higiénia és betegségek roma és nem roma nők körében	73
4.2.2. Az életkörülmények, a szociodemográfiai jellemzők és a betegségek gyakorisága közötti kapcsolat a roma és nem roma nők körében országonként.....	74
4.2.3. Az életkörülmények és a betegségek előfordulásának kapcsolata	76
4.2.4. A szocioökonómiai, a pénzügyi helyzet, az életkor, valamint az iskolai végzettség összefüggésének vizsgálata a szubjektív egészségi állapottal.....	78
4.3. A romák és az egészségügy	80
4.3.1. A romák kapcsolata az egészségüggyel	80
4.3.2. A roma és nem roma nők egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétele	80
4.3.3. Az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételt befolyásoló tényezők a roma és nem roma nők körében	84
4.3.4. A roma és nem roma nők egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételének előrejelzői országonként.....	88
4.4. Női egészség	89
4.4.1. A nőgyógyászati szűrővizsgálathoz és a HPV elleni védőoltáshoz kapcsolódó egészségmagatartás	89
4.4.2. A nőgyógyászati szűrővizsgálatokon való részvételt befolyásoló tényezők, valamint a szubjektív egészségi állapot összefüggései	91
4.4.3. A gyermekszám és a terhességek számának összefüggései a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való megjelenéssel.....	94
4.5. A hagyományok jelentősége a roma nők életében.....	95
4.6 Szexuális egészség	96
5. Megbeszélés	102
5.1. Életkörülmények.....	103
5.2. A romák és az egészségügy	106

5.2.1. A romák kapcsolata az egészségügyi dolgozókkal	106
5.2.3. Egészségbiztosítás és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés.....	106
5.2.4. Krónikus betegség(ek) és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés	107
5.2.5. Információk az egészségügyi szűrésekről	108
5.3. Női egészség	109
5.4. Szexuális élet és egészség	112
5.5. A kutatás erősségei és korlátai	113
5.6. Hipotézisek	114
6. Következtetések, javaslatok.....	119
6.1. Életkörülmények.....	119
6.2. Romák és az egészségügy	120
6.3. Női egészség	123
6.4. Szexuális egészség	124
6.5. Összefoglaló gondolatok.....	125
7. Összefoglalás	127
Summary.....	128
8. Irodalomjegyzék	129
9. Publikációk jegyzéke	148
10. Köszönetnyilvánítás	150
11. Mellékletek	151

Rövidítések jegyzéke

AIDS= (Acquired Immune Deficiency Syndrome) szerzett immunhiányos tünetegyüttes;

BMI = (body mass index) testtömeg index;

COVID–19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019;

ELEF= Európai lakossági egészségfelmérés;

EU = (European Union) Európai Unió;

FRA= (European Union Agency for Fundamental Rights) Európai Unió Alapjogi Ügynöksége;

GLOBOCAN = (Global Cancer Observatory) a rákos megbetegedések globális statisztikáját

tartalmazó adatbázis;

HIV= (Human Immunodeficiency Virus) az emberi immunrendszert gyengítő vírus

HPV = humán papillomavírus;

KSH = Központi Statisztikai Hivatal;

STD= (Sexually Transmitted Disease) szexuális úton terjedő betegség;

SZE= szexuális egészségtudatosság;

WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet-

1. Bevezetés

A roma nőket kisebbségen belüli kisebbségként is definiálhatjuk, mert amellet, hogy roma származásuk okán deprivált körülmények között élnek és olykor hátrányos megkülönböztetéssel néznek szembe, női mivoltuk miatt sajnos sok esetben saját etnikai csoportjukon belül sem tekintik őket férfiakkal egyenrangú partnerként.

Kedvezőtlen helyzetük leginkább az erősen hagyományőrző közösségekben, családokban nyilvánul meg, mivel korán házasodnak és alapítanak családot, ezért nem tanulnak tovább (Faust 2015, Tesfay 2006). Képzettség nélkül pedig nehezen tudnak érvényesülni a munkaerőpiacon. Az iskolai végzettség alacsony szintje miatt nem tudnak jól fizető állást találni, így teljes mértékben a férjüktől és a családjuktól függenek. Általában fő bevételi forrásuk az állam által nyújtott szociális segély vagy a gyermeknevelési támogatás, ami nem elég a rezsire, az étkezésre és a mindennapi életre (Czibere és Molnár 2016). Emellett a nők sok időt töltenek otthon, így ők azok, akik a legtöbbet szenvednek az egészségre káros, olykor komfort nélküli lakókörnyezetben, beleértve olyan problémákat, mint a közműhiányosságok miatti alacsony hőmérsékletű lakás, vagy a nem megfelelő fűtés miatt keletkezett nagyobb mennyiségű füst belégzése. A házakban a fürdőszoba, a mellékhelyiség hiánya vagy az olyan alapvető háztartási eszközök elmaradása, mint a mosógép vagy a tűzhely extra terhet ró a nőkre. (Ekmekçi 2016, European Communities 2005, European Union Agency for Fundamental Rights 2016).

A hagyományok megtartása fontos a roma nők többségének. Emiatt anyák és lányaik között nincs megfelelő információátadás a menstruációval, a szexuális élettel, a fogamzásgátlással, a terhességgel és a szüléssel kapcsolatban, így legtöbb esetben a fiatal lányok ismeretei nem elégségesek. Ezért nem tudják, hogyan kerüljék el vagy előzzék meg a szexuális úton terjedő betegségeket (Sexually Transmitted Diseases; továbbiakban: STD), vagy a terhességet, de tudás hiányában nem is gondolják, hogy a szexuális élet korai elkezdése veszélyt jelenthet rájuk nézve (Kelly et al. 2004). A roma nők a nem romákhoz képest három évvel fiatalabbak az első gyermekük születésekor. Számos szakirodalomban olvashatjuk, hogy a roma újszülöttek súlya kisebb, mint a nem romáké, olyan társadalmi tényezők miatt, mint az anya iskolázatlansága és a nem megfelelő életkörülmények. Emellett a magzati fejlődést befolyásolja az anya testtömeg indexe (body mass index; továbbiakban: BMI), a gyakori dohányzás, valamint a

gyümölcsök, zöldségek és tejtermékek hiányos bevitele is (Balázs et al. 2014, Šegregur et al. 2017, Diabelková et al. 2018, Colombini et al. 2012).

A cigány nők reprodukzív egészségét nem kizárólag a saját életvitelük határozza meg, hanem az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés is, valamint a háziorvosokkal és a szakorvosokkal való konzultáció lehetősége. Emellett az egészségügyi szakemberek sem biztos, hogy rendelkeznek megfelelő ismeretekkel a cigány hagyományokról és életvitelről, emiatt nem tudnak hatékonyan kommunikálni a kisebbség tagjaival (Logar et al. 2015). Az előítéletesség is megjelenhet velük szemben, mivel a rossz egészségi állapotuk kialakulása és fennmaradása hátterében az önpusztító viselkedést feltételezik (Marek et al. 2020). Az is előfordul, hogy a nők betegségeik ellenére nem keresik fel az orvosokat az ellátás magas költsége miatt, vagy mert az orvosi rendelő túl messze van a lakóhelyüktől, illetve nincs személyi igazolványuk vagy államilag finanszírozott egészségbiztosításuk. Ebben az esetben kölcsönkérnek egy másik személy hivatalos okmányát, hogy bejussanak az egészségügyi ellátásba. A roma nőkre jellemző, hogy figyelmen kívül hagyják a betegséget, és akkor keresik fel az orvost, amikor már súlyos, előrehaladott állapot alakul ki (Coea and Čvorović 2017).

A fentebb felsorolt tények rávilágítanak arra, hogy különösen fontos a nőkre összpontosítanunk, mivel a célcsoportunk többszörösen hátrányos helyzetű. Egyrészt a roma származásuk miatt, másrészt, mert külhoni magyar anyanyelvű romák, harmadrészt pedig, mert nőként sokkal kiszolgáltatottabbak. Emiatt tartottuk lényegesnek, hogy minél több, e kisebbséghez tartozó nőt megszólítsunk, hiszen a kutatóknak rendkívül nehéz elérni ezt a réteget. Viszont ahhoz, hogy megértsük a roma nők családban betöltött szerepét fontos, hogy megismerkedjünk e kisebbség történetével és tradíciójával, hiszen a múltat ismerve sok esetben választ kaphatunk a jelen kérdéseire, ami hozzásegíthet minket a romák jobb megértéséhez.

2. Tudományelméleti bevezetés és szakirodalmi háttér

2.1. Kit nevezhetünk romának/cigánynak¹?

Kutatásunk során a legelső kardinális kérdés, amit feltettünk, hogyan azonosíthatjuk be a vizsgálatban részt vevő roma lakosokat. Tudjuk, hogy a szenzitív kérdések közé tartozik a nemzetiségi hovatartozásba sorolás, illetve az is, hogy kit nevezhetünk romának vagy éppen cigánynak. Ezért első és legfontosabb lépés e kérdés tisztázása.

Természetesen ma már nem lehet a külső antropológiai jegyek, viselkedés vagy éppen anyagi helyzet alapján romának nevezni valakit, de a történelem során nem mindig volt így.

Először 1893-ban a Magyar Királyi Központi Statisztikai Hivatal végezte el a romák összeírását, amely során a roma származás megítélését a külső alapján döntötték el. Tehát az összeírás az antropológiai jegyek alapján történt, vagy éppen a jellegzetes vezetéknév miatt tartottak valakit roma származásúnak (Dupcsik 2015).

Kemény István 1971-es, 1993-as és a 2003-as kutatása során azokat a személyeket tekintette romának, akiket a külső környezet annak tartott. Mivel a cigányok lakóhelyéről nincs nyilvántartás, ezért a vizsgálati helyszínen élő pedagógusok, tanácson dolgozó szakemberek, körzeti orvosok, és védőnők segítettek a roma lakosokat beazonosítani (Kemény et al. 2004). A külső környezetre bízni a definiálást is igen kérdéses, hiszen mi alapján dönt az egyén? Bőrszín? Nyelvhasználat? Kultúra? Életmód? Ebben az esetben szubjektív a megítélés.

A másik megközelítés a szociális alapon történő besorolás, ami az életkörülményekre összpontosít, szociális jegyek alapján kategorizál és csoportokat alakít ki. Szuhay Péter könyvében olvashatjuk, hogy a szegénység nem csak deprivált állapotot jelent, de olyan körülményt is, ami generációkra öröklődik. Nyilvánvaló, hogy a romák nagy része alacsony életszínvonalon él, ám mégsem lehet azt mondani, hogy aki szegény sorsú az csakis roma származású lehet, és fordítva, aki roma származású, mind nélkülözne (Szuhay 1999 11-13.). E szociális alapon történő besorolás szerint vizsgálta Solt Ágnes a szegregátumok lakóit. Nem tett különbséget a roma származás alapján (Solt 2009). Ha e megközelítést használjuk, akkor nem kifejezetten romákra összpontosítunk, hanem egy társadalmi problémát vizsgálunk.

¹ A disszertációban a két megnevezést szinonimaként használjuk.

Az önbevalláson alapuló meghatározás a leginkább elfogadott.

Az Európai Unióról szóló szerződés 2. cikke kimondja, hogy a kisebbségekhez tartozó személyek jogait tiszteletben kell tartani a tagállamokban (EUSZ - 12006M Az Európai Unióról szóló Szerződés). Ezzel összhangban a nemzetiségek jogairól szóló 2011. évi CLXXIX. törvény kimondja, hogy hazánkban roma nemzetiséghez tartozik az a személy, aki magyarországi lakóhellyel rendelkezik és magát e kisebbséghez tartozónak tekinti. Tehát az tekinthető romának, aki annak vallja magát, nem pedig azt, akit a környezete annak tart, vagy életkörülményei miatt szegény jövedelmi kategóriába sorol (2011. évi CLXXIX. törvény a nemzetiségek jogairól). Természetesen az önbevalláson alapuló megközelítés is lehet olykor megbízhatatlan, hisz a társadalmi előítéletek intenzitásának függvényében változhat. Az egyén tarthat attól, hogy a roma/cigány lét vállalása, maga a szó pejoratív jelzőként való alkalmazása és a hozzákapcsolt negatív sztereotípiák miatt valamilyen hátrányos megkülönböztetésben részesül (Tompos 2013).

2.2. Roma vagy cigány? Melyik elnevezés helyes?

A kommunikáció során gyakran nehézségekbe ütközünk, hogy mikor, melyik elnevezést használjuk a különféle csoportokban, hiszen nem akarunk senkit sem megsérteni, hogy nem a megfelelő kifejezést használjuk. A cigány elnevezés hazánkban mind a három csoport által elfogadott, ám ebben sincs teljes egyetértés, mivel az oláh, a beás és a romungró csoportok egymástól megkülönböztetik magukat. A többféle cigány közösség igen heterogén, az anyanyelvük sem azonos. Az oláh cigány nyelvben a „rom” oláh cigány férfit jelent, a „roma” ennek a többes száma. Szigorú értelemben kizárólag a romani nyelvet beszélőket nevezhetjük romának. Így, ha közéleti szintén a romákat említik, akkor nem beszélnek a beásokról, akik magukat cigánynak tartják, és a romungrókról sem, akik szintén cigánynak vallják magukat. E két csoport körében sértés számba is mehet, ha őket romának nevezik. Természetesen tiszteletben tartva az oláh cigányok igényét a roma névre, az sem helytelen, ha a cigány megnevezést használjuk, hiszen ez alatt a hazánkban élő valamennyi csoportra gondolunk. Azonban a roma, mint politikailag korrektnek ítélt megnevezés hazánkban is elterjedtté vált. Az első roma világkongresszust 1971-ben Londonban tartották meg. Ekkor a jelenlévők úgy határoztak, hogy a különféle pejoratívnak ítélt cigány, Gypsy, Zigeuner megnevezés helyett magukat egységesen a romának nevezik. A vélemény elég megosztó a

terminusokat illetően, mert nem mindenki fogadja el a roma kifejezés egyedüli használatát, illetve nem tartja a cigány és roma szót egymás szinonimájának sem, ezért a szakirodalomban gyakran a korrektség jegyében a roma/cigány kettős megjelölés használják (Cserti 2015, Bíró 2006).

2.3. A romák rövid története

2.3.1. A magyarországi romák története a középkortól napjainkig²

A romák történetét azért nehéz kutatni, mert vándor népcsoportként éltek, így nem rendelkeznek írott történelemmel. A jelenleg meglévő tudásunk e népcsoport vándorlásának követéséből fakad, ami a többségi társadalom visszatükröződése.

A női szerepek változásának leírása különösen nehéz, mert a történelmi feljegyzések többnyire a lakosság egészéről adnak képet, vagy a férfiakról és mesterségükről olvashatunk, a nők és a gyerekek háttérbe szorulnak. Jelen dolgozatunkban ezt a hiányt pótolva a nőkre koncentrálna végeztük a kutatásunkat, hogy jobban megértsük a roma nők társadalmi szerepét, a hagyományokhoz és az egészségügyhöz fűződő viszonyát Magyarországon, Romániában és Szlovákiában.

A cigányok a 14-15. században érkeztek Magyarországra Észak-India felől, Balkáni területen át, a törökök elől menekülve. A 14. századtól a 20. századig folyamatos népvándorlás figyelhető meg a Balkánról, ezen belül a Román Fejedelemségből és Erdélyből. Több hullámban érkeztek hazánkba, elsősorban piackövetés okán, mivel mindig arra mentek, ahol nagyobb igény volt a munkájukra. Másodsorban háborús események, politikai döntések, esetleg éhínségek, járványok miatt. Érkezésükkor Zsigmond király vallási meggyőződése miatt letelepedési engedéllyel és útlevéllel látta el őket, mivel jó katolikusként segíteni akart a zarándoklatra ítélt embereken. Zsigmond és Mátyás királytól a Rákóczi szabadságharc végéig a folyamatos háborúknak köszönhetően a cigányoknak mindig akadt munka úgy, mint a fémművesség, a fegyvergyártás és -karbantartás, a lókereskedelem, a postaszolgálat, sőt az építkezéseknél is dolgoztak. Emellett a városok és a vajdák is profitáltak mindebből, mivel adót fizettek nekik. Néhány roma csoport a 17. és 18. században telepedett le.

² Jelen fejezet a Mózes N, Klesch L, Feith HJ. (2022) Minority within the minority: roma women trapped by origin and gender. Kaleidoscope, 25: 197-215. közlemény alapján készült.

Részben asszimilálódtak, ennek ellenére az elhullott állatok összegyűjtésének és feldolgozásnak a szokása megmaradt. A dögevést a törvénnyel is tiltották, mert a romák olyan jól hasznosították az elhullott állati részeket, különösen a bőrt, hogy a tímárok védelme érdekében betiltották. A törökök kiűzése után azonban a legalantasabb munkákra kényszerültek, így a szabadon élő, jó szakemberek képét néhány évtizeden belül felváltotta a negatív kép, miszerint a romák magukat csak lopással fenntartani tudó vándorok (Kállai 2009, Tóth 2006, Hortis 2009).

A 18. században az összeírások a férfiakra irányultak, emiatt kevés információval rendelkezünk a nőkről. Ebben az időben csak néhány fennmaradt peres ügyiratból tájékozódhatunk a roma nőket illetően. Ezekben az iratokban házasságtöréssel vádolták őket. A vád szépséghibája abból adódott, hogy a nem roma társadalom nem ismerte kellőképpen a roma szokásokat, miszerint a roma párok ebben a korszakban egyáltalán nem érezték azt, hogy kapcsolatukat az egyháznak szentesítenie kell, minthogy napjainkban sem feltétlenül kötnek házasságot jogszerűen anyakönyvvezető jelenlétében. Ahogyan a régi időkben, úgy manapság is megfelel a roma közösség általi deklaráció. A roma nőket szinte sosem vádolták gyermekük elhagyásával, mivel a családokban a kohézió igen erős volt. A büntetőperekből viszont egy igen érdekes vád is kirajzolódik, miszerint a nők jóslással terelik el az áldozatok figyelmét, s ezalatt kifosztják őket. Ebben az időben a varázslásra igény volt, így a roma nők fontos szolgáltatásaként tekintettek rá. Vagy a jósnőt keresték fel valamilyen problémával, hogy megoldást találjon rá, vagy maguk a jósnők házaltak, és szolgáltatásaikat ajánlották, hisz általában mindenkinek volt valamilyen gondja, amire megoldást keresett. A roma nőket igen kivételesnek találták, hiszen a többségi kultúrától nagymértékben eltértek, ezért varázserőt és természetfeletti képességeket tulajdonítottak nekik. A roma nők szívesen azonosultak a varázsló szereppel. A munkájukat megkönnyítve ehhez még igen jó pszichológiai és magas szintű empátikus készséggel is rendelkeztek. így e szolgáltatás nyújtása jó pénzkereseti lehetőségnek számított. Egyúttal saját érdekeiket is érvényesíteni tudták, hiszen aki kíváncsi volt a jövőjére, az busásan megfizette őket. A hatóság a munkájukat megtévesztésnek gondolta, ezért szigorúan tiltotta, hiszen a peres ügyiratokban olvasható, hogy a roma nők munkájukból adódóan könnyen bejutottak a paraszti otthonokba, így összegyűjthették a számukra szükséges tárgyakat is (Tóth 2005, Vasvári 1993).

A 18. század végén a Habsburg uralkodók igyekeztek a romák életét szabályozni. Az intézkedések fő oka az volt, hogy a vándorló életmódjuk miatt nem tudták nyilvántartásba venni és adóztatni őket, ezért igen szélsőséges intézkedésekkel próbálták szétzúzni a roma közösségeket, abból a célból, hogy ők is termelő, paraszti életformát folytassanak. Mária Terézia a rendeleteivel a kisebbséget a magyar társadalom aktív részévé kívánta tenni, ennek érdekében felvetette őket a céhekbe dolgozni és letelepedés céljából telket adott nekik, a vándorlók kunyhóit leromboltatta. További radikális utasításaival kényszerítette őket, hogy öltözködésben is alkalmazkodjanak, a cigány népvételt eltörölte és besorozhatták katonának őket. A királynő terve az volt, hogy a törökkel való háború miatt elhunyt vagy elmenekült lakosságot, illetve a mezőgazdaságból hiányzó munkásokat is a romákkal pótolassa. Nem vette azonban figyelembe, hogy a romák nomád életmódjuk miatt nem értettek és soha nem is foglalkoztak állattenyésztéssel és növénytermesztéssel. Ennek ellenére kiemelte a roma gyerekeket a családi körből, mondván, ha paraszti családokban nőnek fel, ahol papok tanítják őket, akkor szocializálódnak és részt vesznek a magyar mezőgazdaság újjáépítésében. Sajnos ez a lépés csak konfliktust szült. A roma családokban nagyon erős az összetartás, a nők különösen ragaszkodnak gyermekeikhez, olyannyira, hogy akkoriban az abortusz elképzelhetetlen volt számukra, ezért gyermekeiket inkább elsöktették a paraszti családoktól. E szigorú rendeletek hatására a cigányok 90%-a letelepedett az országban, de a tankötelezettség ellenére a gyerekeknek csak a 30%-a járt iskolába, a felnőttek 90%-a írástudatlan maradt. II. József, Mária Terézia fia folytatta a szigorú szabályozást és betiltatta a cigány nyelv használatát. A drasztikus szabályozások és erőfeszítések ellenére a roma közösségeket nem sikerült teljesen felosztatni. A szétszéledt csoportok újból megerősödtek és összeálltak (Tóth 2008, Kemény 2000, Mezei 1998).

A 19. századra viszont a romák többsége letelepedett. Lakóhelyükön mindig olyan szakmát választottak, amik a lakosság igényeit elégítették ki. Zenéltek, kovácsoltak vagy éppen kosarat fontak, teknőt készítettek. A század közepén nagy bevándorlási hullám indult meg Románia felől, aminek a hatására először írták össze a roma lakosság számát. 1893 januárjában 274 940 fő cigányt számoltak össze, de kimaradt az összeírásból Budapest, ahol a becslések szerint még valószínűleg 500 fő élhetett. Ekkor a roma lakosság 89,2%-a élt teljesen, 7,5%-a részben letelepedve, 3,3%-a még mindig vándor életmódot folytatott. A vizsgálatból fény derült a 15 év feletti roma férfi és női

foglalkozásokra, ami igen különös eredményt mutatott. A teljes cigány népesség alig 10,4%-a minősült háztartásbelinek (csak nők). A női lakosság nagy része tehát dolgozott az összeírás idején. A nők leggyakoribb foglalkozásai közé tartozott a tapasztó és sármunka, a vályogvetés, a madzagkészítés, a meszelőkötés, a fonás és szövés, a fakanálcsinálás, és a kosárfonás. Körükben közel 20-szor annyi női szegkovácsot regisztráltak, mint férfit. Érdekességként, az összeírás során 55 fő „kéjné” -ként került a foglalkozással rendelkezők között felsorolásra. Az írástudatlakok aránya továbbra is rendkívül magas, 93,7% volt (Dupcsik 2015).

A század végére két cigány kép élt a többségi társadalom tudatában. Az, aki igyekezett beilleszkedni, dolgozik, gyermekét taníttatja és tiszteli a törvényt. A másik típus, pedig aki autonómiáját igyekszik megőrizni és elzárkózik a formalizált polgári élettől, kedveli a szabadságot és nem tiszteli a törvényt. A 20. századra sajnos a negatív megközelítés maradt fenn a köztudatban.

A cigányság a 20. század elejére Magyarországon három részre tagozódott. Volt a középkorban érkező kárpáti cigány csoport, akik már asszimilálódtak, nyelvüket nem beszélték, kultúrájukat nem őrzik, őket nevezzük romungrónak, ők magukat is megkülönböztetik a cigányság többi részétől. Hazánkban ők élnek a legnagyobb arányban (70%) a roma kisebbségen belül. A másik csoport a 19. század második felében érkezett Romániából, ők beszélik a cigány anyanyelvüket, és érkezésük iránya miatt „oláh cigányoknak” nevezik őket. Hazánkban a roma lakosság 20%-a vallja magát oláh cigánynak. A harmadik csoport - a beások - a 20. század éljen érkeztek hazánkba Erdély, Havasalföld területéről és a Dél-Dunántúlon telepedtek le. Foglalkozásuk a famegmunkálás volt, továbbá az archaikus román nyelv egyik változatát beszélik. A köztudatban teknővájó cigányoknak is nevezik őket, mivel erdőben élve teknőt, fakanalat és más használati eszközöket készítettek. Ma megközelítőleg a 8-9%-át teszik ki a roma populációnak az országban (Kemény 2000, Várnagy 2023).

A századfordulón a nomád életmód még mindig a konfliktusok fő forrását jelentette. Az akkori intézkedések mind arra irányultak, hogy véget vessenek e deviánsnak ítélt életvitelnek. A dualizmus időszakában a gazdaság rohamos növekedésnek indult, ami következtében a hagyományos cigány mesterségek iránt egyre kevesebb kereslet volt, ezek kezdtek eltűnni. A romák valamennyire alkalmazkodtak a változó környezethez, de sajnos a két világháború közötti időszakban már nem tudták felvenni a versenyt a

technológiai fejlődéssel. Rohamosan növekedett a munkanélküliség, amit a Trianon utáni bevándorlás tetézett (Bíró 2006).

A német megszállást követően felerősödött a cigányellenesség, ami a közigazgatásban is megmutatkozott, hiszen a romákat érintő központi döntések hatására a csendőrség megkezdte a cigányok összegyűjtését és kényszermunkatáborokba deportálását. A koncentrációs táborokban kegyetlenül bántak az emberekkel. Sok nőt szexuálisan bántalmaztak és sterilizálták őket a felszabadulás reményében vagy akaratuk ellenére. Aztán 1944. március 19-e után a „cigányprobléma megoldása” népiirtásba torkollott. A második világháború idején több százezer cigány került börtönbe és lelte halálát a koncentrációs táborokban. E Harmadik birodalom általi romák ellen elkövetett etnikai tisztogatást a romák „porajmos”-nak nevezik. A szó eredeti jelentése elpusztítás. (Dupcsik 2003, Szita 2002).

1945 után a demokratizálódási folyamatok elkezdődtek a romák esetében is. A romák helyzetét egy megoldásra váró problémának tartották, mivel az 50-es években is e kisebbség tagjainak jelentős többsége még mindig falvak vagy városok periferiáján nyomornegyedekben élt. Megélhetési forrásuk általában az építőiparból származott, de nagy volt a munkanélküliség, különösen a nők körében. A cigánytelepeken preventív módon az Egészségügyi Minisztérium utasítására kényszerfürdetéseket hajtottak végre erőszakkal, ugyanis féltek a járványok kitörésétől. A rendőrség és a katonák közrefogták a telepet, majd egy sátor alatt különféle egészségre ártalmas szerekkel, mint a DDT, hajtották végre a fertőtlenítést. Az MSZMP KB Politikai Bizottságának 1961-es határozata alapján a cigánykérdés olyan szociális ügy, miszerint a romák sajátos társadalmi helyzetét kell figyelembe venni és nem a nemzetiségi kérdésekkel kell foglalkozni. Ez alapján a bizottság célja a 60-as években még mindig a romák asszimilációja volt. Az 1961-es párthatározat legfontosabb feladatként tűzte ki a roma gyerekek iskoláztatását, valamint a romák, de legfőképpen a férfiak munkába állítását. A magas gyerekszám miatt a nők lehetőségei korlátozottak voltak, körükben a munkanélküliség problémája megoldatlan maradt. Céljaik közt szerepelt az országban lévő 2100 cigánytelep felszámolása, helyette lakások kialakítását terveztek részükre, tanácsi és az Országos Takarékpénztár segítségével. A program kezdetekor, 1965-ben, az állandó munkahellyel rendelkező cigányok kedvezményes kölcsönt vehettek fel csökkentett értékű/komfortfokozatú házak építtetésére, vagy meglévő ház vásárlására.

Az új házak sem jelentettek érdemi megoldást, mivel azok telepszerűen épültek, a meglévő parasztházakat pedig csak a kevésbé frekvenciált területeken tudták megvenni. A cigányság életkörülményei javultak ugyan, de egy újfajta szegregáció vette kezdetét. Ez a drasztikus politikai lépés újabb ellentéteket szított a többségi társadalom és a romák között. A kényszerbetelepítés nem oldotta meg a munkaerőpiaci szegregációt, a műveltségi-oktatási elmaradottságot. Tetézte a települési elkülönülést, sőt az érintett területeken elkezdődött a környék elgettősodása, mivel a többségi lakosok inkább elköltöztek (Hajnáczy 2015, 2017, Diósi 1996. 164-169, Kocsis et al. 2021).

1984-re az akkor 360 ezer főre becsült roma lakosság teljes egészében letelepedett. A cigányság legnagyobb része a fővárosban és környékén, továbbá Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár megyében, falvakban éltek. A foglalkoztatottság emelkedett, már a nők 53%-a rendelkezett állandó munkaviszonnyal. A lakosság leginkább a városokban tudott dolgozni, ahol működött az ipar, ezért sokan ingáztak vagy munkásszállón laktak. Ekkor segédmunkásként dolgozott az aktív keresők fele. A cigánygyerekek 60%-a járt óvodába, iskolába és már szakmát tanult. Ebben az időben alakult ki a cigány értelmiség első generációja. Sajnos az oktatás során még mindig nem vették figyelembe a kulturális különbségeket, emiatt egyre gyakoribbá vált az elkülönített vagy gyógypedagógiai oktatás körükben. Az előítéletek ugyanakkor továbbra sem csökkentek (Kállay 2009).

A szocializmus alatt is csak alacsony presztízsű és kevés szakértelmet igénylő munkákra vették fel őket dolgozni. Kemény István felmérésében azt találta, hogy a privatizáció hatására újból jelentősen csökkent a foglalkoztatottság. Az 1971-ben leírt 85%-ról, 1993-ra 29%-ra. A teljes női népességet vizsgálva 1970 és 1994 között nem történt olyan nagymértékű változás, mint a férfiaknál. A nők 66%-a rendelkezett munkahellyel 1993-ban. Ugyanakkor külön elemezve a roma nőket, drámai különbség mutatkozik. 1971-ben 30%-os volt a roma nők foglalkoztatottsága, viszont ez az arány 1993-ra 15,1%-ra esett vissza. Veszélybe került a romák megélhetése, sokan nem tudták fizetni a lakáshiteleket és egyik napról a másikra utcára kerültek (Kemény and Havas 1996, Kemény et al. 2004).

Magyarország kormánya 1995-ben tette meg az első jelentős lépését, amikor létrehozta a Cigányügyi Koordinációs Tanácsot a társadalmi problémák kezelés céljából. A 1125/1995. (XII.12.) Korm. határozat kiemelte a cigánysággal kapcsolatos legfontosabb területi cselekvési programokat. Az oktatási szegregáció megszüntetésére regionális tehetséggondozó programok, kollégiumok alakultak. A program fontos része volt a

cigánytelepek felszámolása és a foglalkoztatás támogatása, és a roma tanulók integrálása a szakképzési rendszerbe. A válságkezelő programok kialakítására is hangsúlyt fektettek azokon a területeken, ahol a romák nagy része halmozottan hátrányos körülmények között élt. A diszkrimináció megszüntetése céljából a felsőoktatásba beillesztették a romákkal kapcsolatos tananyagot, továbbá támogatták a roma tanulók felsőoktatási rendszerbe történő bejutását. Igyekeztek a romák egészségi állapotának javítani, sürgetőnek tartották az egészségügyi szűrőprogramok szervezését körükben (Kállay 2009).

A oktatáspolitikai támogatások mellett már civil szervezetek és egyéni kezdeményezések is segítettek a roma lakosság felzárkózását a rendszerváltás utáni évtizedekben. Majd az Európai Unióhoz (European Union; továbbiakban: EU) történő csatlakozást követően is rendületlenül folytatták a programokat. A legfontosabb szakpolitikai területek között szerepel az oktatás, a hátrányos megkülönböztetés és a cigányellenesség elleni küzdelem, illetve a lakhatás és egészségügy területén fennálló problémák megoldása. A 2016-os „Az Európai Unió második felmérése a kisebbségekről és a hátrányos megkülönböztetésről” szóló jelentéséből olvasható, hogy még mindig vannak megoldandó feladatok hazánkban a romák körében, de látható a lassú felzárkózási folyamat. A legjobb eredményeket az iskolázottság terén találták, mivel csökkent azoknak a romáknak az aránya, akik a formális oktatást semmilyen szinten nem végezték el. A 16–24 év közöttiek 8%-ának, a 25–44 év közöttiek 10%-ának, a 45 éven felüliek 25%-ának nem volt semmilyen iskolai végzettsége. A 2015/2016-os tanévben a tanköteleses korú roma fiúk 99%-a, a lányoknak pedig 98%-a járt iskolába. Nőtt a foglalkoztatottság, mivel a 20–64 éves roma férfiak 62%-a, míg a nők 32%-a dolgozott. Az iskolázottsági adatok jelentős javulásról tesznek tanúbizonyságot, melynek következtében a 2010-es évektől erőteljesen felgyorsult a roma réteg középosztályosodása (Forray 2017, European Union Agency for Fundamental Rights 2016).

Az erőfeszítéseknek köszönhetően a Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) Munkaerőfelmérése alapján 2010-ben a 15-74 év közötti roma lakosság 28,5%-a, 2019-ben már csak a nők 22,5%-a, a férfiak 19,1%-a rendelkezett legfeljebb 8 osztállyal. Mindemellett megállapítást nyert, hogy a nők átlagos iskolai végzettsége magasabb a férfiakénál, emiatt nagyobb arányban foglalkoztatják őket szellemi, felsőfokú végzettséget igénylő munkakörökben. Viszont az iskolázottság ellenére a nők körében még mindig nagyobb a munkanélküliség, főleg a hátrányos helyzetű csoportok esetében,

ahol a munkaerő piacra történő bejutást gátolja a magas gyermekszám. A Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia 2030 elnevezésű programban az elmúlt évek tapasztalataira hagyatkozva újabb célokat tűzött ki a kormány, mint a hátrányos megkülönböztetés roma áldozatait támogató rendszerek kialakítása, az iskolai figyelemfelkeltő kampányok, a pénzügyi jártasság támogatása, illetve rendkívül fontos, hogy a roma nők hozzáférését javítsák a minőségi orvosi vizsgálatokhoz, a szűrésekhez és a családtervezéshez. (Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia 2030, 2011)

2.3.2. A romániai magyar ajkú romák története Trianontól napjainkig

Romániát igen sok etnikai csoport alkotja. 1918-tól Erdély elcsatolásával nem csak a magyarok, hanem a magyar ajkú romák is arra kényszerültek, hogy az anyaországtól elválasztva kisebbségként éljék az életüket megváltozott körülmények között. Magyar roma közösségek Erdélyben és Partiumban élnek nagyobb számban. Közép–Erdélyi területen az oláh csoportba tartozó gábor cigányok vannak többségben (Pozsony 2001).

A két világháború között a romák kezdték elveszíteni régi mesterségeiket, mert az ipar fejlődése miatt az emberek már a gyárakban készült eszközöket használták, így nem volt már szükség a romák termékeire. Kénytelenek voltak tehát más jellegű munkát vállalni, aki falun élt annak szinte csak a földművelés vagy az idénymunka jelenthetett megoldást. A meszelő és házaló cigányasszonyok, valamint a lókupecsek eltűnőben voltak, a medvetáncoltatókat az állatvédelem betiltotta. Még a muzsikus cigányoknak is kevesebb munka jutott a rádió elterjedésével. Ebben az időszakban felvirágzott a házalás és a vándorkereskedelem. Ám hiába történt meg az átállás, a cigányok még mindig a társadalom legszegényebb rétegét alkották. A romák igyekeztek alkalmazkodni a környezetükhöz, ha románok lakta területen éltek „elrománosodtak”, ha Erdély vagy Partium magyar lakta vidékein, akkor pedig „elmagyarosodtak” mivel így nagyobb sikerrel kereskedtek, vállaltak munkát. 1933-ban két romániai cigányokat támogató szervezet született, amelyek szorgalmazták a cigányok írás és olvasás készségeinek fejlesztését mind gyermek, mind felnőtt korban. Támogatták a cigány történelemmel kapcsolatos könyvek kiadását és törekedtek, hogy minden vándor roma telepedjen le az országban. A második világháború küszöbén viszont felbukkantak olyan fajbiológiai elméletek, amelyben a romákat alacsonyabb rendű, veszélyt jelentő etnikumnak nyilvánították, emiatt 1942-ben Románia is megkezdte a roma emberek deportálását. A

második világháború után sokáig nem volt Romániában külön cigánypolitika. A 60-as évekig a cigányok jellemzően viskókban laktak, aztán az ipar fejlődésének a hatására folyamatosan költöztek be a nagyvárosokba. A városi romák kihasználták a kommunista rendszer adta lehetőségeket és szociális alapon a szegénynegyedek államosított házaiba költöztek be. Az új rendszer azonban változásokat kívánt ismét, így például a kovácsok a nehéziparban vagy építkezéseken kezdtek el dolgozni, de a kőművesmunkát is sokan választották. A szocialista gazdaságok is foglalkoztatták a romákat, annak ellenére, hogy nem voltak szövetkezeti tagok. Összességében elmondható, hogy a romák még mindig a társadalom legalsó részén éltek, ha foglalkoztatták is őket, szakképzettséget alig vagy egyáltalán nem igénylő munkakörökbe vették fel. A kommunista rendszer hiába szeretett volna mindenki számára munkát adni, főleg a periférián élő romák esetében, ezt az idealizált képet nem tudta megvalósítani, ugyanis a rendszeres munkát kényszernek érezték. Az 1983-as jelentés említést is tesz arról, hogy hiába alkalmaznak romákat, elhagyják a munkahelyüket. Ez nem túl meglepő, ugyanis az 50-es és 60-as években nem hoztak létre semmilyen programot, ami elősegítette volna a roma lakosság integrációját. Csak a 70-es években nyilvánították a romák jelenlétét „társadalmi problémának”, amely megoldást kíván. Program keretében a hatóságok földet és építőanyagot adtak a romáknak, hogy segítsék a letelepedésüket. Nyilvántartásba vették az iratokkal nem rendelkezőket, a gyerekeket ösztönözték az iskolába járásra. Ekkor fő cél a romák beolvasztása volt a társadalomba. Úgy vélték, hogy csak abban az esetben lehet románokká vagy magyarokká tenni őket, ha teljes mértékben lemondanak kulturális örökségükről. Kétségtelen, hogy a romák egy része integrálódott, ám az 1977-es adatok alapján a munkaképes roma férfiak 32,7%-a, a nők 48%-a nem dolgozott. A program rövid életű volt, nem hozott érdemi változást, de ami azt illeti nem is volt kidolgozva. Nem volt olyan drasztikus, mint Magyarországon a telepek lerombolása, a roma lakosság áttelepítése vagy éppen a csehszlovákiai roma nők sterilizálása (Achim 2001, Szuhay 2008).

1965-ben a születési ráta jelentős csökkenést mutatott Romániában, emiatt Ceaușescu egy igen szélsőséges születéspártoló rendeletben gyakorlatilag minden fogamzásgátló módszer betiltott, és az abortusz csak olyan nők számára volt elérhető, akik rendkívül szűk kritériumoknak feleltek meg. E népesedéspolitikájával a munkaerő utánpótlását akarta biztosítani. Ez az intézkedés idővel demográfiai stratégiává is vált, amelyben a

nőknek hazafias kötelességük volt minél több gyermeket szülni. Az abortusz a büntetőjogi szabálysértések közé tartozott, így a végrehajtása illegális tetteknek számított. A tilalom nem szüntette meg az abortusz gyakorlatát és e politikai döntés ismételten a szegény réteget sújtotta leginkább, hiszen ők azok, akik nem tudtak fizetni a beavatkozásért az egészségügyi szakembereknek, továbbá külföldre sem volt lehetőségük elutazni, hogy ott végeztessék el a terhességmegszakításokat. Így őket kiváltképp fenyegették az abortusszal kapcsolatos szövődmények, és körükben magasabb volt a gyermekágyi halandóság. Romániában a gyermekágyi halandósági ráta (169,6 gyermekágyi halál 100 000 élveszületésre) 1989-ben az illegális abortuszok miatt a legmagasabb volt Európában (Kilgam 2000). Közvetlenül az 1989-es decemberi forradalom, azaz Ceaușescu hatalmának megdöntése után, az új kormány megszüntette a fogamzásgátló eszközökre vonatkozó korlátozásokat, és legalizálta az abortuszt. Ez a törvényi változás jótékony hatással volt a nők egészségére, hiszen 1990-ben az anyai halálozás 100 000 élveszületésre vetítve 83 halálesetre csökkent, ami közel a fele az 1989-es aránynak (Hord et al 1991).

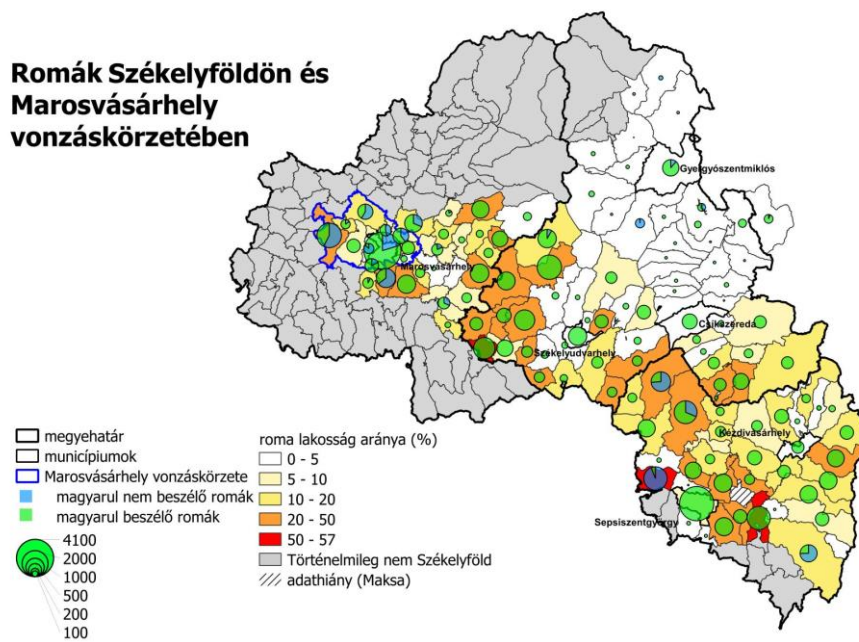
A 90-es években készült romakutatás rávilágított arra problémára, hogy a férfiak 58%-a a nők 88,8%-a nem rendelkezik szakmával. A magukat román romáknak vallók jobb helyzetben voltak, ugyanis 56%-uk modern szakmát tudott elsajátítani, míg a magukat magyar romáknak vallók csak 25,4%-a. A magyar romák 71,8%-a nem rendelkezett semmilyen szakmával. Az 1992-es adatok alapján a cigányság 80,9%-a élt létminimum alatt. Az életkörülményeket tekintve otthonaik zsúfoltak, átlagosan 6,6 fő lakott háztartásonként és egy szobára 3,03 fő jutott. Az olvasni tudók aránya a férfiak esetében 56%, nőknél 41% volt. A 8 éves gyermekek fele nem járt iskolába (Bíró and Oláh 2002). Az 1992-es és a 2002-es népszámlálás közötti időszakban az inaktív roma populáció aránya növekedett, és továbbra is a legmagasabb volt. A romániai munkanélküliek 70%-a roma származású volt. A közel százezres tömeget kitevő magyar ajkú roma réteg a hivatalosan mért termékenységi arányszámok alapján a kutatók becslése szerint tovább emelkedik (Committee on Legal Affairs and Human Rights 2002, Papp 2010). A 2007-es EU-hoz történő csatlakozás után több jelentés és kutatás is beszámolt a roma lakosság rossz szociális és anyagi helyzetéről, egészségi állapotáról és az alacsony iskolai végzettségéről (European Union Agency for Fundamental Rights 2012, Mózes and Kocsis 2021, Kocsis and Mózes 2021, Csata 2017, Powell et al. 2018, Peti 2007).

Több erdélyi faluban végzett vizsgálat mutatott rá arra, hogy a magyar ajkú roma és nem roma lakosság között éles határvonal húzódik. A két közösség normarendszere eltérő, az egymásról alkotott negatív sztereotip elképzelések nehezítik az együttélést (Bakó 2006 a., Fosztó 2003). Rendkívül fontos lenne az inklúzió, mivel a magyar és a roma lakosság is kisebbségi sérülékeny csoportként van jelen Romániában. Az oktatási helyzetet is előre lendítené, hiszen a székelyföldi területeken a magyar nyelvű iskolákban nem csak magyarok, hanem jelentős számban romák is tanulnak (Kerényi and Bárdi 2010, Erőss 2005, Barna 2009) (1. kép).

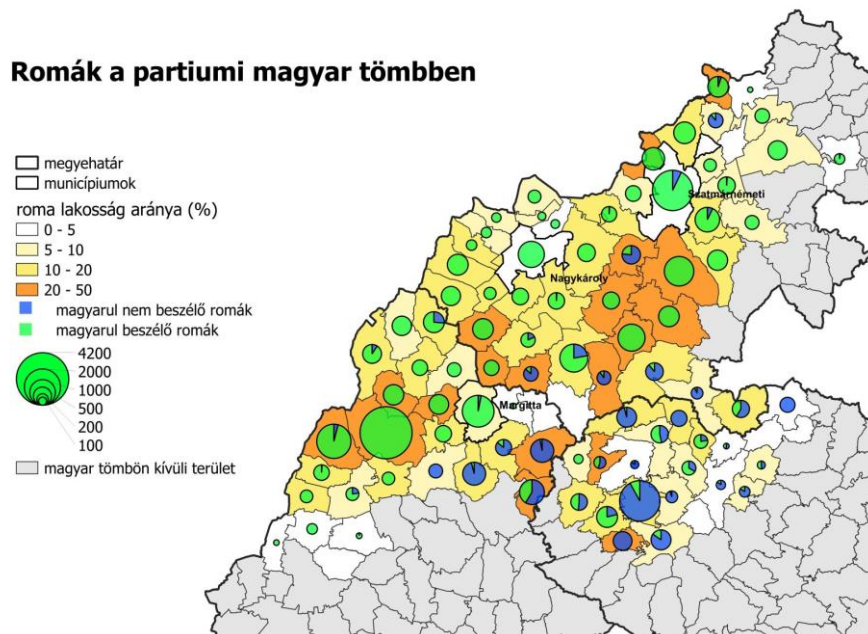


1. kép Románia, a roma gyermekek iskola-, és óvodaidőben otthon játszanak délelőtt (forrás: saját készítés)

A legfrissebb 2016-os SocioRoMap vizsgálat alapján megközelítőleg 1.233.000 fő roma él Romániában. A magyar nyelvet beszélő romák számát 105.000-re becsülik, ami a magyar nyelvű népesség 8,4%-a. E magyar anyanyelvű romák kétharmada igen rossz életkörülmények között, szegregátumokban él. Legnagyobb arányban, 44%-uk (45 862 fő) a székelyföldi, 33%-uk (35 109 fő) pedig a partiumi magyar tömbben él. A székelyföldi romák 89%-a, a partiumi tömbben élők 74%-a magyar nyelvű. A magyar nyelvet beszélő romák Románián belüli elhelyezkedése az 2. és a 3. számú képen látható.



2. kép A magyar ajkú roma lakosság elhelyezkedése Székelyföldön és Marosvásárhely vonzáskörzetében. (forrás: Erdélystat 2020)



3. kép A magyar ajkú roma lakosság elhelyezkedése partiumi tömbben. (forrás: Erdélystat 2020)

A Romániában beazonosított 2315 szegregátumból, 440 esetében detektáltak jelentős mértékű (15% feletti) magyar nyelvet beszélő közösségeket, ami a romániai szegregátumok 19, az erdélyiek 33%-át jelenti (Erdélystat 2020).

2.3.3. A szlovákiai magyar ajkú romák története Trianontól napjainkig

A XX. század első felében Csehszlovákia a vándorcigányokról szóló törvény bevezetésével központi cigány-nyilvántartást hozott létre. A vándorcigányoknak igazolványokat adott ki újlennyomatok rögzítésével, ezzel a lépéssel azonban az államigazgatás megbélyegezte a cigányokat és intézményesítette a romák szegregációját. Az 1920-as években az integrált, letelepedett romák mellett sokan éltek vándorló életmódot. Legtöbben közülük kazánkovács, köszörűs, esernyőjavító, kereskedő, szíjgyártó vagy hangszerkészítő szakmát folytattak. Ezidőben a romák csak igen kis százaléka dolgozott bér munkás, napszámos, szolgáló vagy éppen mosónőként, ami inkább csak keresetkiegészítés volt, ha a kereskedés nem ment jól. Az állandóan mozgásban lévő lakosságot a második világháború idején fenyegetőnek ítélték, így találtak okot a romaellenes lépések megtételére. Az 1945 utáni időszakban még mindig hatályban voltak a romákról szóló nyilvántartások a vándorlás megfékezésére. Ha tudták, munkára fogták őket gazdaságokban vagy közterületeken. A roma gyerekeket is igyekeztek beiskoláztatni. (Jurová 2008).

A szocializmus idején asszimilációs törekvés jellemezte a romákkal kapcsolatos elképzeléseket. E beavatkozások hatására a zárt közösségek fellazultak, ám a romák mégsem tudták átvenni sem a szlovák, sem a magyar kultúrát. A közösségi kapcsolatok meggyengültek, ezzel erősebbé vált az államhoz történő kötődés. Ez azonban a rendszer széthullásával csak nehezebb szituációba sodorta a roma lakosokat, akik elvesztették a társadalmi biztonságérzetüket és fokozódott a kirekesztettség érzése körükben. A szegregált településeken küzdelmes volt az élet már az alapvető szükségletek megszerzéséért is. A megtapasztalt szegénység generációkon ívelt át, konszolidálódott, majd determinálta a fiatalság jövőjét (Džambazovič and Jurásková 2003).

Az 1970-es és 1980-as években a csehszlovák kormány olyan politikát folytatott, amelynek célja az volt, hogy csökkentse a romák születési rátáját, többek között a roma nők sterilizálásával. Az 1970-es évektől kényszersterilizálásba kezdtek, amely célja a fogyatékkal élők, a szegények, a politikailag megbízhatatlanok és a kisebbségek - többek közt a romák - eliminálása. A kommunizmus idején anyagilag ösztönözték a nőket, hogy sterilizálják magukat. Egyes nők szabad akaratukból döntöttek emellett, míg másokat kényszerítették vagy félrevezettek. Az egészségügyi dolgozók más

szülészeti/nőgyógyászati beavatkozások vagy műtétek során erőszakkal, több száz roma nőt sterilizáltak anélkül, hogy a beleegyezésüket kérték volna (Albert and Szilvási 2017). Különböző kutatások készültek Gömör térségében magyarok és romák lakta területeken, ahol magas a munkanélküliség aránya, esetenként 90-95%-os. Sajnos a fő bevételi forrás többnyire a szociális segély és a családi pótlék. Terület híján mezőgazdasági tevékenységet sem tudnak folytatni, szemben az ott élő nem roma lakosokkal, így a fiatalabbak kijárnak a nyugati országokba koldulni vagy zenélni. A gyermekszám igen magas. Jellemző a romák többségére, hogy óvodába nem járatják a gyermekeiket, csak az általános iskolába kezdenek el szocializálódni, ami már késő, mert így nem tudnak eleget tenni az iskolai elvárásoknak, ezért gyakori az évisméltés és gondot okoz az általános iskola befejezése is. A szegénység miatt a szülők, hiába jó tanuló a gyermekük, nem tudják finanszírozni a tanulmányaikat. A romák sok esetben nem beszélnek szlovákul, a roma nyelvet is kevesen ismerik. Magyarul beszélnek, ám szókincsük szegényes, nyelvi megnyilvánulásuk korlátozott, emiatt előfordul, hogy speciális képzésre járatják őket, ami az esetek többségében nem vezet sehova, ugyanúgy végzettség nélkül maradnak. Ahol sok a cigány, a nem cigány szülők átíratják máshová gyermekeiket és emiatt szegregált iskolák alakulnak ki. A roma népesség a sok, olykor 5-6 gyermekkel, többségbe került a kis falvakban, a többségi társadalom születésszáma azonban nem ilyen gyors ütemű, sőt a nem roma fiatalok el is hagyják a falvakat a jobb munkalehetőségek miatt. Ezért a falvak „elcigányosodnak” és könnyen alakulnak ki tisztán romák lakta települések is. Azonban a lakosság keveredése sem hozza közelebb egymáshoz a magyar - roma értékrendet. A romák többségbe kerülése esetén pedig a fiatalok már nem törekszenek arra, hogy megfeleljenek a többségi társadalom elvárásainak. (Prónai and Vajda 2005, Gecse 2005, Kuchta 2005, Bodnár 2005,)

A nem roma lakosság 93,75%-a úgy gondolja, hogy a „cigánykérdés” társadalmi probléma. A magyarok és romák között még mindig érezhetők éles ellentétek: a magyarok a negatív tapasztalataik alapján úgy vélik, hogy gondot okoz nekik a romák jelenléte a faluban. Úgy gondolják, hogy önmaguknak, azaz a roma értelmiségnek, továbbá a roma pártoknak kellene javítani saját kisebbségük helyzetén állami és külföldi segítség, valamint civil szervezetek bevonásával. A romák ezzel ellentétben úgy érzik, hogy cselekedeteik nem indokolják a kiközösítést és pozitívabb megítélést szeretnének a magyarok felől. A roma civil szervezetek próbálják integrálni a romákat azzal, hogy

segítenek nekik szakmát szerezni, de ahol a 8 osztály is hiányzik, a felzárkóztatást az alapoktól kell kezdeni. A konfliktus abban gyökerezik, hogy a roma és a nem roma lakosság kölcsönösen nem ismeri egymás közösségi normáit, egymás által elfogadott és alkalmazott szabályrendszereit, amely okot ad a nézeteltérések kialakulására (Pusko 2005).

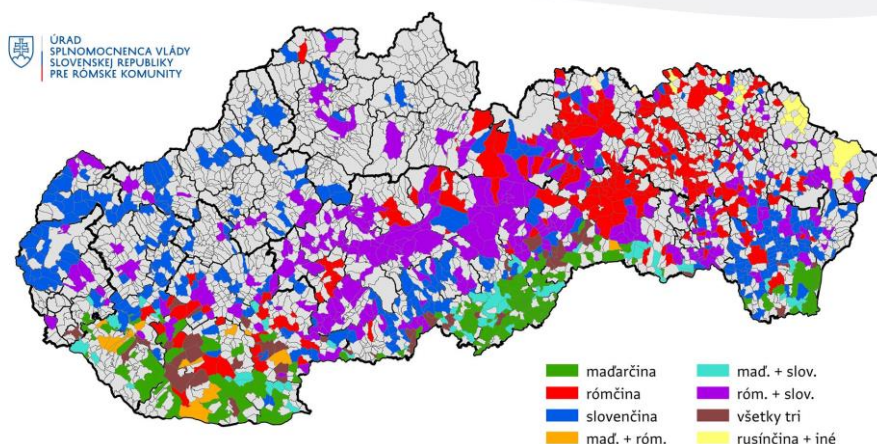
A 2001. és 2011. évi adatokat összevetve, Papp megállapította, hogy a magyar és roma nemzetiségű lakosok a besztercebányai és a kassai kerületeken élnek a legtöbben. Ebben az időszakban a magyarok száma mindegyik járásban csökkent, ellenben a romákkal, akik száma növekedett, kifejezetten azokon a területeken (Kassa-vidék, Nagymihály, Tőketerebes, Rimaszombat), ahol az elmúlt időszakban is jelentős számmal képviselték magukat (Papp 2002).

Az Európai Bizottság adatai alapján a romák jelenlegi becsült száma 500.000 ezer fő Szlovákiában, ami a népesség 9%-át teszi ki az országban (European Commission 2020b.). Ezzel szemben a 2021-es szlovák népszámlálási adatok szerint 156.000 fő vallotta magát romának, ezzel a romák, a magyarok után Szlovákia második legnagyobb nemzetiségi kisebbsége (Strategic Report for Slovakia 2021).

Magyar kutatók becslése szerint a teljes roma lakosság mintegy 400.00 főre tehető, és ebből a magyar identitású romák száma mintegy 80.000 fő. Elmondható, hogy ezek a romák magyarok és szlovákok lakta területeken is élnek. A népszámlálási adatok tükrében a magyar ajkú roma lakosság harmada 15 éven aluli, körükben az idősek aránya kevés. A populáció harmada munkanélküli, aki dolgozik is, csak a keveset fizető munkahelyekre jut be, ennek oka az iskolai végzettség alacsony szintje. 3,7%-uknak nincs semmilyen iskolai végzettsége, 4,7 %-uk végzettségéről nem volt adat, 76,7%-uk legmagasabb végzettsége pedig az általános iskola (Németh and Ravasz 2010).

Ravasz Ábel jelentésből kiderül, hogy az ország különböző részein nagymértékben eltér a romák nyelvhasználata. A nyelvi térkép azt mutatja, hogy Szlovákia nem minden területe van egyforma helyzetben, ha a romani nyelvről van szó. A romák nemcsak románul, hanem magyarul, ruszinul is beszélnek, vagy keverik a román nyelvet a szlovákkal és a magyarokkal (4. kép).

JAZYKOVÁ MAPA RÓMSKÝCH KOMUNIT NA SLOVENSKU



4. kép A romák nyelvhasználatára Szlovákiában (A magyar nyelvet beszélő roma kisebbség zöld színnel van jelölve) (Ravasz 2017)

2.4. Roma nők szerepei³

2.4.1. Tradicionális szerepek

Az átlagemberek gondolataiban az a fajta sztereotip kép merül fel a roma asszonyokról, hogy ők a hosszú, színes tarka, de leginkább rózsás szoknyát és nagy arany ékszereket viselő, sok gyermekes nők. Rossz körülmények között élnek, mosdatlanok, esetleg hiányos fogazatúak, vagy családi erőszak áldozatai egy alkoholista férj mellett. Vagy megvan a fiatal lány képe, aki csábítóan karcsú, barna a bőre és a sötét csillogó szemei miatt igazi kuriózumnak számít? Továbbá van még a misztikus megközelítés, miszerint a roma nők jósek vagy boszorkányok, akik képesek elátkozni valakit vagy éppen a rontást levenni (Bakó 2006 b.).

A roma csoportba tartozás tradicionális közösségekben igen erős, így aligha engedi az egyén önmegvalósítását, sőt, ha fenyegetve érzi magát, akkor be is zárkozhat olyan módon, hogy saját magát izolálja a többségtől. Amennyiben a felzárkóztatás sikeres és a gyermekek iskolába, a felnőttek dolgozni járnak, ebben az esetben az egyén nagyobb biztonsággal lépheti át közössége korlátait, ezáltal a nők számára is nagyobb lehetőség adódik a kibontakozásra. A nagy féltés azzal is indokolható, hogy a romák vándorlásuk

³ Jelen fejezet a Mózes N, Klesch L, Feith HJ. (2022) Minority within the minority: roma women trapped by origin and gender. Kaleidoscope, 25: 197-215. közlemény alapján készült.

során, mint vulnerábilis csoportra ügyeltek a nők és a gyermekek biztonságára. A nemzedékek során ma is van olyan közösség, ahol ez a fajta szokásrendszer megmaradt és igyekeztek a nőket elzárni a külvilágtól. Emiatt előfordulhat, hogy a saját közösségükben sem rendelkeznek elegendő szabadsággal. Ha egy roma nő ki kívánná szabadulni egy ilyen szoros kötelékből, annak kettős veszélye van. Egyrészt elveszítheti a családját, esetlegesen kitagadja a saját közössége, másrészt az új közösség nem fogadja be eléggé, nem tud sikeresen integrálódni (Hegedűs 1996).

Lánygyermek a családban

A gábor cigányokat patriarchális családszerkezet jellemzi. A lánygyermek sorsa már magzatként eldőlt. Elgondolásuk szerint, kell a családba lány, de elég egy is belőlük, ugyanis a házassági szokások szerint a lány szüleitől pénzt kap a férj és annak családja. Anyagi okok miatt vannak asszonyok, akik egyáltalán nem vállalnak lánygyermeket, inkább megszületésükkor a kórházban hagyják őket. A gyermekekkel való bánásmódban erősen megmutatkozik a tény, hogy a lányok kiadással, a fiúk pedig bevétellel járnak a család számára. A gyermekek megszületésükkor már egy társadalmi szerepbe érkeznek, és ennek megfelelően kell viselkedniük. Ugyanezt a viselkedést várják el másoktól, ugyanis ennek hiányában a közösség kitaszítja őket. Mindkét nem tagjai már kamaszként kis felnőttnek számítanak a közösségükben, ha egy tizenéves lány még babával játszott, azt butának gondolják. A lányok már gyerekként segítettek otthon a házimunkát elvégezni, míg a fiúk 14 éves koruk körül már mennek az apjukkal szakmát tanulni, piacon árulni, pénzt keresni. A lányok az iskolába addig járnak, amíg megtanulnak írni és olvasni, de körülbelül három vagy négy osztályt végeznek el. 10-11 éves koruk után nem engedik őket az oktatási rendszerbe, mert félnek, hogy ellopják őket, továbbá a hagyományok szerint szégyen iskolába járni. A nők 25 éves korukig világos, színes ruhákat hordanak. A középkorú nők már a sötétebb tónusú színekből állítják össze viseletüket, mint a lila, kék, zöld. Az időseknél pedig megjelenik a barna szín is. Nadrágot a lányoknak 10 éves korukig illik hordani, ezt követően felváltja a hosszú, virágmintás szoknya. A lányok haja hosszú, amibe piros szalagot kötnek 13-14 évesen korukig. Ezidőtájt férjhez mennek és a szalagot felváltja a kendő, ami kötelező viselet és hátul megkötve hordják (Faust 2015, Tesfay 2006, Rostás and Farkas 1992. 23, 59-62).

A lányok féltése az oláh cigány csoportokra is igaz, ahol a lány „tisztaságának” a megőrzése elengedhetetlen volt a házasság előtt. Már fiatal korukban arra nevelték őket, hogyan kell főzni, a házat rendbe tartani, tehát minden olyan tudást igyekeznek átadni, ami a család és a születendő gyermek ellátásához szükséges (Diósi 1998 25-34).

Párválasztás

Az oláh csoporton belül előfordult, hogy a szülők előre elrendezték a házasságot, mert már kisgyermekkorban kiválasztották a gyermekük leendő párját. Aki a szülői akarattal szembe ment, azoknál a leány megszöktetése volt a válasz. A szülők a szökés után általában megbékéltek a helyzettel és jóváhagyták a fiatalok szerelmét. (Vajda 2001). A gábor cigányoknál volt a legszigorúbb párválasztás. Náluk a házasságok szintúgy a szülők által előre elrendezettek. A gyerekek még óvodába járnak, mikor kiválasztják jövődöbelijüket, aki kizárólag a saját közösségükből való lehet, mivel a házasságok gáborok között köttetnek (Faust 2015).

Ha a lány szerencsés, akkor idősebb fiútestvére kíséretében lehetősége akad olyan közösségi rendezvényeken részt venni, mint a lakodalom, a keresztelő vagy a cigány bálók, ahol módja adódhat az ismerkedésre. De bármerre is mentek a női családtagok, mindig figyelték őket, rájuk szóltak, ha illetlenül viselkedtek, illetve leállították a rámenősebb fiúk közeledését is. A szigorot komolyan vették, hiszen nevetség tárgyává válhat a lány, ha négyszemközt beszélget egy fiúval, ha gádzsó (nem roma) férfiakkal látták, vagy ha egy kevés alkoholt ivott is. Vénlánynak számítanak már, ha 18-20 évesen egyedülállók. Ha nem tesznek eleget a kötelességüknek, kortársaik ki is nézik őket a közösségből. Ha a továbbtanulásuk okozta ezt a késleltetést, akkor az irigység miatt kezelték az illetőt ellenszenvesen a többiek, mivel egy eszesebb nőnek ezáltal meglehet az esélye a kitörésre, többre vihet, mint a tanulatlan társai. Ezzel viszont fennállhat a veszélye annak, hogy közösségen belül nem találhatnak társra, mivel ebben a korban a férfiak már megnősültek így az elvált vagy hirtelen megözvegyültek maradtak vagy a többségi társadalom tagjai közül választhatnak párt maguknak (Demsá 2015).

Családtervezés

A cigányok igen szemérmesek a korai házasságok, és a lányszöktetések ellenére is. Sem a menstruációról, sem a szexuális életről, és annak veszélyeiről, a fogamzásgátlásról sem adnak semmilyen tudást a lányaiknak. Többnyire akkor szereznek ezekről az információt, amikor pl. megtörtént a gyermek fogantatása. A fiatalon elkezdett nemi életet okán igen korán válnak édesanyává. Ilyenkor nincs tudatos családtervezés, csak az első gyermek megszületése után. Ha a férfi-női viszonyt vizsgáljuk, az oláh cigányoknál tabunak számít a menstruáció, a női szeméremtest, és az ezt takaró ruhadarabok is. Ezért külön mossák a férfiak és nők ruháit, a nők alsóneműiket eltakarva teregetik ki (Neményi 1998).

Házasságkötés és házasságban az egyenjogúság kérdése

A beás és oláh cigány csoportok tradicionális házasodási szokásait merev endogámia jellemezte. E két csoport tagjai nem is házasodhatnak egymással. A házasság egyházi szentesítése nem lényeges; többnyire a csoport legidősebb, nagy tiszteletnek örvendő tagja, vagy a vajda adja össze őket. Előfordul, hogy élettársi kapcsolatban élnek, ami a beások körében különösen közkedvelt. A tradicionális csoportnál a szűzen kötött házasság hatalmas értéknek számít mind a mai napig. A lakodalom után az apa helyett a férj veszi át a felügyeletet, így a házasság semmiféle lényegi változást nem hoz az asszony számára (Vajda 2001). A gábor szokás szerint a feleséget nem az édesanya készíti fel a háztartásvezetésre, hanem az anyós, amikor esküvő után a férj családjához költöznek, hiszen a házimunkát a férj családjának igényei szerint kell elvégezni (Lőrinczi 2013). Körükben a nők legnagyobb erénye a gyermekáldás. A meddőség a nőkre nézve nagy szégyennek számít. Ha nem születik gyermek a házasságot követő 8 éven belül, akkor az asszonyt - a férj családjának a kifizetett összeggel együtt - visszaadják az apjának. Ellenben, ha minél hamarabb jön a gyermekáldás, az annál nagyobb büszkeség, amellyel kiérdemlik a közösség elismerését. A fiatal asszonyok csak kísérettel mehetnek ügyet intézni a faluba, városba. Az öltözködés is szigorú. A test nagy részét ruhával fedik, díszes, bokáig érő szoknyát és csuklóig zár inget viselnek. A sminkelés nem kívánatos, mert a közösségnek nem célja kiemelni az egyént. Sőt a körömlakk, szemhéjfesték, egyéb kozmetikai termék használata - az általuk szabadosnak ítélt - gádzsók életformájára emlékezteti őket és egyfajta „szexuális csalogatás” benyomását kelti (Faust 2015).

Családon belüli női és férfi szerepek ellátása

A hagyományörző cigány családok a többségi társadalomtól elkülönülve, saját értékrendjük szerint élnek. A nők mosnak, főznek, takarítanak és gondját viselik gyerekeknek. Ezen felül a táplálkozás szempontjából is fontos szerepük van, hiszen ők főznek, ami a szeretetüknek és családjuk iránti odaadásuknak egyik legkifejezőbb módja. A férfiak a családfenntartó szerep mellett kifejezetten csak „férfimunkát” végeznek, mint a tüzelő begyűjtése, faaprítás, ház körüli javítások. (Hegedűs 1996, Diósi 1998 25-34, Mózes et al. 2023). Hagyományaik kizárólagosan a nőket szabályozzák. A hűség, a ragaszkodás és a lojalitás az elvárt erények közé tartozik. Ezen felül az is, hogy a nők minden idejüket a férjüknek és annak családjának szenteljék. Ha a nő mégis megcsalást követ el, az hatalmas megvetettséget von maga után, még a sorstársnők köreiben is. A férj levághatja a nő haját, ami hatalmas megaláztatás, mert így mindenki tudja, hogy mit tett. Ezzel ellenben a férfiaknál a megcsalás nem számít főben járó bűnnek. Még a férfiak kicsapongó élete ellenére sem gyakori a válás. Sok esetben a nők inkább tűnnek, mert tisztában vannak azzal, hogy elvált nőként már nem sok esélyük lenne új párt találni a csoporton belül. A férfi felsőbbrendűségére az utcán is lehet példát találni, ugyanis a férfi megy elől üres kézzel, utána a gyerekek és az asszonyok terheket cipelve (Diósi 1998 25-34, Rostás-Farkas and Karsai 1992, 37-38, Demsa 2015).

A gábor cigányoknál a férfiak az egyedüli pénzkeresők. Életmódjuk szabad: jönnek, mennek, kereskednek. A nők szerepe kettős. A férfiak üzleteibe nincs beleszólásuk, az ünnepi alkalmakkor is külön asztalnál ülnek és étkeznek a férfiaktól. Azonban bizonyos színtereken, mint a család, a háztartás, valamint különböző szerepekben, például anyaként, anyósként vagy éppen apai nagymamaként befolyással rendelkeznek. Csak a férjek tartják a kapcsolatot a külvilággal, mivel a nőkről úgy gondolják, hogy nem tudnak uralkodni szexuális vágyaikon, hajlamosak a hűtlenségre. Emiatt igen szűk körben mozoghatnak, például idegen roma és nem roma férfiak társaságában is csak felügyelet alatt lehetnek. (Bakó 2006 b., Faust 2015, Tesfay 2006, Berta 2005).

Gyermekevelés

A roma nők kapcsolata gyermekeikkel igen erős és bensőséges. Nevelésükkel többnyire csak az asszonyok foglalkoznak. Gyermekeiket is már megismertetik ideje korán a

munkával. Csak a legfiatalabban játszhatnak, az idősebbeknek már segíteni kell a háztartásban és kisebb testvéreik ellátásában. A háztartáson belüli munka és a család ellátása előnyt élvez az oktatással szemben. Emiatt előfordul az is, hogy nem mennek iskolába, vagy az általános iskola után nem engedik továbbtanulni a lányokat. Nevelésük során viszont nem sok szabályt alkalmaznak, inkább azt vallják, hogy élni kell hagyni őket. A másik szokás, ami konfliktuskiváltó lehet az oktatási intézményekben, hogy a gyerekek nevelése nem következetes, egyszer elnézőek velük a szülők, máskor kiabálnak. Az édesanya igyekszik gyermeke minden szükségletét rögvest kielégíteni. Ezért a türelem és a várakozás nem erényük, a későbbiekben nehezen tudják végig ülni a tanórákat, a pedagógusok is nehezen kötik le a figyelmüket. Az oktatási rendszer elnőiesedése presztízscsökkentő tényezőként hat a tradicionális cigány értékrend alapján, mivel a gyerekek a női pedagógusokra kevésbé hallgatnak. A tanárok többnyire neheztelnek a szülőkre, mivel nem vesznek részt a szülői értekezleteken, és nem kommunikálnak velük megfelelően. Ha a gyermekükkel kapcsolatban valamilyen probléma merül fel, akkor indulatosan mennek az iskolába. A nehezen kezelhető gyermekek esetén sincs igazi együttműködés, mert nem akarják belátni, hogy a gyerekükkel baj van, így figyelmen kívül hagyják a pedagógus észrevételeit (Hegedűs 1996, Dupcsik 2009).

Egészségmegőrzéshez kapcsolódó szerepek

A kisebbség számára nem fő prioritás az egészség. Esetükben az egészség nem a teljes testi, lelki szociális jóllét állapotát jelenti, hanem csupán a betegség hiányát. Az orvosi diagnózist többnyire megbélyegzőként élik meg, sokszor elbagatellizálják a problémát, és ha a kezelés alatt a tünetek megszűnnek, akkor egészség felfogásuk szerint figyelmen kívül hagyják az orvosi javaslatokat, a kórházat is saját felelősségre, a kezelés befejezése előtt elhagyják. Szokásaik szerint a romák a betegeket és a gyengéket nagyon tisztelik, otthon az ápolásukat mindig a nők végezték. A kórházba fekvőt is az egész család meglátogatja. Ha valaki felgyógyul, azt megünneplik, hiszen körükben az egészség túlmutat az egyénen, és kölcsönhatásba lép a tágabb családdal. Az egészségügyi intézményekben is könnyedén konfrontálódhatnak, hiszen a dolgozók nehezen tűrik a kisebbség eltérő kulturális szokásait. Az alacsony iskolázottság miatti alapvető ismerethiányból fakadóan nem teljesítik, vagy ellentmondanak a vizsgálatoknak, kezeléseknak és javaslatoknak. Emiatt előfordulhat, hogy nem a többségi társadalom által

elvárt módon viselkednek az egészségügyi intézményekben. A roma betegek szemszögéből nézve pedig a kulturális és a tudásból fakadó különbségek miatt betegjogaik súlyosan sérülhetnek, mivel az egészségügy általában nem a kooperatív beteget látja bennük. A fiatal roma lányok - különösen a korai várandósság miatt - igen sebezhetőnek érezhetik magukat a betegellátás során, mivel testük esetleges fejletlensége, és az iskolai végzettség hiányában nem rendelkeznek elegendő tudással és tapasztalattal ahhoz, hogy megfelelő döntést hozhatnának maguk és a csecsemő egészsége felől (Szuhay 1999 120-130., Fundación Secretariado Gitano 2007, Lukács and Feith 2016, Feith and Lukács 2018, Mózes et al. 2022).

2.4.2. Tradicionális szerepek változása

Az 1970-es és 80-as években a férfiak az otthon és a munkahely közötti ingázása miatt a nők voltak azok, akik a hétköznapi életet állták. Ők a háztartási munka és a gyerekeknél mellett vidéken mezőgazdasági segédmunkát is végeztek. A roma nők közössége nagyon erős és összetartó, a nagymama központi szerepet töltött be az életükben. Erős matriarchális családi kép rajzolódott ki, és a központi irányító szerepet betöltő nagymama a gyermekek pályaválasztására is igen nagy hatással volt. Bizonyos esetekben a család női tagjainak kellett fellépni a nőket korlátozó családi normákkal szemben, ez által sikerült a fiatal lányoknak kiemelkedni a közösségből (Kóczé 2010).

A kilencvenes években a romló munkaerő-piaci lehetőségek következtében egyre nőtt körükben a munkanélküliség, egyre többen kerültek mélyszegénységbe. A nők vállára többletterhet hárult, mivel ők főztek, vezették a háztartást, vásárolni jártak, a gyerekekkel foglalkoztak, és nekik kellett a kevés családi bevételt is beosztani. Emellett pedig ott volt munkanélküli párjuk, aki elvesztette a családfenntartó szerepét. Ez a szerepvesztés magában hordozta a depressziót, az alkoholizmust, és az ittas állapot miatti családi abúzust. Az ilyen konfliktushelyzetek megváltoztatták a családi dinamikát. A nők többletfeladatokat vállaltak, mert próbáltak a szerepvesztett férfiak önérzetén segíteni, ez által, ha nem is tudatosan, de hozzájárultak a tradicionális szerepek fenntartásához. A fiatal roma nőknek kevesebb lehetősége volt dolgozni, így az otthoni környezet hatására, újra előtörték a régi szokások, miszerint a nők egy része egyre korábbi időpontban kezdett gyermekeket szülni. Ennek következtében nőtt a gyermekszám, és ez végül önmagában

is hozzájárul ahhoz, hogy ezek a cigány családok ne tudjanak kitörni a mélyszegénységből. Ahol viszont az integráció megvalósult, ott a munkanélküliség nem befolyásolta lényegesen a demográfiai magatartást. A nők ott szülnek fiatal életkorban sok gyermeket, ahol perspektíva nélküli környezetben élnek. A fiatalkori gyermekvállalás viszont azért veszélyes, mert rontja az esélyeket a minimális iskolai végzettség megszerzésére. Ez a folyamat rossz munkaerő-piaci integrációhoz vezet. Ez hatványozódik azok között, akik reménytelen körülmények között szegregáltan élnek, mivel a tizenéves korukban szülő nők nagyon sok gyermeket vállalnak így egész életükben segély - és alkalmi munka függővé válhatnak. A nők fiatalon sorsukat determinálják azzal, ha nem szereznek semmilyen végzettséget, mivel a szegénység és a sok gyermek lehetetlenné teszi a felnőttkori iskolába járást (Janky 2005 a, Boros and Bucher 2020, Voicu and Popescu 2023).

2.4.3. Kiugrási kísérletek

Napjainkban is igen nehéz elemezni a roma nők családon belüli szerepét, hiszen esetükben több nehezítő körülménnyel kell számolni. Elsősorban egy nagyon heterogén csoportot alkotnak, emiatt nem lehet általánosítva roma női kisebbségről beszélni. Mivel egyrészt a romungró, oláh és beás női szerepek bonyolult kulturális rendszereket hoznak létre és mindegyik csoportnak megvan az évszázadok óta fenntartott sajátos csoportidentitása, ami összetartja őket. Másrészt több tényező is befolyásolja a női szerepeket, mint az identitásuk ereje, a lakóhelyük, az iskolai végzettségük és a munkaerő piaci helyzetük.

Jelenleg társadalmunk értékválsággal küzd, ez elsőként a családban, mint legkisebb egységben jelenik meg. A családdal, a kapcsolatokkal, a termékenységgel összefüggő átalakulások háttérében az értékrendbeli változások állnak. Emellett az individuumnak is egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak. A családtól és a közösségtől elvonatkoztatva a hangsúly már az egyén önmegvalósításán van. Ehhez hozzájárul az oktatási rendszer változása, kiszélesedése, az iskolai végzettség növekedése, és a nők meghatározó munkaerőpiaci jelenléte. Az egyéni életpályákat egyre inkább a karrier köré szervezik, így a tradicionális normák már nincsenek erőteljes hatással az életutakra. Az individualizáció következtében tehát a hagyományok hatása egyre inkább gyengül és meg

is szűnhet. E változások magukba foglalják az egyéni felelősségvállalást és döntéshozatalt, valamint azt, hogy az életutak már nem előre determináltak, hanem egyre kevésbé kiszámíthatóak. E kiszámíthatatlanság mellett nehéz hosszú távon gondolkodni, a döntések célja a rövid távú sikerek elérése lett. Európában a globalizáció következtében a nemek közötti egyenlőség vált elfogadottá a családokban. A posztkommunista országokban azonban a kétkeresős családmodell mellett, a háztartáson belüli férfi és női szerepek hagyományosak maradtak (Boros and Bucher 2020).

A hagyományos nemi szerepek átalakulása erősen kötődik az iparosodási folyamatokhoz. Ekkor a roma nők is gyárakban kezdtek el dolgozni a régi mesterségeik helyett. Manapság a múltbéli családon belüli feladatokra vonatkozó elvárások megszűnni látszanak a romák körében. A gyermekek kizárólagos kötelezettsége már az iskolába járás. Fontos azonban kiemelni, hogy jellemzően nem a jó jegyek megszerzése a cél, csupán az, hogy a tankötelezettség teljesítve legyen. A házasság is inkább a 30–40 éveseket és az idősebbeket jellemzi, a fiatal korosztály körében az együttélés közkeletesebb. A házasságkötést inkább a gyermekek megszületése utánra teszik. Magas azoknak a nőknek az aránya is, akik egyedül kénytelenek nevelni a gyermekeiket. A kisgyerekes szülők gyakran saját szüleikkel élnek egy háztartásban. A kapcsolatok már nem olyan stabilak, mint régi időkben. A párok könnyebben válnak szét egymástól és keresnek új partnert maguknak. A közös gyermekek nem jelentenek visszahúzó erőt, hiszen a romák nagyon szeretik a gyerekeket, így a keletkezett mozaik családokban nem okoz gondot a közös nevelésük (Boros and Bucher 2020).

A roma nők alárendelt szerepe már kezdi érvényét veszteni, mivel többnyire dolgoznak, tisztességes munkával szerzett fizetésük van, vagy ha gyermeket nevelnek, gyermekgondozási díjat, családi pótlékot kapnak. Ezzel valamekkora jövedelmet tudnak biztosítani a családnak, a férj munkanélkülisége esetén is. Az iskolai végzettség emelkedésével a férfiak is aktívabban segítenek a háztartásban, míg az iskolázatlan, szegény családokban a nők kevesebb segítségre számíthatnak. A családi döntésekbe is már van lehetőségük beleszólni, sok helyen már nem a férfi szava a döntő, hanem együtt közösen döntenek (Albert et al. 2011).

2.4.4. Amikor a múlt és a jelen összemosódik

Amikor a lakóhely egy gazdaságilag és földrajzilag is elzárt területen helyezkedik el, a magyar társadalom motivációitól eltérő tradicionális kényszerek hatnak a fiatal korosztályra. A nők visszatérnek ahhoz a régi családmintához, amelyben a korai terhesség és a magas gyermekszám volt jellemző. Egy ilyen közösségben a nők munkaerőpiaci jelenlétét nem várják el és nem is támogatják. Emiatt az iskolába járás sem alapvető fontosságú számukra. A korai iskolaelhagyás megnehezíti vagy akár lehetetlenné teszi a fiatal nők bejutását a munkaerő-piacra. Ennek ellenére a munkanélküliségből eredő súlyos anyagi gondok sem teszik nyilvánvalóvá a szülők számára az iskolába járás szükségességét. Ebben a környezetben nincs felnőtt értelmiségi női példa a fiatalok előtt, csak az erős tradicionális értékek dominálnak. A korai gyermekvállalás okán a nők azért tekinthetők áldozatoknak, mert a fiatal korukban semmilyen beleszólásuk sincs a társadalmi folyamatokba, vakon követik a hagyományokat. Esetükben a tanulatlanság okán nem tudják magukat külső szemlélőként megfigyelni. Nincsenek tisztában vele, hogy ha ideje korán gyermekük születik, azzal csak kiszolgáltatott helyzetbe kerülnek. Az alacsony iskolai végzettség és a jövedelem hiánya korlátozza az integrációjukat, egyúttal állandósítja a társadalmi kirekesztettségüket (Czibere and Molnár 2016).

A globalizáció hatása azonban erőteljesen érvényesül a roma közösségekben is. A kölcsönös bizalomra épülő kapcsolatok egyre inkább leépülnek, a romák belső társadalmi kohéziója megbomlani látszik. Esetükben azok a támogató kapcsolatok már eltűnnek, amelyek a múltban segítettek elviselni a szegénységet és a családon belüli krízishelyzeteket. A családok marginalizálódásával egyre csökkennek a támogató kapcsolatok. Anyagi differenciálódás alakul ki, miszerint a jobb anyagi helyzetben lévő családok saját előrejutásuk érdekében már nem segítik, és nem vállalnak közösséget a szegényebb családokkal. Ez a fajta attitűd ellentmond a hagyományos cigány közösségi felfogással (Messing 2006).

A gábor cigányok kultúrájára az elmúlt években olyan neoprotestáns egyházak, mint a Pünkösdista Egyház, Hetednap Adventista Egyház vagy a Jehova Tanúi nagy hatást gyakoroltak. E vallásos közösségekben nincs már italozás, dohányzás és kevesebb a gyermekszám, továbbá nagyon fontos lett, hogy mindenkinek legyen saját, rendezett, tiszta háza. Ezek a változások természetesen a nők életére is pozitív hatást gyakoroltak, mivel bensőségesebbek lettek a családi kapcsolataik. Ugyanakkor a szigorú nemi

szerepek még mindig élnek körükben, az erős patriarchális tekintély megmaradt. Az új technikai eszközök lehetővé teszik, hogy a gyermek nemét a harmadik hónapban megtudják. Ha úgy ítélik meg, hogy sok a lány a családban, még mindig abortálják a magzatot. Manapság a gábor cigányok valamelyest modernizálódtak, de a legtöbb hagyományról nem mondanak le. Egyik legfontosabb számukra a fiatalok korai házassága, ám amíg a régi világban a szülők döntötték el, hogy ki legyen a leendő házastárs, ma már a fiatalokat is megkérdezik, hogy tetszik-e a kiszemelt (Faust 2015, Tesfay 2006, Lőrinczi 2013).

2.4.5. Az integráció útján egy fényesebb jövő felé

A hagyományokkal ellentétben egyre több nő tanul ahelyett, hogy életüket teljes egészében a családnak áldozzák. Az első generációs diplomás romák, akik hátrányos helyzetű családokban nevelkedtek, azonban a sikerek mellett nagy árat fizetnek a továbbtanulásért. Cigánynak lenni a középosztályban kettős érzés, egyrészt kiváltság, másrészt kirekesztettség. A kisebbségek mobilitási pályájának három fő modelljét különböztethetjük meg. Az első az asszimilációs modell, amely során teljes beolvadás figyelhető meg, az egyén nem hangoztatja roma eredetét és munkájában sem kifejezetten a roma ügyért dolgozik. Ebben az esetben megkérdőjeleződik az identitás, mivel a „hátrahagyott” cigány család felháborodhat a származás letagadásán vagy azon, hogy a megszerzett tudást nem arra használják fel, hogy a romákkal kapcsolatos területeken, őket segítő szakmában dolgozzanak. A második a felfelé irányuló mobilitási modell, mely során a romák beépülnek a hazai munkaerő-piac magánszektorába, s ott, mint szakértők dolgoznak. Nem tagadják le, hogy roma származásúak, de különösebb jelentőséget sem tulajdonítanak neki. A harmadik és leggyakoribb, a roma mobilitási pálya, ami további három részre bontható. Első a kétkulturális roma középosztályi identitás, amelyben nem csak a magyar, de a roma kultúra is értékes. Ezt az identitást kettős gyökerűség jellemzi, de meg kell küzdeni a roma közösségtől való elidegenedéssel, amelyet a magas iskolai végzettség okoz, mivel az egyetemi szintű továbbtanuláson keresztül a nő „magyarrá változik”. A második mobilitási út szerint a tanult nők egyesületeket vagy romákat támogató programokat hoznak létre vagy vesznek benne részt. Ez segít leküzdeni a státuszszorongásaikat és a „kulturális kizökkenésüket”. A harmadik mobilitási út lényege a származási közösségnek való „visszaadás”, tehát a romák olyan munkaerőpiaci

szektorban dolgoznak, ahol szegény, szintén roma embereken tudnak segíteni (Durst and Bereményi 2021).

A nők társadalmi felemelkedése a párkapcsolatokat is befolyásolja. Esetükben bonyolultabb megtalálni a megfelelő párt, aki megérti és elfogadja a kulturális háttérüket. Ha azonban megtalálják a megfelelő társat, elköteleződnek mind a munkájuk mind a családjuk iránt. Bár a tanult roma nők, függetlenül attól, hogy első vagy többgenerációs értelmiségiek, a családjuk jellegét tekintve hagyományörző vagy asszimilálódott, úgy érzik, hogy munkájuk túlmutat az önmegvalósításon, nekik ez a szívügyük. Úgy vélik, hogy a munka és a család egyaránt fontos szerepet tölt be az életükben, és nem zárják ki egymást. Ha olyan állásuk van, amelyben ki tudnak teljesedni a gyermekek megszületése után is, egy életre elhivatottak lesznek. Természetesen életmódjuk menedzseléséhez szükség van a házastárs, családtagok segítségére. A továbbtanulásnak és a karriernek ára van, mivel kiszakadnak otthoni környezetéből, viszont az iskola elvégzése után többségük a romák ügyével, segítésével foglalkozik. Így az identitástudatuk megmarad és önmagukra találnak roma női értelmiségiként, úgy, hogy tudásukat, tapasztalatikat felhasználva másoknak is segíthetnek. Körükben a leginkább preferált területek közé tartozik a szociális szféra, a pedagógia és a média. Sajnos, amíg a romák a magyar társadalom előítéletekkel leginkább sújtott kisebbségi csoportja, addig a felsőoktatásba bekerülő roma nők erre válaszképpen leginkább csak olyan tanulmányokat folytatnak, amivel saját népük élethelyzetén javítani tudnak. Munkájukat nagyrészt az állami vagy nonprofit szektorban végzik, emiatt bérezésük alacsonyabb lehet és karrierlehetőségük is korlátozottabb, mint a magánszektorban. A pályaválasztás a nők szabad akarata, ugyanakkor jó lenne, ha több esélyük adódna a magánszektorban is dolgozni, olyan területen, amelyek nem kifejezetten kapcsolódnak romák ügyéhez. Az iskolázott romák esetében kialakulhat az identitásválság, mivel a kevésbé elfogadó munkahelyi körökben, - amennyiben az antropológiai jegyek lehetővé teszik -, a remélt előnyök érdekében inkább letagadják származásukat. Ez a súlyos döntés az erős családi szálak elvágását jelenti, ennek következtében érzelmileg és fizikálisan is eltávolodnak egymástól a családtagok. Ezért alapvetően fontos lenne a kapcsolódási lehetőségek megtalálása a tanult többségi és kisebbségi nők között, mivel ez új dimenziókat nyitna mindkét fél számára és a kirekesztettség is jelentősen csökkenne. Kétféle nézőpont alakult ki.

Vannak, akik a hagyományok tiszteletében látják a roma kultúra „gyógyító” erejét, mivel az elveszni látszó közösségi szellem feltámasztását tartanák rendkívül fontosnak. Mások a megújulásban hisznek, szerintük, ha a kultúrák keverednek egymással, az lehetőséget ad a másik oldal jobb megismerésének, ezáltal könnyebb elfogadást eredményez. Nyilvánvalóan nem csak a két véglet van, a gondolkodásmódban lehetnek átmenetek, de bármilyen szempontból is vizsgáljuk a kérdést, a konklúzió nem változik. Attól, hogy egy roma nő értelmiségivé válik, ne jelentse azt, hogy szakítva a hagyományokkal elveszíti identitását, mert ez nagy akár feldolgozhatatlan törést is okozhat az életében (Zsámbáné 2016, Durst et al 2016, Nyíró and Durst 2018, Dész 2021, Bereményi and Durst 2021).

A közbeszédben és a médiában általában azt hangoztatják, hogy a roma nők tradicionálisak, a magyarokról pedig, hogy modern felfogásúak. Ezzel ellentétben számos magasan képzett roma nő sokkal kevésbé tradicionális felfogású, mint ahogyan a többségi társadalom tagjai között viszont sokan követik a hagyományokat, különösen igaz ez a családi értékek, nemi szerepek tekintetében. Az etnikai hovatartozás a mai napig erős társadalmi tényező, azonban nem mindig és nem minden kontextusban határozza meg az egyén preferenciaformálását. Manapság sok roma nő ugyanúgy él, gondolkodik és viselkedik, mint nem roma, városi középosztálybeli társaik. Szerencsés és pozitív tapasztalataik révén romának lenni számukra „csupán” a családot jelenti. Ezért szabad(abb) a pályaválasztási lehetőségük, nem terheli őket plusz felelősség a roma csoport által (Durst et al 2014).

2.5. A romák lakáskörülményei

Az EU, és a saját országuk népességén belüli magas reprezentáltságuk ellenére a romák jelentős része még mindig megkülönböztetéssel néz szembe. A 21. században is túlnyomó többségük szegregáltan él: elszigetelve a nem roma népességtől a városok peremén, hulladéklerakók közelében vagy olyan falvakban, amelyek távol vannak a nagyobb főútvonalaktól. Általában szegényes, zsúfolt környezetben, rossz minőségű, infrastrukturális hiányosságokkal rendelkező lakásokban élnek. Emellett a munkanélküliség is nagyobb arányban van jelen. Az európai roma lakosság 80%-a az országuk szegénységi küszöbe alatt él, a háztartások egyharmadában nem érhető el a vezetékes ivóvíz (European Union Agency for Fundamental Rights 2016, Anthonj et al. 2020, Fundación Secretariado Gitano 2009).

Népegészségügyi felmérések rávilágítanak arra, hogy a romák körében gyakoribb a fertőző betegségek előfordulása, mint a nem romák esetében, mivel e betegségek kockázatát növelik a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági körülmények és az alacsony életszínvonal. A magasabb megbetegedési arány oka legtöbb esetben a vízhiány, a rossz higiéné, a kedvezőtlen egészségügyi feltételek, a zsúfolt életterek, a kockázatos szexuális magatartás, valamint az állatokkal és hulladékkal való érintkezés (Zeman et al. 2003, Tombat et al. 2020, Antolová et al. 2018 a., Halánová et al. 2018, Antolová et al. 2018 b., Fecková et al. 2020. European Commission 2014).

Miközben az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization; továbbiakban: WHO) szerint a vízzel, higiénéval és szennyvízzel kapcsolatos beavatkozások, mint a vízminőség javítása 28-45%-kal csökkentheti a hasmenéses megbetegedések számát (World Health Organization 2014). Franciaországban a romatelepeken kialakított WC kabinok használata 20%-kal csökkentette a gyermekek körében a hasmenés előfordulását, ezzel együtt kevesebb húgyúti, bélparazita és szemfertőzést detektáltak (Chaudhuri 2017).

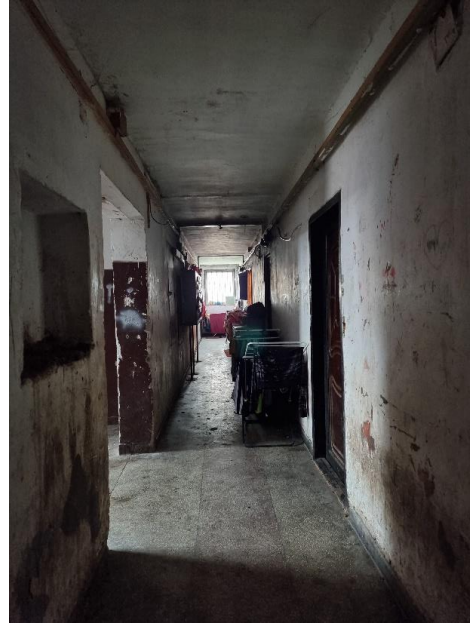
2.5.1 Magyarország

Magyarországon is kutatások bizonyították, hogy vannak olyan betegségek, amelyek inkább a cigányokat érintik. Ezek a rossz lakáskörülmények, az alultápláltság és a lakások túlszűfolttsága miatt alakulnak ki, illetve járványügyi szempontból a telepeken élő cigányok vannak a legnagyobb veszélyben (Forray 2013). A nyíregyházi telepeken lévő roma lakások általában omladozóak, hidegek, nedvesek, a szigetelés és a fűtés hiánya miatt a gyerekek megfázása gyakori. A rendszeres nedvesség miatt a falak penészesek. A házaknál lévő hulladék miatt elszaporodtak a patkányok és az egerek, amik az egyébként tisztán tartott lakásokba is bejutnak (Ember 2019). Az Európai Bizottság által támogatott „Egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése a roma közösségekben” elnevezésű program keretein belül készült felmérésben megállapították, hogy a telepeken élő romák közmű ellátottsága a legrosszabb. A felmérésben részt vett lakások 48,6%-ában volt hideg folyóvíz, 31,9%-ában melegvíz, 95,8%-ában áram, 6,8%-ában központi fűtés, 18,1%-ában csatorna és 8,9%-ában gáz. Fürdőszoba csak a telepeken lévő lakások 58,6 %-ában elérhető. Fürdőszoba hiányában 90%-uk lavórban vagy dézsában tudja megoldani a tisztálkodást, illetve vannak, akik szomszédnál vagy rokonnál fürdenek. (Fundación

Secretariado Gitano 2007). Az Európai Unió Alapjogi Ügynöksége (European Union Agency for Fundamental Rights; továbbiakban: FRA) által készített 2016-os jelentés alapján a magyarországi roma lakások 33%-a nem rendelkezik vezetékes vízzel, 38%-uk pedig fürdőszobával. A lakások magas aránya (44%) nedves vagy beázott (European Union Agency for Fundamental Rights 2016). Egy 2018-as felmérésben a magyarországi roma nők körében vizsgálták a lakások közműellátottságát, higiénés szokásokat és ennek kapcsán a morbiditási adatokat. Arra a következtetésre jutottak, hogy a lakások 40,8%-ához nem volt bekötve szennyvíz elvezető csatorna. Ivóvíz a lakások 15,4%-nál, gáz 53,2%-nál, elektromos áram 1,3%-nál, konyha 2,7 %-nál hiányzott. Fürdőszoba 18,7%-nál, mellékhelyiség 22,7%-nál, melegvíz 28,1% -nál, a vezetékes ivóvíz bekötése 15,4%-nál hiányzott. A felmérésben részt vett roma nők 24,1%-a még mindig lavórban mosakodott. Az alacsony komfortfokozatú ingatlanok esetében lázas állapot, hányás, megfázás és hasmenés gyakrabban fordult elő. Úgy találták, hogy a közműhiányosságok halmozódása kedvez a különféle betegségek kialakulásának (Mózes et al. 2021). Ungváry felmérésében a roma és nem roma munkanélküliek higiénés szokásait hasonlította össze. Azt találta, hogy a roma lakosok 69,5%-a tisztálkodik naponta, ami lényegesen alacsonyabb a nem romákhoz képest, ahol ez az arány 89,3%. Szignifikánsan magasabb azoknak a romáknak az aránya, akik csak hideg vízben tudnak fürdeni (28,4%) és kevesebben vannak, akik minden étkezés után (11,2%) vagy naponta kétszer (26,7%) fogat mosnak. A munkanélkülivé válást követő években a roma nőket vizsgálva megállapította, hogy a láz (52,6%), a garatgyulladás (68,0%) és a hányás (20,1%) gyakrabban alakult ki náluk, mint a nem romáknál (Ungváry et al. 2016). Magyarországon a romák negyede, ötöde kolóniákban, telepszerű körülmények között él. A telepeken a leggyakoribb hiányosságok a szennyvíz-, gáz- és vízvezetékek hiánya, továbbá egészségre ártalmas a felhalmozott nagy mennyiségű hulladék, és a felázott talaj (Kósa et al. 2009).

2.5.2. Románia

A romániai romák esélyegyenlősége már születésükkor sérül, mivel jellemzően tízből kilenc roma gyerek szegény családba születik. Jelentős részük rossz, hiányos infrastruktúrájú lakásban nevelkedik (5-7 kép).



5-6. kép Románia, Kizárólag romák lakta tömbház (forrás: saját készítés)



7. kép Románia, közmű nélküli roma kunyhó, életet veszélyeztető fűtési megoldással (forrás: saját készítés)

A romák 30%-a romos házban vagy nyomornegyedben él, szemben a nem roma lakossággal, ahol ez az arány 4%. A rossz lakáskörülmények és a nem megfelelő hozzáférés az egészségügyi, vízellátási szolgáltatásokhoz hozzájárul a gyermekek légzőszervi és egyéb fertőző, hasmenéssel járó betegségeinek kialakulásához. A vidéken élő szegények (akik nagy arányban roma származásúak) egészségügyi ellátása a

leginkább akadályozott. A romániai romák 42%-a nem vesz igénybe egészségügyi ellátást, amikor egyébként szüksége lenne rá (szemben a nem romák 25%-ával). Ennek okaként az anyagi problémákat, a biztosítás hiányát és a magas gyógyszerköltségeket jelölték meg (Kosuke et al. 2014). A romániai romák társadalmi-gazdasági változói, például az iskolai végzettség és a jövedelem nagyobb valószínűséggel korreláltak a krónikus betegségekkel. A rossz higiéniai körülmények miatt a romák mind Magyarországon, mind Romániában veszélyeztetettnek érzik az egészségüket (Masseria et al. 2010). Făgăraș városban 2013-ban felmérték a romák lakáskörülményeit. Arra a megállapításra jutottak, hogy az otthonok 98%-ában nincs központi fűtés, 68,5%-uk nem csatlakozott csatornahálózatra, 72%-ban nincs fürdőszoba, 69%-ban nincs gáz bekötve, 29,5%-ban nincs elektromos áram. Az épületek 29,5%-a nem rendelkezik konyhával, 20%-uk pedig vezetékes vízzel. A lakosok 71,5%-a térhiányra, 71,5%-a falak nedvességére, 55%-uk pedig a tető beázására panaszkodott (Rezeanu a., b.). 2016-ban a FRA elvégezte a kisebbségekről és a hátrányos megkülönböztetésről szóló második felmérését, amelyben azt találta, hogy a romániai ingatlanok 68%-a nem rendelkezik lakáson belüli vezetékes vízzel, 79%-ában nincs fürdőszoba, a lakások falának a 26%-a nedves vagy beázott (European Union Agency for Fundamental Rights 2016 b.).

Romániában és Szlovákiában vizsgálták az otthonok egészségét, ami kiterjedt a beltéri levegő és a tágabb értelemben vett beltéri környezet minőségének vizsgálatára. Az otthonokban megmérték a szén-monoxid (CO), a szén-dioxid (CO₂), az összes szálló por (PM), a hőmérséklet és a páratartalom szintjét. Megállapították, hogy Romániában magasabb volt a CO, a CO₂ és a PM szintje. Továbbá környezeti és viselkedésbeli veszélyeket is detektáltak, mint a beltéri dohányzás, a háziállatok bent tartása, a rágsálók jelenléte vagy a szellőzés hiánya. A kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy a romák lakta ingatlanokban a beltéri levegőszennyezés egészségügyi veszélyt jelenthet, mivel ők viszonylag hosszú időt töltenek a házakban (Majdan et al. 2012).

2.5.3. Szlovákia

A szlovákiai telepeken élő romák rossz egészségi állapotának okozója az anyagi problémák és az egészségtelen életmód mellett a vezetékes víz, a csatornarendszer és a szemétszállítás hiánya, ami növeli számos fertőző betegség, köztük a Hepatitis E, a *Cryptosporidium* és parazita fertőzések kialakulásának kockázatát (Halánová et al.

2018, Hasajová et al. 2014, Drazilova et al. 2018, Babinská et al. 2014, Havírová et al. 2021, Pipiková et al. 2017). Szlovákia 1042 megfigyelt roma településén víz a lakások 62%-ánál volt bekötve. A lakosok 32%-a használta a közcsonát, 19%-a gázt és 86%-uk lakása csatlakozott az elektromos hálózathoz (Sika et al. 2020). A FRA 2016-os jelentése szerint a lakások 27%-a nem rendelkezett vezetékes vízzel, 29%-uk fürdőszobával, a lakások 38%-a nedves vagy beázott volt (European Union Agency for Fundamental Rights 2016 b.). Szlovákia 800, romák lakta településén felmérték a közműellátottságot. A vizsgálat idején a roma háztartások 76%-ának volt potenciális hozzáférése a vízvezetékhez, viszont a háztartások 59%-a rendelkezett lakáson belül vízeléréssel. A roma háztartások 51%-ának volt hozzáférése a közüzemi csatornarendszerhez, viszont 35%-uk volt ténylegesen rákötve és használta azt. A kutatás a korábbi évek fertőző betegségeinek kitörési helyével összekötötte a településeket, tehát az azonosított fertőző betegségeket, a szennyvízelvezetési és/vagy vízellátási infrastruktúra hiányával hozták összefüggésbe. Jellemzően fecal-orál útvonalon történő megbetegedéseket azonosítottak, mint Hepatitis A, Hepatitis E, Rotavírus, Campylobacter, Shigella flexneri és Shigella sonnei. A járványkitörési esetek 85%-a olyan településeken fordult elő, ahol a roma lakosok nem rendelkeznek vízvezetékhez és csatornarendszerhez való hozzáféréssel (Filčák and Škobla 2021).

2.6. A romák és az egészségügy (orvos-beteg kapcsolat, egészségüghöz való hozzáférés, betegségfelfogás, szűrések)

Az European Commission szerint a romák száma 10-12 millióra tehető (European Commission 2020 a.), 50-60%-uk Közép-Kelet Európa országaiban él. Az Európai Unió több tanulmánya is közölte már, hogy a romák lakhatási, foglalkoztatási problémáik és alulképzettségük okán Európa egyik legsérülékenyebb csoportja. Egészségük a nem roma lakossághoz viszonyítva rosszabb és rövidebb a várható élettartamuk. A roma gyermekek esetében nagyobb az olyan egészségügyi kockázati tényezők előfordulása, mint az egészségtelen lakókörnyezet, az alacsony születési súly és az alacsonyabb védőoltási hajlandóság. Szükség esetén nehezebben tudják igénybe venni az egészségügyi ellátást, amelynek oka a személyi dokumentációk hiánya és az ellátás megfizethetlensége, (Cook et al. 2013, European Communities 2003, European Commission 2014, FRA 2013, Jarcuska et al 2013, European Union Agency for Fundamental Rights 2016 a. b.,

International Bank for Reconstruction and Development 2019, Sándor et al. 2020, Parekh and Rose 2011, Kaluski et al. 2015, Orton et al. 2022) valamint az egészségbiztosítás hiánya is nagy problémát jelent, kifejezetten a kelet-európai országokban (Kühlbrandt et al. 2014).

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést több dolog is nehezíti, úgy mint az anyagi korlátok, a rendszer bonyolultsága miatti nehéz eligazodás, továbbá a mobilitási és nyelvi akadályok, valamint az egészségügyi dolgozók elfogadásának hiánya, főként a népességcsoport kulturális és vallási sajátosságai miatt. A romák panaszkodtak továbbá a rosszabb, megalázó bánásmódra, és a többségi lakosoktól való elkülönítésre is. A beteg és az egészségügyi személyzet közötti bizalomnak is döntő szerepe van az ellátási folyamatban. E csoportra azonban még inkább jellemző, hogy nem bízik a szolgáltatókban és általában az egészségügyi ellátásban, ami tovább rontja az amúgy is nehéz helyzetet. Alapvetően az analfabetizmus magas aránya és a romák kommunikációjának alacsony színvonala az egyik lehetséges oka az egészségügyi szakemberek és a romák közti konfliktusoknak. Kimutatták, hogy az iskolai végzettség növekedésével, az egészségügyi szolgálattal való elégedettség is növekszik. Ezt a megállapítást több további tanulmány is megerősítette, mivel a romák alacsonyabb iskolai végzettsége az egyik legfontosabb tényező, ami hozzájárul mind a rossz egészségi állapothoz, mind a megelőzési intézkedésekkel kapcsolatos korlátozott ismeretekhez. Emiatt a primer prevenció fontosságát, előnyeit sem tudják teljes mértékben felmérni (Hanssens et al. 2016, McFadden et al. 2018, Siebelt et al. 2017, Arora et al. 2016, Bioka et al. 2009).

Az érzékelt diszkriminációt és az ellátás minőségét nehéz mérni a kisebbségi csoportokban, mivel az alacsony elvárásuk befolyásolja ezen hatások érzékelését. Roma nők tapasztalták, hogy származásuk miatt nehezebb orvoshoz jutni, hosszabb a várakozási idő és rosszabb az ellátás. Azok a nők, akiknek a rokonai, ismerősei Nyugat-Európában dolgoztak, és volt némi rálátásuk az egészségügy másfajta, jobb színvonalára, az rájuk is hatással volt, mert így magasabb lett az ő elvárásuk is a kezeléseket illetően. Az egészségügyi szakemberek és a roma betegek közötti kommunikációs gondokat nagyon jól szemlélteti, hogy az orvosok többnyire arról panaszkodnak, hogy a roma nők nem figyelnek az utasításokra, míg a nők azt mondták, hogy nehezen értik meg, amit az orvos mond nekik. Ezért szükséges lenne az egészségügyi dolgozók számára is olyan képzés,

amellyel javulás érhető el a romákkal való kommunikáció és a kulturális kompetencia terén (Janevic et al. 2011). Az általánosítás is okozhat kellemetlenségeket, hiszen egy roma személy kezelése során egyes egészségügyi szakemberek hajlamosak azt feltételezni, hogy olyan emberrel van dolguk, aki alacsony társadalmi státuszú, iskolai végzettségű vagy szegény. Ebben az értelemben sok szakember közvetlenül arra asszociál, hogy a roma betegek nem képesek az alapvető kezelési eljárásokat megérteni vagy az orvosi utasításokat végrehajtani. Olyan sztereotípiák is gyökeret vertek a roma nőkkel szemben, hogy a férfiaknak alárendeltek és csak a gyermekek gondozásával foglalkoznak. Továbbá úgy vélik, hogy a szüzesség, ami a romák kultúrájában nagy érték, arra készteti őket, hogy ne vegyék igénybe a nőgyógyászati kezeléseket (Aiello et al. 2018).

A Görögországban élő romák nyíltan fejezték ki negatív érzéseket a közegészségügyi szolgáltatásokkal és az egészségügyi szakemberekkel kapcsolatban. Ám hozzáállásuk számos tényezőtől függ, mint az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés vagy a biztosítással kapcsolatos ismeretek hiánya. E bizalmatlansági helyzet fennállása miatt előfordul, hogy problémáikat az alapján oldják meg, amit a helyi vezetőjük mond nekik, és egyre kevesebben választják a modern egészségügyi ellátást. A romák nagyobb hányada negatív érzelmeket mutat, elégedetlenséget és bizalmatlanságot érez az orvosi eljárásokkal és szolgáltatásokkal szemben. Lényeges kiemelni, hogy minél kevesebb a bizalom az egészségügyben, annál inkább felerősödik a népi gyógyászatba vetett hit (Kotrotsiou et al. 2019, 2022).

De milyenek a roma betegek külső szemmel? Egyik megállapítás szerint nem szeretnek orvoshoz járni. Ennek több oka is lehet. A szegény telepeken élő romákra jellemző, hogy nem tudnak megfelelően tisztálkodni és felöltözni az orvosi vizsgálatra vagy nem tudják kiváltani a gyógyszereket és a szégyenérzet miatt inkább meg sem próbálják orvosolni a bajaikat. Továbbá elbagatellizálják a betegséget, azt gondolják, majd kiheverik és elmúlik, csak a súlyos esetekben, elviselhetetlen fájdalom alkalmával döntenek a vizsgálat elvégzése mellett. Nem jellemző a szokványos, progresszív ellátási szinteknek megfelelő betegút bejárása, mint az alapellátás – szakorvos - kórházi kezelés. Leginkább a sürgősségi ellátást veszik igénybe. Illetve a mélyszegénységben élők között érvényesül egy olyan önpusztító elgondolás is, hogy hiábavaló a betegségből felépülni, ha ugyanabba a nyomorúságos körülménybe térnek vissza. Ők a jelenben élnek és nem igazán terveznek

előre. A napi szükségletek előteremtésére összpontosítanak, az egészségük megőrzésére sem gondolnak távlati célként. A jelenben élnek, hedonista módon minden lehetséges élvezetet kihasználva, mint a cigarettázás, alkohol, kiadós étkezések és a szex. A másik megállapítás szerint jellemző rájuk, hogy orvoshoz fordulnak a legjelentéktlenebb tünetek észlelése esetén is. Ez a jelenség inkább azokra a romákra jellemző, akik nem a periférián élnek, hanem a többségi társadalommal együtt, hasonló normarendszerben, ám mégsem érzik magukat egyenlőnek, ezért „kiharcolják” a figyelmet. Társadalmi egyenlőséget szeretnének érezni azzal, hogy ők is részesülnek az ellátásban. Ez azonban csak az esetek kisebb százalékában fordul elő. Valószínűleg a betegek többsége nem viselkedik kirívóan az egészségügyi intézetbe belépve, ám bizonyos betegek megnyilvánulásai erősítik és rögzítik a romákkal szembeni negatív sztereotípiákat az egészségügyi dolgozóknál (Szuhay 1999 120-130).

Fontos megállapítani azt is, hogyan vélekednek a betegségekről vagy éppen az egészségről. Elmondható, hogy nincs általános egyetértés abban, hogy mi az egészség és mi a betegség. Számukra az egészség fogalma, az egészséggel kapcsolatos tapasztalatok megfoghatatlanabbak, mint a betegséggel kapcsolatosak. Az egészséget a boldogsággal és a szabadsággal azonosítják, amit az egyén és a család egyaránt nagyra értékel. Az egészség és betegség túllép az egyénen, és kölcsönhatásban áll a tágabb családdal, ami az egyén döntéseit is befolyásolja. Ez a jelenség közvetlen hatással van a klinikai gyakorlatra is, ugyanis az orvossal megbeszélte és egyeztetett utasításokat utólagosan megváltoztathatják. Mivel e közösség „leegyszerűsítve” értelmezi a környezetét, így az egészség magyarázata is nagyon egyszerű, sarkalatos: az embernek vagy van, vagy nincs. Ez azt jelenti, hogy ha a betegség látható része már eltűnt, akkor maga a betegség is megszűnt, és a kezelés elhagyható. A betegség meglétét nehezen fogadják el, általában a tagadás állapotában vannak a végletekig. Amikor a betegség már nagyon súlyos, és következményei vannak, akkor az kézzelfoghatóvá, „láthatóvá” válik számukra és akkor cselekednek (sokszor túlságosan későn). Úgy tartják, hogy a testüket sújtó betegségeket külső erők okozzák/befolyásolják (Isten és természeti erők). Többnyire kerülnek is, hogy a betegségről beszéljenek. Ezek a szempontok határozzák meg az életmódjukat, a kockázat érzékelésüket és azt a pillanatot, amikor úgy döntenek, hogy segítséget kérnek. Legtöbb esetben ez akkor történik, amikor valaki már beteg, ami arra utal, hogy nem ismerik és nem tudják kihasználni a felkínált egészségügyi szolgáltatásokat. Ez a magatartás

magyarázatot adhat arra is, hogy miért alacsony az orvosi konzultációk aránya a megelőzéssel, szűrővizsgálatokkal kapcsolatban (Ramos-Morcillo et al. 2019, Pop 2015). A koronavírus világjárvány (Coronavirus disease 2019; továbbiakban: COVID–19) bebizonyította, hogy azok az emberek, akik nagyobb kockázatnak vannak kitéve a megbetegedéseknek, azok nagyobb valószínűséggel mutatnak rosszabb egészségmagatartást és rosszabb egészségi állapotot. Különösen a rossz társadalmi-gazdasági körülmények között élő, kiszolgáltatott csoportok, így például a roma kisebbség, nehezebben jutnak hozzá az egészségügyi szolgáltatásokhoz. Emellett a krónikus betegségek rutinszerű ellátása folyamatos nagy kihívást jelent. A szűrővizsgálatok hiánya hosszú távon nagyobb terhet ró a társadalomra, különösen az olyan kisebbségek esetében, mint a romák, akik már a világjárvány előtt is alacsonyabb hajlandóságot mutattak a szűrővizsgálatokra (Chudasama et al. 2020, Villani et al. 2021, Carcopino et al. 2022, Usera-Clavero et al. 2020).

2.6.1. Méhnyakrákszűrés

A szűrővizsgálatok között kiemelten fontos a méhnyakrákszűrést megemlíteni, ugyanis ez egy hosszú idő alatt kialakuló betegség, ami mára a hatékony szűrési módszerekkel korai stádiumban kimutatható és kezelhető (Mezei et al. 2017, Papp 2021). Magyarországon (Nemzeti Népegészségügyi Központ a. 2023), Romániában (European Commission 2021) és Szlovákiában (National Oncology Institute 2020) is jogosult a lakosság a szűrővizsgálaton ingyenesen részt venni. Az eradikálási törekvések ellenére a méhnyakrák a 4. leggyakoribb daganatfajta a nők körében, amelynek előfordulása magasabb az alacsonyabb jövedelmű országokban élők között (Mihály-Vajda et al. 2021, Arbyn et al. 2020). A magas kockázatú humán papillomavírus (továbbiakban: HPV) szexuális úton terjedő fertőzés, ami megjelenik, majd elmúlik. A daganat kialakulásának szempontjából a HPV érintettség tartós fennállásának van fontos szerepe (Mihály-Vajda et al. 2021, Khalil et al. 2015). Azonban a HPV elleni vakcina megjelenésével már nem csak a szűrővizsgálatokra, de primer prevencióra is van lehetőség (Papp 2021, Joura et al. 2015). A fejlett országokban, ahol a HPV elleni vakcina használata elterjedt, ott a betegség előfordulása is csökkent (Ferko et al. 2008). HPV-pozitív nők körében több kockázati tényező ismert, ami hozzájárul a daganat kialakulásához. A dohányzás és a klamídiafertőzés megkétszerezi az esélyt (Plummer et al. 2003, Smith et al. 2002). A

méhnyakrákra nézve fokozott veszélyt jelent a szexuális partnerek gyakori váltogatása (Hegyaljay et al. 2010), az emberi immunrendszert gyengítő vírus (Human Immunodeficiency Virus; továbbiakban: HIV fertőzés) (Olorunfemi et al. 2018), a hormon tartalmú fogamzásgátlók használata (Moreno et al. 2002) és az immunszuppresszió (Moscicki et al. 2019).

A korosztályok tekintetében a méhnyakrák morbiditása 25 éves kor felett kezd el emelkedni. A fejlett országokban az incidencia viszonylag korán, a 40. életkorban éri el a csúcst, ezzel szemben az alacsony jövedelmi szintű országokban a morbiditás folyamatos emelkedést mutat a nők 55–69 éves koráig. Globális szinten az előfordulása 50-54 éves korban éri el a csúcst (Arbyn et al. 2020). Mivel ez a fajta daganattípus viszonylag fiatal életkorban alakul ki, ezért a korai halálozás okozta élettartam-veszteség is jelentősebb, mint más daganatok esetében. A fejlett országokban a jól működő szűrőprogramoknak köszönhetően már korán észlelik az elváltozásokat, ami a betegség korai tetőzését okozza (Yang et al. 2004).

Több kutatás világított rá arra, hogy az etnikai kisebbséghez tartozó nők kevesebbet tudnak a méhnyakrákszűrés fontosságáról. A negatív érzelmek, mint a félelem és a szégyen, az időhiány, valamint a tünetek hiánya miatt nem észlelt kockázat, akadályozhatja a vizsgálatokon való részvételt. A HPV elleni védőoltás beadását akadályozó leggyakoribb tényezők a csekély információ iránti igény, a szexszel kapcsolatos aggályok és a mellékhatások miatti aggodalom, továbbá nem hiszik, hogy a vakcina védelmet nyújthat (Marlow et al. 2009, 2015).

2.6.2. Magyarország

Hazánkban mind a romák, mind a nem romák magas arányban rendelkeznek egészségbiztosítással. Ennek ellenére a romák több mint fele soha, vagy igen ritkán veszi igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, beleértve a háziorvosokat is (European Commission 2014).

A méhnyakrákszűrés 2003 óta történik szervezett módon hazánkban a 25-65 év közötti nők körében (Nemzeti Népegészségügyi Központ a. 2023). A HPV elleni védőoltás pedig 2014-től elérhető (Nemzeti Népegészségügyi Központ b. 2023). A szűrőprogram bevezetését követő 10 évben a citológiai vizsgálatokon való részvételi hajlandóság növekedett, így a méhnyakrák incidenciája 21,2%-kal, a halálozás pedig 25,5%-kal

csökkent (Boncz et al. 2007, Sárváry et al. 2019). A daganatos megbetegedések globális statisztikáját tartalmazó adatbázis (Global Cancer Observatory; továbbiakban: GLOBOCAN) adatai alapján azonban az elmúlt 20 évben a program ellenére sem sikerült a méhnyakrák előfordulását szignifikánsan csökkenteni (Krasznai and Molnár 2022). 2020-as adatok alapján 1000 új méhnyakrák esetet regisztráltak az országban (Nemzeti Rákregiszter 2023). A lakosság átlagosan tájékozottnak mondható a méhnyakrákkal kapcsolatos alapvető kérdésekben. Ismerik a szűrővizsgálat menetét, vagy a betegség terjedését, azonban a kockázati tényezőkről keveseknek van tudomása. Az életkor előrehaladtával a nők tudása növekedést mutat, de ennek ellenére mégis ritkábban járnak szűrővizsgálatokra (Hegyaljay et al. 2010). A KSH által lebonyolított Európai lakossági egészségfelmérés (továbbiakban: ELEF) adatai szerint a 25–54 éves korosztály 78–85%-a tesz eleget az ajánlásnak, míg a 55–64 éves korosztálynak csak a 60%-a jár szűrésre. Azok a nők, akik iskolázottabbak és jobb anyagi helyzettel rendelkeznek, nagyobb arányban vesznek részt a vizsgálatokon (Központi Statisztikai Hivatal 2019).

A magyarországi roma nők körében a méhnyakrák kialakulását növelő kockázati tényezők, mint a dohányzás, a korán megkezdett szexuális élet és gyermekvállalás, valamint a szülések száma, magasabb. Mindemellett a HPV és a méhnyakrákkal kapcsolatos tudásuk hiányos, aminek a hatására a veszélyt kevésbé tudják azonosítani és felmérni. Ez mind a nők, mind a fiatalabb fertilis korú lányok esetében is meggátolja őket abban, hogy racionalizálják a tényleges kockázatokat és felismerjék a szűrővizsgálat fontosságát. A szűrővizsgálat elmulasztását azzal indokolják, hogy félnek a betegség felismerésétől, illetve egészségesnek, vagy túl öregnek gondolják magukat, és úgy vélik, emiatt a méhnyakrák már nem alakulhat ki. Az anyagi korlátokra, előző negatív tapasztalatokra, az időhiányra és a fájdalomtól való félelemre is többen hivatkoztak (Pakai et al. 2018). A magyarországi telepeken élő romák méhnyakrákszűrési szokásai a legrosszabbak. Egy Észak-Alföldön végzett felmérés eredményei alapján a roma nők 70,4%-a válaszolta azt, hogy évente javasolt méhnyakrákszűrésre menni, ennek ellenére a kutatásban részt vevő nők 31,3%-a válaszolta, hogy citológiai kenetet vettek tőle az elmúlt évben. További 9,8%-uk azt válaszolta, hogy sosem vett részt ezen a vizsgálaton (Libicki and Fedor 2022).

A magyar roma nők szerint a szűrővizsgálatoknak több akadálya is van. A leggyakoribb okok: meztelenség miatt érzett szégyenérzet a szűrővizsgálat során (48,1%), a félelem

attól, hogy a szűrővizsgálaton találjanak valamit (45,6%), továbbá félelem a szűrési eljárás fájdalmasságától (37,1%). Ezek az akadályok csökkentik a szervezett egészségügyi szűréseken való megjelenést. Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyében méhnyakszűrésen a felnőtt roma nők 70%-a vett már részt valaha. Ha a veszélyeztetett korosztályt, a 25-65 év közötti nőket külön vizsgálták, kicsit magasabb, 75%-os részvételt találtak. Ez az eredmény is még kissé elmarad a nem roma nőktől, akiknek a 84%-a vett már részt valamikor méhnyakszűrésen az országos adatok alapján. A gyakoriságot vizsgálva a roma nők 26%-a az elmúlt 12 hónapban, 13%-a egy évnél régebben, de két éven belül, 8%-a pedig 3 éven belül volt méhnyakrák szűrésen utoljára. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2014. (V.21.) ESzCsM rendelet alapján a méhnyakrák szűrés a védőnői kompetencia része lett, amelyet az egyetemi képzésbe is beépítettek, továbbá minden, már pályán lévő védőnőnek is el kellett végezni a továbbképzést. A védőnő és a körzetben lévő roma nők közötti szoros és jó kapcsolat lehetővé teszi, hogy a szűrővizsgálathoz minél több nő hozzájusson. Továbbá az, hogy a vizsgálatot helyben végzik el, sokkal nagyobb hajlandóságot eredményez, mivel nem kell utazni és várni a rendelőben. Ez kifejezetten hasznos szegregált településeken, ami kiesik a városok vonzásköréből (Kutatási zárójelentés 2017, 49/2014. (V.21.) ESzCsM rendelet).

A védőnői szolgálattal ellentétben az orvosokkal nem mindig felhőtlen a romák kapcsolata. Hazánkban a romák 11%-a válaszolta, hogy érte már őt vagy családtagját hátrányos megkülönböztetés az egészségügyi ellátás során (Fundación Secretariado Gitano 2007). Az egészségügyi dolgozók és a roma páciensek közötti konfliktusok oka a félreértések, melyek elsősorban a kulturális különbségek ismeretének hiányában gyökereznek (Lukács and Feith 2016, Feith and Lukács 2018) Ha azonban, a múltban nem volt negatív tapasztalat, vagy a vizsgálat során nem érte szégyenérzet a roma nőket, szignifikánsan nagyobb eséllyel mennek a jövőben nőgyógyászati vizsgálat keretében HPV szűrésre és oltásra is. (Pataki et al. 2022.)

A romák hátrányos egészségügyi helyzetének megoldása céljából hozták létre hazánkban svájci és magyar együttműködés keretében az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramot, ami a roma lakosság preventív szemléletének kialakítására, továbbá a krónikus betegségben szenvedők gondozására összpontosít. A programban 24 háziorvosi praxis vett részt, amelyeket az észak-magyarországi és az észak-alföldi régió hátrányos helyzetű

településeiből választottak be. A kezdeményezés sikeresnek bizonyult, mivel a programban részt vett praxisokban javult az ellátás és a beteggondozás színvonala (Alapellátás-fejlesztési Modellprogram 2017).

2.6.3. Románia

Az Európai Unióban a romák társadalmi-gazdasági státusza van a legnagyobb hatással az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésre. A roma nők egészségügyi szükségletei a férfiakhoz képest magasabb arányban maradnak kielégítetlenek, anyagi okok miatt (Olaru 2013). Az ellátás igénybevételekor több nehézséget is találtak, mint a pénzügyi akadályok, amelyek közé sorolták az egészségbiztosítás hiányát és a foglalkoztatottsági státuszt. A strukturális akadályokat, mint a szolgáltatás elérhetősége és a várakozási idő. A kognitív akadályokat, mint a kommunikáció és kulturális különbségek, valamint a pszichológiai akadályokat, amely magában foglalja a bizalmatlanságot, a félelmet és a szorongást (George et al. 2018).

Az egészségügyi ellátás során tapasztalt számos probléma mellett a nőgyógyászati szűrővizsgálatokon való részvétel akadályai is valós problémát jelentenek Romániában. Ezek közé tartozik a rákdiagnózistól való félelem, a méhnyakrákszűréssel kapcsolatos tájékozatlanság, a magas költségek, a hosszú várakozási idő, és az, hogy egyes orvosok nem hajlandók megvizsgálni a roma származású nőket (Andreassen et al. 2017, 2018, 2019.) Az Európai Bizottság 2014-es felmérése alapján a roma nők 84%-a soha nem vett részt méhnyakrákszűrésen, 90%-uk pedig mellrákszűrésen (Európai Bizottság 2014). 2021-re ez az arány valamelyest csökkent, de még mindig igen rosszak eredmények, ugyanis a fertilis korú roma nők 73%-a válaszolta, hogy sosem vett részt méhnyakrákszűrésen, szemben a nem roma lakosság tagjaival, ahol ez az arány 42,7% (Nanu et al. 2021). A méhnyakrákkal szembeni küzdelmet az is nehezíti Romániában, hogy az elmúlt években több HPV elleni oltási kampányt is indítottak, ennek ellenére az oltási lefedettség alacsony maradt, így a próbálkozások nem hozták meg az áttörő sikert. Jelenleg a HPV elleni oltási programot Romániában a Nemzeti Egészségügyi Rendszer nem finanszírozza (Manolescu et al. 2022).

A romániai romák negatívan viszonyulnak a kórházi kezeléshez, és jelentős szorongásról számolnak be. Etnikai sajátosságaik és kommunikációs akadályaik miatt gyakran gyanakvók a nem roma emberekkel és intézményekkel szemben. Az oláh romák tisztaság

és tisztátalanság fogalmához kapcsolódó szokásaik hatással vannak a kórházi tartózkodásra, beleértve a romák étkezéshez és mosakodáshoz való viszonyát, az orvosok és a kezelésekkal, illetve a betegséggel és a halállal való megbirkózást is. Amikor orvosi ellátást kérnek, a romák gyakran konfliktusba kerülnek az egészségügyi személyzettel, akik követelőzőnek és zavarba ejtőnek találják a viselkedésüket. A romák kulturális hiedelmei és attitűdjei állnak viselkedésük hátterében, amikor súlyos betegséggel szembesülnek és fekvőbeteg-ellátást igényelnek. A kulturális sokféleségre való odafigyelés nem mindegy, mivel ez eltérő orvosi magatartásmintákhoz vezethet. A romák viselkedését az egészségügyi intézményben szigorúan szabályozzák a tisztasággal kapcsolatos törvényeik. Az oláh közösség számára a kórház káros és szennyezett környezet. Emiatt a romák ellátást kérő stílusa gyakran frusztráló és zavaros az egészségügyi személyzet számára, mert egy súlyos betegség mindig mély aggodalmat vált ki az egyén és az egész család körében. Ráadásul nagy támogató rokonsággal rendelkeznek a betegek, akik riasztóan nagy számban érkeznek a kórházba látogatni, néha a kórház területén is táboroznak, figyelmen kívül hagyják a látogatási szabályokat, és általánosságban véve felfordulást okoznak a kórház mindennapjaiban, mivel a korlátozások betartása nehézkes a számukra. A roma beteg nagyon nyugtalanná válik, amikor kórházba kerül, és erősen vágyik arra, hogy rokonai a közelben legyenek, mivel az csökkentheti a tisztátalanság miatti rossz érzését. Emiatt kulcsszerepe van az orvosok romákkal kapcsolatos ismereteinek bővítése, hiszen ezzel meggátolható a sztereotípiák állandósulása és a stigmatizálás. (Roman et al. 2012).

2.6.4. Szlovákia

Az egészségbiztosításhoz való hozzáférés hasonló a roma és a nem roma lakosság körében Szlovákiában (Európai Bizottság 2014). Kühlbrandt és munkatársai a romák 2,8%-ánál észlelték a biztosítás hiányát (Kühlbrandt et al. 2014). Szlovákiában a romák 3,5-szer nagyobb eséllyel számoltak be az egészségügyi ellátás elérhetőségével kapcsolatos hiányosságokról a nem romákhoz képest. Továbbá a nők, de különösen az alacsony iskolai végzettségűek körében szignifikánsabb nehezebb az ellátáshoz hozzáférni (Bobakova et al. 2015). Az egészségügyi ellátásban mutatkozó egyenlőtlenségek alapvető mozgatórugója a cigányellenesség, a kirekesztés, továbbá az,

hogy a romák nagy része alapvető infrastruktúra és szolgáltatások nélküli telepeken él (Adamova and Belak 2020).

Szlovákiában interjúkat készítettek marginalizált roma szülőkkel, gyermekekkel és egészségügyi szakemberekkel azért, hogy megtudják, vajon mi akadályozza roma nőket abban, hogy éljenek a HPV elleni vakcina lehetőségével. Eredményeik alapján négy fő problémát azonosítottak. Az egyik az információhiány. A romák szerint az egészségügyi dolgozók nem adnak kielégítő tájékoztatást, ugyanis nem veszik figyelembe a kulturális és nyelvi különbségeket. Az egészségügyi dolgozók szerint pedig a kisebbség megbízhatatlan és ellentmondásos tudással rendelkezik, ugyanis ők az internetről tájékozódnak. Második probléma az egészségügyi szolgáltatókhoz való korlátozott hozzáférés a túlterheltség, a hosszú várakozás, a távolság és a rossz közlekedés miatt. Harmadik a pénzügyi akadályok. Negyedik pedig az egészségügyi szakemberek hozzáállása és viselkedése, mint a nem megfelelő kommunikáció, az előítéletek és a rasszizmus. A kutatás arra világított rá, hogy a HPV-t nem tekintik prioritásnak sem romák, sem az egészségügyi szakemberek. Az egészségügyben dolgozók kapacitás és motiváció hiányában nem foglalkoznak ezzel a témával (Bobakpova et al. 2022), pedig érdemes és egészségügyi finanszírozási szempontból hasznos befektetés lenne az oltást promotálni, legfőképp azért, mert Szlovákiában 2022-től ingyenesen kérhető a HPV elleni védőoltás (Ištokovičová et al. 2023).

A romák és az egészségügyi dolgozók közötti rossz kommunikációra, és az ebből eredő megelőző ellátás alacsony igénybevételére Koupilová és munkatársai is rávilágítottak. A romák egészségügyi szükségletei nem láthatóak, nemcsak a kutatások alacsony száma miatt, hanem az érdekérvényesítés hiánya miatt is. Ez megnehezíti, hogy megtudjuk, hogyan lehetne javítani a körülményeiken. További kutatásokra van szükség a romák egészségével kapcsolatban, különös tekintettel a nem fertőző betegségekre és az egészségi állapotukat javító beavatkozásokra (Koupilová et al. 2001)

2.7. A romák és a családtervezés, nők reprodukív egészsége

2.7.1. A reprodukív életet befolyásoló tényezők

A roma nők családtervezését, családnagyságát elsősorban az befolyásolja, hogy melyik roma csoportba tartoznak, hiszen mindegyik csoport más hagyománnyal, eltérő generációs mintázatokkal rendelkezik. Durst Judit azonban arra a következtetésre jutott,

hogy a termékenységet nem csak az etnikai hovatartozás szemszögéből, hanem az egyén iskolai végzettségének a tükrében is kell vizsgálni, mivel e két tényező van jelentős befolyással a gyermekszámra (Durst 2007).

Ezen kívül természetesen pozitív befolyással van a gyerekszám növekedésére a keresztény valláshoz való tartozás, hiszen áldásnak tartják a gyermeket, továbbá a szexuális védekezést és az abortuszt ellenzik.

A születésszám csökkenését előidézhetik: a nők hosszú, évekig tartó tanulmányai, a munkába állásuk, a kései házasságkötés vagy a válások megnövekedett száma és a háborús helyzet is (S. Molnár 2006).

2.7.2. A női test ismerete

A női test ismerete - elsősorban a női nemi ciklus, a menstruációra és a nemi életre való felkészülés - rendkívül fontos, hisz az első menzesz igen rémítő lehet, kiváltképp információ hiányában. A roma lányok közül sajnos nem mindenki kap felvilágosítást e témában. Hagyományörző környezetben nem ritka, hogy az első vérzést követően tudják csak meg a lányok, hogy ilyenkor mi zajlik a testükben. Az is kérdéses, hogy a szülők mennyi tudással rendelkeznek a testi folyamatokat illetően, és azt mennyire képesek elmagyarázni. A hagyományozó főleg oláh cigányok esetében kifejezetten tabu témának számít a menstruáció, amit nem említenek a férfiak előtt egyáltalán, mivel arról szégyen beszélni ugyanúgy, mint a női alsótestről és az azt fedő alsóneműről. Ez szorosan összefügg a tisztaság – tisztátlanság (marhime) fogalomkörével. A biológiai értelemben vett termékenységtől - nőknél a menstruációtól a menopauza beálltaig - mindkét nem tagjai potenciálisan tisztátalannak számítanak. Emiatt fürdéskor az alsó és a felsőtest is elválasztására kerül, mint tisztátlan és tiszta testrész. Külön arc- és testtörölközőket használnak, amelyeket egymástól elkülönítve mosnak ugyanúgy, mint a felső és az alsótesttel érintkező ruhadarabokat. Azonban hiába van kimosva a törölköző, az csak fizikai értelemben tisztítható meg, szimbolikusan szennyezett marad, ugyanis, amely egyszer már érintkezett az altesttel, mosás után sem használható a felsőtesten. A nők tisztátlansága nagyobb mértékű a férfiaknál a menstruáció és a szülés miatt, ezért egy nőnek a leginkább tisztátalan állapotának a menstruációt és a gyermekágyi időszakot tekintik. Például a menstruáló nő nem ülhet be a férje autójába, nehogy beszenyezze azt, elvegye a szerencsáját, de az újszülött hathetes koráig is korlátozzák a reprodukív korú

nők látogatását, nehogy beszennyezzék (megbetegítsék) a gyermeket. A szülés is szennyezett, tisztátlan folyamat, ezért a férfiak nincsenek jelen a szülőszobán, sőt a gyermekágyi időszakban külön is alszanak a felségeiktől. A marhime nem csak a fizikai síkon jelenik meg látványosan a ruhák, törölközők elkülönítésével, de a kommunikáció során is igyekeznek a „szennyező szavak” használatát elkerülni. Így az alsótesttel, a szexualitással, és minden biológiai reprodukcióval kapcsolatos beszélgetés, de akár társított kifejezés is igen illetlennek, vulgáris megnyilvánulásnak számít. Emiatt, ha tehetik, kerülnek az ezzel kapcsolatos témát vagy eufemizmusokat használni. Emiatt vannak a fiatal lányok nehéz helyzetben és rendelkeznek kevesebb tudással, ha a női testi folyamatokról van szó. Szerencsére a fiatalok nagy része mára már iskolába jár, így, ha más formában nem is, de az iskolai biológia óra keretei között vagy a védőnő előadása alatt lehetőségük van az alapvető ismeretek elsajátítására (Szalai 2021, Neményi 1999).

2.7.3. Szexuális élet, nemi úton terjedő betegségek, erkölcsösség

A szexuális életet korán kezdik, hisz közösségükben ez elfogadott. Hagyományőrző családokban a tartós, életre szóló kapcsolat a jellemző. Mivel fiatalon házasodnak, a gyermekáldás is viszonylag korán következik be, ezt külső szemlélők tervezetlenné vagy erkölcstelenné gondolhatják (Neményi 1999).

A férfiak nagy szexuális szabadsággal rendelkeznek a házasság előtt és alatt is. Jellemzően védekezés nélkül szeretkeznek, és több házasságon kívüli, külső partnerük van, mivel több hatalommal és kontrollal bírnak a kapcsolatban. Ezzel szemben a nőktől elvárják, hogy a házasság előtt megőrizték szüzességüket, majd a szexuális kizárólagosságot a férjükkel szemben megőrizték egy életen át. Az óvszerhasználat nem normatív, de tudják, ez a fogamzásgátlás egyik formája. Annak ellenére, hogy a szerzett immunhiányos tünetegyüttest (Acquired Immune Deficiency Syndrome) továbbiakban: AIDS-et ismerik, nem gondolják, hogy ez a betegség őket is fenyegetheti. A HIV terjedésével kapcsolatos tévhitek széles körben elterjedtek, és különösen a nők nagyon kevés ismerettel rendelkeztek a nemi betegségekről, a HIV terjedéséről és a védekezési lépésekről (Kelly 2010).

Egy bolgár felmérés alapján a HIV/STD kockázati magatartás széles körben elterjedt a roma férfiaknál, mivel átlagosan 2,4 női partnerről számoltak be az elmúlt 3 hónapban. 77%-uk nem használt óvszert a legutóbbi hüvelyi közösülésük során. 72%-uk mondta,

hogy az elmúlt 3 hónapban anélkül is közösült nőkkel, viszont ezeknek a heteroszexuális anélkül közösüléseknek majdnem 75%-a védekezés nélkül történt. 10%-uknak volt azonos nemű anélkül szexuális partnere az elmúlt 3 hónapban, és 58%-uk nem használt az aktusok során óvszert (Kabakchieva et al. 2002). Sofiában 296 fő roma férfi szexuális kockázati viselkedését mérték fel. Klamídiára, gonorrhéa, szifiliszre és trichomonasra tesztelték őket. A férfiaknak átlagosan 7 partnerük volt az elmúlt évben. 59%-uknak több partnere volt az elmúlt 3 hónapban. 73% számolt be a közelmúltban történt védekezés nélküli hüvelyi és 51% védekezés nélküli anélkül közösülésről. A 286 fő résztvevő közül, akik beleegyeztek, hogy nemi betegségekre teszteljék őket, 62 fő férfinál (21,7%) találtak legalább egy nemi betegséget. 25 fő férfinak (8,7%) volt trichomonasa és 23-nak (8,0%) klamídiája. 13 fő férfinak (4,5%) gonorrhéája és 10 fő férfinak (3,5%) szifilisz (Kabakchieva 2006).

2.7.4. Családtervezés – fogamzásgátlás – abortusz

A családtervezés igazán ambivalens, hiszen szerepet játszik a tudatlanság és a spontaneitás, viszont a szülői magatartásminták és a hagyományok miatt erős a vágy a gyermekek iránt. Inkább a magas gyermekszám tervezett, mivel termékenységüket elfogadva nem szólnak bele a „természet rendjébe”. A roma nők magas termékenységét több elmélet is magyarázza. Felmerül a „stratégiai gyerek(ek)” vállalásának fogalma, amelynek lényege, hogy a gyermek, a maga után járó szociális juttatások miatt születik. Ez a gazdasági döntés azonban már nem állja meg a helyét, ugyanis a gyermekekre fordított pénz összege ma már több mint az összes igénybe vehető támogatás értéke. Így az állami támogatásokból szereshető havi összegek nem fedezik egy család kiadásait. A szegénységben élő háztartások többsége, hogy meg tudjanak élni, kénytelen kiegészíteni a segélyeket. Más elméletek szerint ez inkább csak „passzív döntéshozatal”, hiszen a nő a közösségi normákat, szülei viselkedését, - akik szintén a nagycsaládot tartják értéknek - követik. Ez meggátolja őket abban, hogy belássák, racionálisan hány gyermeket tudnának úgy felnevelni, hogy ne kelljen nélkülözni (Neményi 1999, Durst 2007, Messing and Molnár 2011, Béki 2013). A gettóban, szegregátumokban a legnehezebb fiatalokként szülni, hiszen a nő teljes mértékben kiszolgáltatott a gyermeke apjának. Egyrészt, mert a gettóban erős a férfi dominanciája, a férfi a családfő, mindenben ő dönt, beleértve abba is, hogy vállaljanak-e több gyermeket, vagy éljenek-e a fogamzásgátlás

lehetőségével, továbbá abban is, hogy a nem kívánt terhesség megszakítható-e. Sokszor a nőknek titokban kell elvégeztetniük a terhességek megszakítását emiatt. A férfi nem vállal szerepet a gyermek nevelésében, a költségek elsősorban a nőket terhelik (Jakab 2017).

Azonban a romungrók, vagy nagyvárosokban élő romák már átvették a nem roma lakosság viselkedésmintáit, így a hagyományok gyengülni látszanak. Esetükben a gyermekvállalás időszaka is jobban kitolódik. A szűzen kötött házasságnak nincs olyan értékéke, mint az oláh vagy beás cigányoknál. A romungrókra jellemző, hogy az iskola után nagyvárosba mennek dolgozni, ahol szabadabb életmódot folytathatnak, nincsenek szülői felügyelet alatt, így számukra lehetőség van több kapcsolatot is kipróbálni, a munkaerő piaci részvétel miatt több embert megismerni, de a másik két csoporthoz képest a szabadabb életmód több válással, kudarcba fulladt kapcsolattal jár együtt. Emiatt a válás körükben elfogadottabb (Neményi 1999).

Az első gyermek születése igen jelentős a roma nők számára egyrészt, meghatározza az iskolai tanulmányok alakulását és ennek kapcsán a későbbiekben a munkaerő piaci helyzetet. A szocialista időszakban a gazdaság nagy mennyiségű munkavállalót kívánt, nem volt lényeges az iskolai végzettség, hisz betanított munkásként alkalmazták őket. Azonban a 70-es évektől megváltozott ez a tendencia, egyre inkább előnyben részesítették a szakmunkás végzettséget vagy érettségivel rendelkező munkásokat. Mivel a roma nők 75%-a 20 éves kora előtt megszülte az első gyermekét, így sokan lemondtak a továbbtanulásról a család érdekében, ezzel a többségük igen meghatározó, többnyire egy életre szóló döntést hozott, hiszen szinte esélytelen volt a gyermekek melletti tanulás, ez által stabil munkahely elérése. Ez viszont kihatott a gyermekek jövőjére is, hiszen a család anyagi keretei még inkább beszűkültek, ez által csaknem lehetetlenné válik a gyermekek továbbtanulásának támogatása. E munkaerőpiaci átrendeződés miatt az alkalmi munka, segédmunka, feketemunka jelentősége felértékelődött körükben (Janky 2005 b.).

A fogamzásgátlás az oláh és a beás romák között kevésbé népszerű, egyrészt a hagyományaik miatt is, másrészt van, aki költségesnek tartja a fogamzásgátlást, ezért inkább a véletlenre bízta. Ebből is látszik, hogy nem ismerik/élnek az ingyenes fogamzásgátlási módszerekkel, mint a naptár módszer, a méhnyaknyák vizsgálat, a méhnyak vizsgálat, a hőmérőzés vagy a megszakításos közösülés. A fogamzásgátló tablettákkal és a spirállal kapcsolatban is bizonytalanok, mert a különféle információk

miatt nem gondolják, hogy védelmet nyújt a terhesség ellen. Továbbá a méhen belül elhelyezett eszköz félelmet kelt bennük. A petevezeték elkötését pedig túl drasztikusnak ítélik meg. Általában az a jellemző, hogy a fogamzásgátlás már a sokadik terhesség után merül fel, több esetben az egészségügyi szakemberek erőltetett javaslatára (Neményi 1999).

Balkáni felmérések szerint a roma nők gyakrabban támaszkodnak a hagyományos fogamzásgátlásra, és kisebb valószínűséggel használnak modern fogamzásgátló eszközöket, mint a nem roma női lakosság. A megfigyelt különbségekhez hozzájárulnak a társadalmi-gazdasági problémák, mint az alacsony iskolai végzettség és a telepeken élő romák hagyományokhoz való ragaszkodása. Törökországban készült felmérés is megerősítette, hogy a fogamzásgátlásról inkább a nők gondoskodnak. 85,5%-uk állította, hogy élt valamilyen fogamzásgátló eszközzel: 57,4%-uk spirált használt, 22,3%-uk pedig megszakításos közösülést. A terhességek átlagos száma pedig $3,63 \pm 2,65$ volt. A házasságkötés kora 13 és 23 év között változott, de többségük (73.3%) 18 év alatti nők között kötött (Avci et al. 2018, Sedlecky and Rašević 2014).

2.7.5. Terhesség – szülés – egészségügy

A romák esetében a terhesség természetességéből adódóan nem számít különleges állapotnak. Az állapotos nők nem kímélik magukat, ugyanúgy ellátják a feladataikat, mint a terhességet megelőzően. Egészségi állapotuk általánosságban rosszabbnak mondható, ami a terhesség alatt nem csak az anyára, hanem a magzatra is veszélyes. A táplálkozási hiányosságok, a dohányzás és egyéb káros szokások miatt az újszülöttek körében gyakrabban fordul elő koraszülött, vagy kis súlyú gyermek (Rostás and Farkas 1992 5-6, Neményi 1999). Ha a koraszülések kialakulásának rizikófaktorait vizsgáljuk, akkor azok társadalmi eredetre vezethetők vissza. A romák esetében igen erős összefüggés van a szociális helyzettel, a családi állapottal és az iskolázottsággal. A dohányzás lényegesen gyakoribb a deprivált családokban, ami már a fiatalok körében megjelenik és állandósul, majd befolyásolja a fertilitást és a szülések kimenetelét. Ezt tovább rontja az otthoni dohányfüsttartalom. A lakáskörülmények, a jövedelem, az életmód, mint a mozgás és táplálkozás, valamint az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés szintén befolyásolja a terhességek kimenetelét (Fogarasi-Grenczer and Balázs 2012). A magyar, a román és a szlovák egészségügyi rendszer minden nő számára átfogó terhesgondozást

biztosít. A három rendszer egy dologban különbözik egymástól: az első szűrővizsgálat körülményeiben. Romániában az első vizsgálat költségterítéshez kötött, így a rossz anyagi körülmények között élő nők hajlamosak elhalasztani a terhesgondozást (Kühlbrandt et al. 2014, LeMasters et al. 2019, A várandósgondozásról szóló 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet).

Ha érzik, hogy eljön a szülés ideje, akkor az utolsó pillanapban érkeznek csak a kórházba, mert hiába egészségesen kerülnek be, mégis van bennük félelem és idegenkedés. A kórházban tartózkodás a hétköznapiétól eltérő viselkedést kíván és az orvosi eszközök, berendezések is riasztóan hatnak. A mára már mindenhol igénybe vehető apás szülés lehetőségét a tradicionális körülmények között élő romák többnyire - a hagyományokra (mharime) hivatkozva - elutasítják. Ennek oka, hogy női világ a testi folyamatokkal együtt radikálisan elválk a férfitől, ezért szégyellnék, ha a férjük bent lenne a szülésnél. A gyermekgondozás is az anya dolga. A férfi csak idősebb korában foglalkozik a gyerekekkel, amikor már maga mellé tudja venni segítségként (Neményi 1999, Rostás and Farkas 1992 5-6).

Sok roma nő akadályokba ütközik a szülészeti ellátáshoz való hozzáférés terén. Még ha el is jutnak az orvoshoz, etnikai hovatartozásuk, gazdasági helyzetük, lakóhelyük vagy nyelvhasználatuk miatt diszkriminatív bánásmódot tapasztalhatnak. Az egészségügyi szakemberek sajnos negatív véleménnyel vannak a roma nőről. Jelenleg nincs olyan elérhető tanulmány, amely a roma nőkkel és csecsemőikkel szembeni diszkrimináció kezelésére irányuló beavatkozások hatékonyságát vizsgálta volna Európában (Watson and Downe 2017).

2.7.6. Magyarország

Neményi Mária arra a megállapításra jutott, hogy az oláh csoportba tartozó nők őrzik leginkább a hagyományaikat. Körükben tudatos döntés eredménye a nagycsalád, de a mintában szereplő nők (a beásokhoz képest) nagyobb arányban használtak fogamzásgátlási eszközöket és gyakrabban éltek az abortusz lehetőségével. E tanulmányban azt a tényt is megemlítették, hogy az oláh romák városi környezetben éltek, tehát jobban hozzáfértek az ellátáshoz, így szorosabb kapcsolatban is álltak az egészségügyi szakemberekkel, ami hozzásegítette a nőket, hogy jobban megértsék a testük működését. Ezzel szemben a beás roma minta tagjai kis falvakban éltek,

elszeparálva az egészségügyi szolgáltatóktól, testük működésével és a fogamzásgátlással kapcsolatos ismereteik igen hiányosnak tűntek. Érezhető volt, hogy kevés befolyással rendelkeztek fertilitásuk felett, mindeközben ők kezdtek el legkorábban nemi életet élni és nekik született a legkorábban gyerekük is. A mintában szereplő beás nők nem éltek az abortusz lehetőségével, inkább kihordták a terhességeiket. A fogamzásgátlás fogalmával többnyire a terhességek után ismerkedtek meg az egészségügyi személyzet erőteljes ráhatását követően. A romungrók és a Budapesten élő cigányok gyerek száma hasonló volt a nem romákéhoz, ennek oka feltehetően, hogy iskolázottságuk, lakókörnyezetük, szociális feltételeik nem tértek el, a magyar társadalom átlagához voltak hasonlíthatóak. A budapesti romák tűntek a legtudatosabbnak, ám többnyire ők is az első gyermek születése után, -ami viszonylag fiatalon következett be- kezdték használni a fogamzásgátlási eszközöket. Esetükben a hagyományoknak már nem volt olyan erős szerepe, hiszen a városi környezetben már nem kötötték gúzsba őket a tradíciók, inkább a kortárs korosztály, az iskola és az egészségügyi személyzettel való beszélgetések voltak irányadók, aminek következtében termékenységi szokásaik is a többségi társadalom normái felé irányultak. A teljes minta 52%-a soha nem élt semmilyen fogamzásgátló eszközzel. A beások 63%-a az oláh cigányok 56%-a (Neményi 1999).

1993-ban a 15-19 éves korosztályban találták a legnagyobb eltérést, ugyanis a 100 szülőképes korú nőre jutó élveszülések száma a romák eseténben 137, a nem romák körében pedig csak 34 volt. Ezt követően a 2003-as vizsgálat alapján a roma nők gyermekvállalásának időpontja is kitolódni látszott. Átlagosan 20 évesek az első gyermek érkezése idején. A felmérésben részt vevő roma nők 30%-a adott életet az első gyermekének 18 éves kora előtt. Azonban nem lehet általánosítani, mivel több másik kutatás eltérő eredményekről számol be. A dél-baranyai beás cigányok a gyermekvállalási szokásaikat inkább a nem roma lakossághoz igazítják, azaz késleltetik, míg északkelet- magyarországi területeken, ahol rosszabb a munkaerő-piaci helyzet, nagyarányú a munkanélküliség és nem érzik a romák az edukáció fontosságát, ott sokkal inkább támaszkodnak az állam által nyújtott támogatásokra, ezért a gyermekvállalás ideje nem tolódik ki, és a fogamzóképes időszakban több gyermek születik. Emiatt jelent meg a „stratégiai gyerek” fogalma, amelyben a gyermekeket jövedelemforrásként aposztrofálják. Azonban a helyzet ennél sokkal komplexebb, mivel marginalizált körülmények között, a felnőtté válás és önállósodás elérése, továbbá a közösség

megbecsülése, nem az iskolai végzettséggel vagy egy jó munkahely megszerzésével érhető el, hanem a korai gyermekvállalással és a családalapítással. Emellett a csecsemő a boldogság forrása, amit ez a kilátástalan élethelyzet más módon kevés esetben biztosít, illetve növeli az önbecsülést is. E közösségek értékrendje jelentősen eltér a hagyományos magyar vagy nevezhetjük többségi társadalom normáitól. Így még ha elő is kerül a fogamzásgátlás lehetősége, különféle okokból, mint a szűkös anyagi lehetőségek, vagy a műtéti beavatkozás esetén - az anya távollétében a gyermekek felvigyázásának megoldatlansága miatt - nem valósul meg (Fleck and Virág 1999, Durst 2001, 2007).

A tizenéves roma lányok körében készült interjúból megtudhatjuk, hogy egy szegregátumon belül is igen sok dolog befolyásolja a korai gyermekvállalást. Van olyan szülő, aki a tapasztalatai alapján inkább a lányok tanulását preferálná, hiszen ismerik a korai gyermekvállalás nehézségeit, hátrányait. Azonban nem tudnak hatékonyan segíteni a gyermekeiknek, mivel információ hiányában, vagy a szokások miatti szégyenérzet kapcsán nem merik felkészíteni őket a tudatos szexuális életre. Csak tiltják őket magyarázat nélkül a párkapcsolatoktól, ami ebben a formában hatástalan. Mára a fiatal lányok tárgyi tudást kapnak az iskolában a fogamzásgátlási módszerekről, viszont a családtól (édesanya, lánytestvér) tanács nem érkezik, pedig otthoni környezetben sokkal magabiztosabban tennék fel a kérdéseiket e témában. Ahol az abortusz elfogadott és fogamzásgátlási módszerként alkalmazzák, ott a fiatalok is e minta alapján hamarabb folyamodnak terhességmegszakításhoz, mint az aktus alatti védekezéshez (Béki 2013).

Hazánkban a szülészeti ellátás során is éri hátrányos megkülönböztetés a nőket roma származásuk miatt, mivel a gyermekágyas anyák kórtermi elkülönítése közismert Magyarországon. A várandósgondozás, valamint a szülészeti ellátáshoz való hozzáférés is akadályozott, mivel előfordul, hogy a szakrendelés 20-30 kilométerre van a lakóhelyüktől. Így az utazás plusz költséget jelent, valamint a rendelési idő sem mindig igazodik a busz, vonat menetrendhez (Balogh and Gellér 2019).

A roma és nem roma nőket vizsgálva, átlagban 294 gramm születési súlykülönbséget találtak a roma újszülöttek hátrányára (Balázs et al. 2014). A jelenségre a társadalmi, - gazdasági, - kulturális tényezők hatnak a leginkább, mivel a várandós roma és nem roma nők életvitelét vizsgálva szignifikáns különbséget találtak a két populáció közötti friss gyümölcs, zöldség, tejtermékek és hús fogyasztás tekintetében. A testmozgásban is

további különbség mutatkozott a nem romák javára. Az aktív dohányzás és a környezeti dohányfüstártalom szignifikánsan nagyobb arányú a várandós romák esetében. Sajnos tízből csak egy roma nő tette le a cigarettát, amikor kiderült a terhesség. A nem romák a terhességek kétharmadánál döntöttek úgy, hogy abbahagyják a dohányzást. A környezeti dohányfüstártalom is két és félszer magasabb volt a roma otthonokban, így a passzív dohányzás aránya is nagyobb a romák között, ami arra utal, hogy a közösség nincs tekintettel a várandós anyára, vagy nem ismerik a passzív dohányzás fogalmát és hatásait (Balázs et al. 2010). 1981 és 2010 között a roma és nem roma gyermekek születési egészségi állapotát vizsgálták Magyarországon. A felmérés az alacsony születési súly és a koraszülés valószínűsége között nagymértékű különbségeket mutatott ki a 30 év alatt. A roma anyák kétszer nagyobb valószínűséggel szülnek gyermekeket alacsony születési súllyal és a 37. hét előtt. A különbségek mintegy 80%-át társadalmi-gazdasági tényezők, ezen belül csak az iskolai végzettség az esetek több mint felét magyarázza (Tamás et al. 2017). Egy 2020-as hazai felmérésben azt találták, hogy a koraszülés gyakorisága a szegregátumokban 13,1%, míg a komplementer területeken alacsonyabb, 7,5% volt. Az emlőrák-szűrésen való részvétel szempontjából is különbséget találtak, ugyanis a szegregátumban élőknek alig 25%-a vett csak részt, míg a komplementer területek a lakosok 43%-a volt mellrákszűrésen (Sándor et al. 2020).

A HIV, továbbá vér- és STD fertőzések előfordulási gyakoriságát vizsgálták 64 fős kényelmi mintán, Budapesten, egy túlnyomórészt romák lakta lakónegyedben. HIV-fertőzött esetet nem találtak, viszont a Hepatitis B fertőzés 27%-os, a szifilisz előfordulása pedig 2%-os volt. A vizsgálat arra az eredményre jutott, hogy a romák (50 fő) szignifikánsan nagyobb arányban szenvedtek ilyen betegségektől, mint a nem romák (14 fő) (Gyarmathy et al 2008).

2.7.7. Románia

A romák és nem romák termékenységi mutatóiban jelentős a különbség Erdélyben. A roma termékenység a nem romákénak átlagosan 1,8-szorosa. A vizsgált időszakban 1977 és 2011 között ez a szorzó nem csökkent (Kiss 2019). A parajdi cigányok között végzett kutatás kimutatta, hogy az ott élő lakosság körében a három vagy annál több gyerekes családok aránya 2,46-szor magasabb a Hargita megyei átlagnál. Esetükben ritkának

bizonyult a fogamzásgátló eszközök és módszerek használata (Vécsey 1995). A 2016-os romániai reprodukzív egészségügyi felmérés adatai szerint a roma nők 66,9%-a 15-19 éves koruk között esett először teherbe, 8,4%-uk pedig 15 éves kor alatt. A terhesség alatt 24,1%-uk nem vette igénybe a terhesgondozási szolgáltatásokat, ami háromszor több, mint a nem romák esetében (7,1%). A roma nők 46,7%-a vett igénybe valamilyen fogamzásgátló módszert. Az első terhességük többnyire serdülőkorban következett be és e téren is egyenlőtlenségek mutatkoznak a terhesgondozással kapcsolatos megelőző szolgáltatások igénybevételében. Ezért a közegészségügyi politikáknak specifikus intézkedéseket kell hozni a roma nők számára, hogy javuljon a hozzáférésük a megelőző szolgáltatásokhoz. A nem kívánt terhességek megelőzése érdekében, a romániai közegészségügyi politikáknak tartalmazniuk kell a családtervezéssel kapcsolatos intézkedéseket, amelyek minden nőre irányulnak, de a roma népességhez kulturálisan igazodó módszerekkel (Nanu et al. 2021).

E probléma megoldását célul kitűzve az egészségügyi mediátorok igyekeznek segíteni a roma nőknek a családtervezésben. A téma intim jellege viszont megnehezíti a kommunikációt, viszont a mediátorok fontosnak tartják, hogy a nők is részt vegyenek a családtervezésben, ők is dönthessenek a saját testükkel kapcsolatban, a gyermekek számáról és a gyermekvállalás időpontjáról. Sajnos a hagyományokból adódóan nem teljesen autonóm a családtervezési folyamat, hanem előfordulhat, hogy a vallási meggyőződés vagy külső közösségi „kényszer” is eredményezi, ezért a közösség általi elfogadás érdekében nem élnek a fogamzásgátló módszerekkel, és több gyermekük van, mint amennyit szeretnének. Számukra az abortusz könnyebben elérhető megoldás a nem kívánt terhességek megszüntetésére, viszont az egészségügyi mediátorok segítenek, hogy a roma nők ráeszméljenek, hogy a családtervezés nem bűn, illetve nem egoista szemlélet, hiszen lehetőséget ad nekik arra, hogy nőként az anyaszerepen túl is kifejezzék önmagukat. Így egyéni gátlásaikat és félelmeiket, - hogy szexuális életükről idegenek előtt beszéljenek - legyőzve sikerül az orvoshoz eljutniuk. Viszont ott is nehézségekkel néznek szembe, ugyanis a rendszer igénybevételének anyagi feltételei vannak (Wamsiedel et al. 2012).

A romániai egészségügyi szakemberek úgy vélekednek, hogy a roma nők felfogása szerint a terhesség az élet része, azért nem kezelik úgy, mint egy döntést, hogy akarják-e. Egyszerűen csak megtörténik és elfogadják. E véleménnyel ellentétben a nők arról

számoltak be, hogy a terhességük legtöbbször tervezett és kívánt. Sőt, számukra még akkor is örömteli és várt élmény a gyermek, amikor nem volt tervezett. A terhességet természetes folyamatnak élik meg, ami nem csökkenti az anya egyéb kötelezettségeit. Ennek okán úgy gondolják, hogy nem mennek el terhesgondozásra sem, mert nincs rá szükség, csak ha probléma merül fel a várandósság alatt. A nők a szülészeti ellátáshoz való hozzáférés gazdasági akadályairól is beszámoltak, beleértve a drága utazást, valamint az egészségbiztosítás és tömegközlekedés hiányát, amit extra teherként élik meg, mivel másokra kell támaszkodniuk. Bár Romániában minden nő ingyenes terhesgondozásban részesül, miután bejelentette a várandósságát, az orvosnál, az első látogatásért fizetniük kell, ha nem rendelkeznek biztosítással. Azok a nők, akiknek nem volt elegendő pénze, hajlamosak voltak elhalasztani az ellátást. Ha a nők nem engedhetik meg maguknak, hogy kifizessék az első szülés előtti konzultációt, akkor a roma egészségügyi mediátorok segítenek nekik. Az ő dolguk, hogy elősegítsék a romák számára a tudatos családtervezést, odafigyeljenek a várandósokra és a terhesgondozással kapcsolatos ismereteket növeljék. A biztosítással nem rendelkező nőket összekapcsolják a háziorvosokkal, mivel a háziorvos a kapu számukra az egészségügyi rendszerbe, hogy biztosításhoz jussanak várandósság alatt (LeMasters et al. 2019).

2.7.8. Szlovákia

A romák termékenységi szokásaira Szlovákiában is jellemző, hogy korábban lesznek szülők, és az egymást követő szülések közötti időszak is rövidebb. Az anyák fiatal életkora a gyakori terhességekkel együtt megnövekedett kockázati hatással van, mivel a sűrűn ismétlődő terhességek és szülések rontják a roma nők egészségi állapotát. A nem megfelelő táplálkozás, a koffein és az alkohol tartalmú italok fogyasztása és a terhesség alatti dohányzás mind negatív hatással vannak a reprodukív egészségre (Šprocha 2010). A roma várandós anyák száma emelkedett a 18 év alatti korosztályban, valamint magasabb a veszélyeztetett terhességek, koraszülöttek és abortuszok száma is a többségi lakossághoz képest. Magasabb perinatális és csecsemőhalandósági arányokról és több, nem házasságon belüli (nem párkapcsolati) szülésekről számoltak be. A teljes termékenységi rátát tekintve Szlovákiában 1,4 gyermek jut egy nőre. A romák esetében ez a szám 4,3. A legnagyobb különbség (hétszeres) a 15-19 éves korcsoportban van (Šupínová et al. 2020).

A romák átlagéletkora 5 évvel alacsonyabb volt az első terhességkor a nem romákéhoz képest és szignifikánsan alacsonyabb iskolai végzettséget értek el, valamint a mesterséges és spontán abortuszok száma is kimutathatóan magasabb volt a roma nők körében. A nők fiatal életkora az első szüléskor sok esetben abortuszhoz és koraszüléshez vezet. Terhességeiket hátrányosan befolyásolhatja a megerőltető fizikai munka, a nagyobb távolságok, amelyet a telepeken élők kénytelenek leküzdeni, a nehezen hozzáférhető (többek között az egészségügyi is) szolgáltatások miatt és általában véve a nem roma nőkhöz képest kevésbé kényelmes életet élnek. Kevesebb a háztartási eszköz, amely megkönnyítené a mindennapokat. A nem megfelelő higiénés, olykor erősen fertőző otthoni környezetben, az orvosi segítség nélküli szülések is nagy kockázatot jelentenek az anya és az újszülött életére nézve is. Az eredmények azt mutatták, hogy minél fiatalabb a válaszadó, annál korábban jelennek meg a problémák a terhesség során. A gyermekek számát vizsgálva is jelentős eltéréseket tapasztaltak, ugyanis a romák és nem romák esetében az egy gyermeket nevelők aránya 43,25% és 50,47%, a 2-4 gyermeket nevelők 44,21% és 46,06% az 5-10 gyermeket nevelők 10,77% és 3,47% valamint a több mint 10 gyermekkel rendelkező szülők aránya a romák között 1,77% volt, miközben a nem romáknál nem fordult elő ennyi gyermek. A terhességek lefolyását vizsgálva a roma nőknél korábban ítélték veszélyeztetettnek a terhességet a nem roma nőkhöz képest. A várandós romák között többen voltak, akik a terhesgondozáson és a szülés előtti tanácsadáson ritkábban vettek részt. Szignifikáns összefüggést találtak a romák esetében a szülés előtti tanácsadáson való részvétel és a terhességi problémák megjelenése között (Šupínová et al. 2020).

A romák esetében rövidebb a terhességi idő és magasabb a koraszülés kockázata. Diabelková és munkatársai szerint a roma csecsemők születési súlya átlagosan 365,4 grammal kevesebb, mint a nem romáké. A roma anyák magasabb kockázatnak vannak kitéve annak, hogy kiskorúként, egyedülálló anyaként vagy alapszintű iskolai végzettséggel vagy annak hiányában váljanak szülővé. A terhesség alatt a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a kábítószer fogyasztás kockázata is magasabb a nem roma nőkhöz viszonyítva, továbbá a roma nők ritkábban jártak nőgyógyászhoz (Diabelková et al. 2018).

A nemi betegségek előfordulását is vizsgálták a roma és nem roma lakosság körében Szlovákiában. 2014-ben 208 roma (66 férfi, 142 nő) és 132 fő nem roma (75 férfi, 57 nő) 18-55 év közötti lakos esetében vizsgálták a klamídia előfordulását. A legmagasabb pozitivitást a roma nőknél mutatták ki (8,5%), míg a nem roma nőknél és férfiaknál egyaránt 5,3%, a roma férfiaknál pedig 4,5% volt a pozitív eredmények aránya (Halánová 2014). 2017-ben ismét felmérték a klamídia fertőzés elterjedését, de már az alkoholfogyasztás és a kockázatos szexuális viselkedés gyakorisága közötti összefüggést is vizsgálták. A 15 éves vagy annál fiatalabb korban történt első közösülésről a romák 27,9%-a számolt be (szemben a nem romák 4,5%-ával). Vizsgálták az óvszerhasználat okát is. A romák 93,4%-a (szemben a nem romák 77,9%-ával) nem következetesen használt óvszert, a romák 22,8%-a (szemben a nem romák 43,9%-ával) a nem kívánt terhesség elleni védelem miatt használt óvszert, és csak a romák 8,8%-a (szemben a nem romák 21,8%-ával) a fertőző betegségek elleni védelem miatt. A romák azonban a többséghez képest ritkábban számoltak be arról, hogy öt vagy több szexuális partnerük volt (a romák 11,5%-a, míg a nem romák 20,6%-a). A havonta legalább egyszeri mértéktelen alkoholfogyasztás mindkét csoportban összefüggésbe hozható volt a szexuális partnerek magasabb számával, de nem az óvszerhasználat hiányával. A klamídia fertőzés előfordulási gyakorisága a roma népességben magasabb volt (3,8%) a nem romákhoz képest (2,7%) (Babinská et al. 2017).

3. Célkitűzések, módszerek

Kutatásunk során a női populációra koncentráltunk, mivel a nők egészségmegőrzéshez kapcsolódó szerepe a szakirodalmak alapján nagy jelentőséggel bír (Szuhay 1999 120-130., Fundación Secretariado Gitano 2007, Lukács and Feith 2016, Feith and Lukács 2018, Mózes et al. 2022, Mózes and Feith 2023). Szerepük kiterjed a család táplálkozási kérdéseire, a betegek ápolására, a betegség esetén történő orvoshoz fordulásra, ezen felül ők tartják a kapcsolatot az egészségügy képviselőivel is. Emiatt kiemelten fontos a nők egészségmegőrzéshez kapcsolódó szerepének vizsgálata.

3.1. Kutatás célja

1. A kutatás célja az volt, hogy megvizsgálja a Magyarországon, Romániában és Szlovákiában élő magyar ajkú roma és nem roma nők közötti különbségeket a szociodemográfiai jellemzők, az életkörülmények és bizonyos betegségek/tünetek előfordulása tekintetében. Vizsgáltuk továbbá a szociodemográfiai tényezők és az életkörülmények, valamint az életkörülmények és bizonyos betegségek/tünetek előfordulása közötti összefüggéseket a három ország roma és nem roma női lakosai körében. Azt is megvizsgáltuk, hogy a gyermekek száma hogyan függ össze a lakhatás komfortfokozatával, vagyis, hogy a romák esetében a nagycsaládosok száma összefügg-e a rosszabb életkörülményekkel.
2. Elemeztük a roma és nem roma nők közötti különbségeket az általános egészségügyi szűrővizsgálatok fontossága és részvétele szempontjából, hiszen ez kiemelten fontos a női társadalmi szerepük tekintetében. Megvizsgáltuk a roma nők egészségügyi ellátással kapcsolatos szokásait a három országban, továbbá kerestük az egészségügyi szűréseken való részvételt befolyásoló tényezőket.
3. Mivel a vizsgált populációt nők alkották, ezért kiemelten fontosnak tartottuk a roma és nem roma lakosság nőgyógyászati szűrésre járási gyakoriságát elemezni. Azt szeretnénk volna megtudni, hogy a résztvevők szociodemográfiai változói vagy egészségmagatartása befolyásolta-e a szűrésre járási gyakoriságot.
4. Kíváncsiak voltunk, hogyan vélekedik e két populáció a fogamzásgátlás fontosságáról, milyen módszereket alkalmaznak és mennyire ismerik a nemi betegségeket, továbbá felmértük a szexuális rizikómagatartásukat.

3.2. A kutatás hipotézisei a vizsgálati mintára vonatkoztatva

1. Feltételezem, hogy a háztartás tagjainak száma mind a romák, mind a nem romák körében fordítottan arányos a szubjektív egészségi állapotra adott értékekkel.
2. Feltételezem, hogy a rossz lakáskörülmények, úgy, mint a falakkal kapcsolatos problémák és az alacsony komfortfokozat rosszabb szubjektív egészségi állapotot eredményez roma származástól függetlenül mindhárom országban.
3. Feltételezem, hogy a roma származás országtól függetlenül negatívan befolyásolja az általános szűrővizsgálaton való megjelenést, illetve az általános szűrővizsgálatok elfogadottságáról alkotott véleményt.
4. Feltételezem, hogy az egészségbiztosítotti jogviszony hiánya, a szubjektív egészségi állapotra adott rosszabb érték, a krónikus betegség megléte, és a káros egészségmagatartás, úgy, mint a dohányzás, valamint a testmozgás hiánya - függetlenül a roma származástól és az országtól – hátrányosan befolyásolják az általános szűrővizsgálatokon való megjelenést.
5. Feltételezem, hogy az alapvető szociodemográfiai változók (életkor, iskolai végzettség, jövedelem, lakóhely, gyermekszám), az egészségbiztosítotti jogviszony, a szubjektív egészségi állapot, valamint a terhességek száma összefüggést mutatnak a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való megjelenéssel. Protektív faktor az alacsonyabb életkor, a magasabb iskolai végzettség, a magasabb jövedelem, a városi lét, a magasabb gyermekszám, a jobb szubjektív egészségi állapot, valamint a terhességek magasabb száma; roma származástól függetlenül. Mintahogyan azok a nők, akik nőgyógyászati szűrővizsgálaton megjelennek, általános szűrővizsgálaton is inkább megjelennek. S végül a HPV oltás fontosságának megítélése is protektív faktor.
6. Feltételezem, hogy a romák körében a roma hagyományok követése országtól függetlenül befolyásolja a születendő gyermekek számát, a terhességmegszakítások számát, a nőgyógyászati szűrésen való megjelenést, a családnagyságot, a védekezés módját és a HPV oltás, valamint a nőgyógyászati szűrés fontosságának a megítélését.

3.3. A minta bemutatása

Keresztmetszeti kutatásunkat Magyarországon, Szlovákiában és Romániában végeztük. A kutatás 2020 szeptemberében kezdődött, és egységesen 2022 márciusáig tartott mind a három országban, de a felmérések többségét 2021-ben végeztük. A vizsgálat 19 hónapig tartott,

aminek két fő oka volt: 1) a vidéki roma lakosságot nagyon nehéz elérni és bevonni bármilyen tudományos kutatásba; 2) a kutatás három országban zajlott, ami jelentős nehézségeket jelentett a toborzás során.

A magyar nyelvű romák lakta országok területét nyolc régióra osztottuk fel (Magyarország 5 régió, Románia 2 régió, Szlovákia 1 régió), azzal a céllal, hogy minden régióból közel azonos arányban kapjunk mintát. A vizsgálatot Magyarországon 21, Romániában 15, Szlovákiában pedig 6 településen végeztük. A cél az volt, hogy a főváros kivételével mindhárom ország több településén felmérjük a roma és nem roma lakosságot. Célcsoportunk az önbevallásuk szerint roma kisebbséghez tartozó lakosokból állt, míg a kontrollcsoportot szintén önbevallásuk szerint nem roma lakosok alkották. A szlovák és román mintát a történelmi Magyarország területéről, a magukat magyar ajkú romaként és nem romaként azonosító személyektől nyertük. A roma lakosság sikeres toborzása érdekében olyan szervezetekkel vettük fel a kapcsolatot, amelyek jó viszonyt ápolnak velük, úgy mint a települési és roma önkormányzatok, a Családsegítő Központ, civil szervezetek, a Máltai Szeretetszolgálat és a Katolikus Karitás, valamint a Református Egyház. Ezek a szervezetek segítettek elérni a célcsoportot, és helyet biztosítottak a felmérés elvégzéséhez. Minden vizsgált településen kutatásunk meghívóját az egész lakosság számára hozzáférhető helyen kifüggesztettük. A kiválasztott településeken élő romákat a helyi szociális és közösségi munkások toborozták. A nem roma lakosságból származó válaszadókat véletlenszerűen választottuk ki ugyanarról a helyről.

A minta beválasztási kritériumai: 18 év feletti, magyarul beszélő, és a roma mintában magát roma származásúnak valló személyek. Kizárási kritériumok: 18 év alattiak, cselekvőképtelen személyek, továbbá, akik nem vállalták a kérdőív teljes kitöltését. A kizárási kritérium azonban nem vonatkozott azokra, akik nem tudtak írni vagy olvasni, mivel ilyen esetekben a kérdezőbiztos segített a válaszadónak a kérdőív kitöltésében. Minden válaszadó részletes tájékoztatást kapott a kutatásról és annak eljárásáról. A kérdőívet online vagy papíron lehetett kitölteni. A két változat között nem volt különbség. A válaszadó minden esetben megválaszthatta a kitöltés formáját. A kitöltés minden esetben a kutatás helyszínén történt, ettől függetlenül azok, akik online töltötték ki a kérdőívet, kérdéseket is feltehettek a kérdezőbiztosnak. Az online kérdőívben a válaszadó csak akkor léphetett a következő kérdésre, ha az előző kérdésre válaszolt. Az adatbázisban az online kitöltés 39,6%-os, a papíralapú kitöltés 60,4%-os volt. Az online kitöltés esetében a kérdőív speciális roma kérdésekre elágazó volt. Ha szükséges volt, képzett kérdezőbiztosok is jelen voltak, hogy

segítsenek a kutatásban résztvevő személyeknek. A kérdőíveket a roma válaszadóknak a közösségi központokban szociális munkások vagy képzett kérdezőbiztosok adták ki, akik korlátozott írástudás vagy analfabetizmus esetén segítséget nyújtottak, ahogyan azt fentebb említettük. A kérdőív kitöltése 40-90 percet vett igénybe egyéntől függően (értelmezési nehézség, analfabetizmus esetén). A kutatást az Egészségügyi Tudományos Tanács (TUKEB) Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (IV/5210-2/2020/EKU).

3.4. Kérdőív

A felmérés kérdőíve (I. melléklet) és az abból nyert adatbázis az alábbi témák köre rendeződött:

- **Kérdezett alapadatai** (életkor, lakóhely, családi állapot, háztartás összetétele, gyermekek és az egy háztartásban élők száma, foglalkoztatottság, iskolai végzettség, anyagi helyzet)
- **Lakáskörülmények** (ingatlan típusa, építőanyaga, falak állapota, közműellátottság, épület komfortfokozata)
- **Egészség** (szűrővizsgálatra járási gyakoriság és elmaradásának okai, egészségbiztosítás, szubjektív egészségérzet, gondozott betegség megléte, dohányzás, sportolási gyakoriság, egészségügyi problémák/panaszok gyakorisága: megfázás, hányás, torokfájás, köhögés, láz, égő érzés vizeléskor, hüvelyi folyás)
- **Roma kérdések** (roma származásának vallja-e magát, az egészségügyi ellátás során a személyzettel és betegtársakkal való kapcsolat, roma hagyományokat tartja-e)
- **Szexuális kérdések** (a válaszadó kora az első szexuális aktuskor, védekezés formái és elmulasztásának okai, STD ismerete és előfordulása)
- **Női egészség** (nőgyógyászhoz járási gyakoriság és elmaradásának okai, nőgyógyászati szűrés és HPV oltás fontosságának megítélése, abortuszok, koraszülések és vetélések száma)

Az ingatlanok komfortfokozatát tekintve, miután nyolc változót vizsgáltunk, a statisztikai feldolgozás és a kapott eredmények értelmezhetősége miatt egy egységes nomenklatúrát igyekeztünk másodlagos elemzési szempontként bevezetni. A vizsgálat során mi határoztuk meg önkényesen az alacsony és a magas komfortfokozatot. A lakások közmű ellátottságát, illetve felszereltségét, úgy mint vezetékes ivóvíz, melegvíz, konyha, szennyvízelvezető csatorna, fürdőszoba, WC, gáz és villany megléte szerint osztályoztuk. Alacsony

komfortfokozatúnak tekintettünk egy lakást, ha három vagy több hiányossággal rendelkezett. A falakon jelentkező problémákat úgy csoportosítottuk, hogy van probléma a fallal (alul és/vagy felül nedves, alul és/vagy felül penészes), illetve nincs probléma a fallal (száraz). Az egy országra jutó, kedvezmények nélküli nettó átlagkereset alapján a jövedelmet három kategóriába soroltuk: átlag alatti, átlagos és átlag feletti.

Az „általános szűrővizsgálat”-ok alatt a szervezett népegészségügyi célú (méhnyakrák, emlőrák, vastagbélrák) szűrések mellett az alap- (pl.: vérnyomás, vércukormérés) és szakellátás (pl.: bőr, látás vizsgálat) során végzett szűrővizsgálatokat értjük.

Azokra a nőkre, akik „évente”, valamint „2-5 évente” rendszeresen járnak nőgyógyászhoz, úgy tekintettem, hogy ők preventív célból, méhnyakrák szűrés miatt is fordulnak orvoshoz, hiszen elutasították a többi válaszlehetőséget.

3.5. Az adatok elemzése

A minta szociodemográfiai jellemzőkkel, életkörülményekkel és a leggyakoribb betegségekkel kapcsolatos leírásához leíró statisztikát és relatív gyakorisági eloszlásokat használtunk. Az adatokat átlag $\pm$ SD és arányszám formájában mutattuk be. A roma és nem roma minták összehasonlításához független mintás t-próbát alkalmaztunk Hedges g hatásmérettel. Az országok közötti különbségek vizsgálatához egyirányú ANOVA-t alkalmaztunk omega-négyzet hatásmérettel. Az etnikai hovatartozás és a vizsgált változók közötti kapcsolat feltárására Pearson-féle chi-négyzet tesztet alkalmaztunk Phi vagy Cramer V hatásméretének kiszámításával. Továbbá egyváltozós és többváltozós logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk. A szignifikanciaszintet a priori 0,05-ben határoztuk meg. A statisztikai elemzést és a vizualizációt az IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0 (IBM Corp. Released 2017. Armonk, NY, USA: IBM Corp.) és az R corrplot csomag (Wei & Simko 2017) segítségével végeztük.

4. Eredmények

Megvizsgáltuk a roma és nem roma nők szociodemográfiai jellemzőit, életkörülményeit és a betegségek gyakoriságát Magyarországon, Romániában és Szlovákiában.

4.1. A roma és nem roma nők szociodemográfiai jellemzői

A kérdőívben szereplő adatok egy része került csak az értekezésben feldolgozásra. A teljes mintából (1893 fő) kizárólag a női válaszadók eredményeit használtuk fel ($N=1366$). A három ország roma és nem roma nőkből álló mintájának szociodemográfiai jellemzőit lásd a II. mellékletben.

Az életkor nem mutatott szignifikáns különbséget a roma és nem roma nők között a három országban. Az országok közötti életkor különbséget összehasonlítva, a felmérésben részt vett magyarok idősebbek voltak, mint a román és a szlovák résztvevők ($F(2,1363) = 25,693$, $p < 0,001$, $\omega^2 = 0,03$).

Országtól függetlenül a roma nők alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeztek. Körülbelül kétharmaduknak van általános iskolai végzettsége. A roma nők körében a legalacsonyabb iskolai végzettségűek aránya Romániában volt a legmagasabb, mintegy 80%.

Országtól függetlenül a kutatásban résztvevő roma nők nagyobb arányban voltak átlag alatti anyagi helyzetben, mint a nem roma nők. Ez az arány Magyarországon 87,3% ($n=281$), Romániában 95,0% ($n=245$), Szlovákiában pedig 67,8% ($n=99$) volt.

A családi állapot és az etnikai hovatartozás közötti kapcsolat a román mintában volt szignifikáns. A roma nők nagyobb arányban élnek élettársi kapcsolatban, mint a nem roma nők.

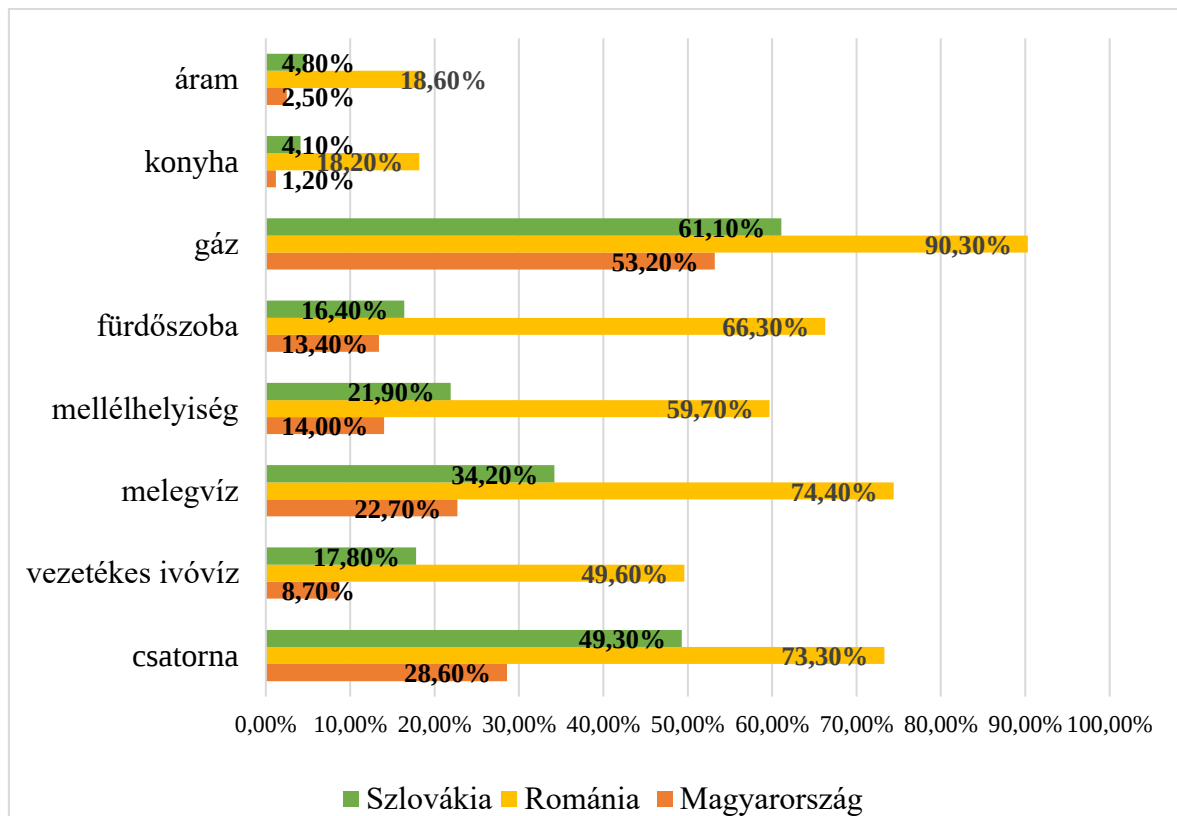
A háztartás összetétele és az etnikai hovatartozás szignifikáns összefüggést mutatott Magyarországon és Romániában. Bár ezekben mintákban a legtöbb roma nő házastárssal/élettárssal és gyermekekkel élt együtt, a többszemélyes háztartás, a házastárssal/élettárssal gyermekekkel és a nagyszülővel élők aránya magasabb volt a roma nők esetében a nem romákhoz képest.

A roma nőknek mindhárom ország mintájában több gyermekük van, mint a nem roma nőknek. 30,6%-uknak ($n=222$) három-négy gyermeke van, 13,8%-uknak ($n=100$) pedig öt vagy több gyermeke. Ezek az arányok a nem roma nők körében 15,9% ($n=102$), illetve

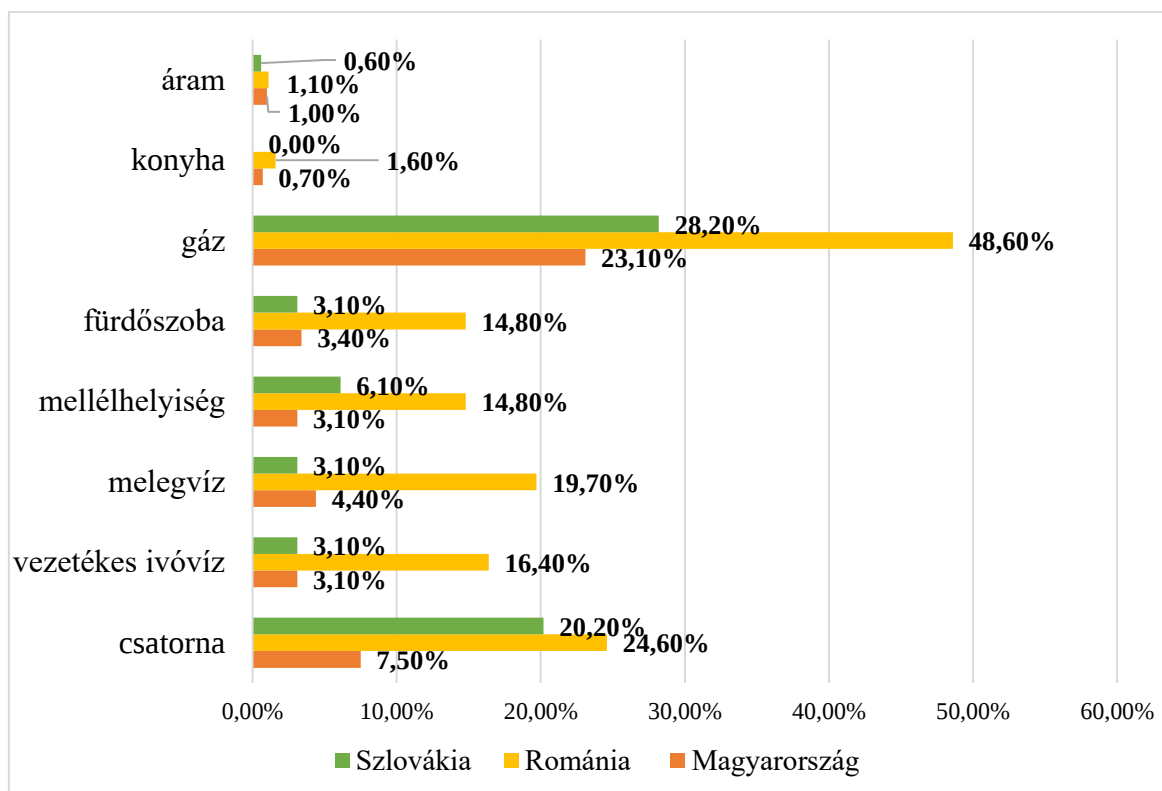
3,2% (n=20). A gyermekszámnak és a háztartások összetételének megfelelően országtól függetlenül több roma él egy háztartásban, mint nem roma.

4.2. A roma és nem roma nők életkörülményei

A roma és a nem roma lakosság közműhiányosságai az 1. és az 2. ábrákon láthatóak. A romák és nem romák esetében is a romániai minta lakosai élnek a legkevésbé közművesített otthonokban. A további elemzésekhez, ahogyan azt fentebb kifejtettük, az otthonok felszereltségét vizsgálva önkényesen kialakítottunk alacsony és magas komfortfokozattal rendelkező ingatlanokat. A komfortfokozatokat a szennyvízelvezetés, a fürdőszoba, a vezetékes ivóvíz, a melegvíz, a konyha, a mellékhelyiség a gáz, és az elektromos áram megléte alapján értékeltük.



1. ábra A roma lakossági minta közműellátásának hiányosságai a három vizsgált országban (n=726)



2. ábra A nem roma lakossági minta közműellátásának hiányosságai a három vizsgált országban (n=640)

Az életkörülmények tekintetében a lakóépület fajtáját, a falak típusát és állapotát, valamint a lakás komfortfokozatát vizsgáltuk (III. melléklet).

Az eredmény alapján szignifikáns összefüggés mutatkozott a lakás típusa és az etnikai hovatartozás között. Bár a roma nők közel fele családi házban él, mindhárom országban a roma nők nagyobb arányban élnek szükséglakásban, mint a nem roma nők. Ez az arány különösen magas volt a romániai roma nők körében.

A lakások falának típusa szintén összefüggést mutatott az etnikai hovatartozással, és jelentős különbségeket találtunk a vizsgált országok között. Magyarországon és Szlovákiában a résztvevők legnagyobb aránya, etnikai hovatartozástól függetlenül, téglalapítványú házban él. Ugyanakkor a roma nők nagyobb aránya, közel egynegyede/ötöde él vályog falazatú ingatlanban. Romániában a roma nők nagyobb hányada, több mint fele, él vályogházban, de itt fontos megjegyezni, hogy a nem roma nők közel egyharmada szintén ilyen típusú házban él.

Összességében mindhárom ország mintáiban szignifikáns összefüggés mutatkozott a falak állapota és az etnikai hovatartozás között. A roma nők nagyobb arányban élnek

problémás falakkal rendelkező házban/lakásban, mint a nem roma nők, különösen Romániában.

Összefoglalva, a lakások komfortfokozata mindhárom ország mintáiban szignifikáns összefüggést mutatott az etnikai hovatartozással. A roma nők nagyobb arányban élnek alacsonyabb komfortfokozatú ingatlanokban, mint a nem roma nők, különösen Romániában. Alacsony komfortfokozatú ingatlanban él a romák közel háromnegyede Romániában, egyötöde Magyarországon és egyharmada Szlovákiában.

4.2.1. Személyi higiénia és betegségek roma és nem roma nők körében

A személyes higiénia tekintetében a mosogatási és mosási/tisztálkodási szokásokat vizsgáltuk.

A mosogató típusa és az etnikai hovatartozás mindhárom országban szignifikáns összefüggést mutatott. Országtól függetlenül a roma nők szignifikánsan nagyobb arányban használnak melegített vizet és mosogatnak lavórban, mint a nem roma nők. Fontos kiemelni, hogy Magyarországon a roma nők közel kétharmada rendelkezik folyóvízzel a mosogatóhoz, míg Romániában 20,9% (n=54), Szlovákiában 30,1% (n=44). A hidegvízben való mosogató viszonylag ritka volt a roma nők körében. A mosogató típusa és gyakorisága mindhárom országban jelentős összefüggést mutatott az etnikai hovatartozással.

A tisztálkodási szokásokat tekintve, bár a magyarországi és szlovák mintában a roma nők több mint felének volt lehetősége zuhanyozni, és a hazai roma nők egyharmada rendelkezett fürdőkáddal, a lavórban való mosakodás gyakoribb volt, mint a nem roma nők esetében. A román mintában a roma nők többsége csak lavórban tud mosakodni. A kádban való fürdés gyakorisága jelentős különbségeket mutatott az egyes országok között. A legtöbb magyarországi mintába tartozó roma nő naponta fürdik, de a 2-3 naponta történő fürdés aránya magasabb a roma nők körében, mint a nem roma nőknél. Szlovákiában közel felük naponta, negyedük 2-3 naponta tud fürdeni, míg közel 10%-uk csak havonta/soha nem fürdik kádban. A romániai mintába tartozó nők férnek hozzá a legrosszabbul a fürdőszobához. Egyharmaduk havonta vagy soha, további egyharmaduk 2-3 naponta tud használni fürdőszobát, és csak egynegyedüknek van erre napi szinten lehetősége. Ugyanakkor még a nem roma nők körében is csak kétharmaduk tud naponta kádban tisztálkodni, és csaknem egyharmaduk 2-3 naponta.

Összességében az etnikai hovatartozás és a törölközőcsere gyakorisága között országtól függetlenül jelentős összefüggés van. Mindhárom országban a legtöbb roma nő gyakrabban, 1-3 naponta cseréli a törölközőt, szemben a nem roma nőkkel.

Az etnikai hovatartozás és a fogmosás gyakorisága között országtól függetlenül szignifikáns összefüggést találtunk. Mindhárom országban a legtöbb roma nő naponta kétszer vagy egyszer mos fogat, azonban a nem roma nőkhez képest alacsonyabb arányban vannak azok, akik naponta kétszer, reggel és este is mosnak fogat. Ha azoknak az arányát vizsgáljuk, akik sosem mossák a fogukat, a roma nők többségben vannak a nem romákhoz képest. Ez az arány különösen magas Romániában, ahol közel egyharmad, Magyarországon és Szlovákiában pedig közel 15% (IV. melléklet).

Országtól függetlenül a felső légúti megbetegedések, a megfázás, a torokfájás és a köhögés voltak a leggyakoribb betegségek a roma nők körében a nem roma nőkhez képest. Továbbá a roma nők nagyobb arányban szenvednek hetente/havonta hányástól és vizelés közbeni égető érzéstől, mint a nem roma nők. E betegségek előfordulása gyakoribb volt a roma nők körében, különösen Romániában. Továbbá a romániai mintában a roma nők nagyobb arányban tapasztalnak lázat és hüvelyi folyást a nem roma nőkhez képest (V. melléklet).

4.2.2. Az életkörülmények, a szociodemográfiai jellemzők és a betegségek gyakorisága közötti kapcsolat a roma és nem roma nők körében országonként

Mivel a roma és nem roma nők között a vizsgált országokban jelentős különbségek voltak, országonként megvizsgáltuk az e területek közötti összefüggéseket.

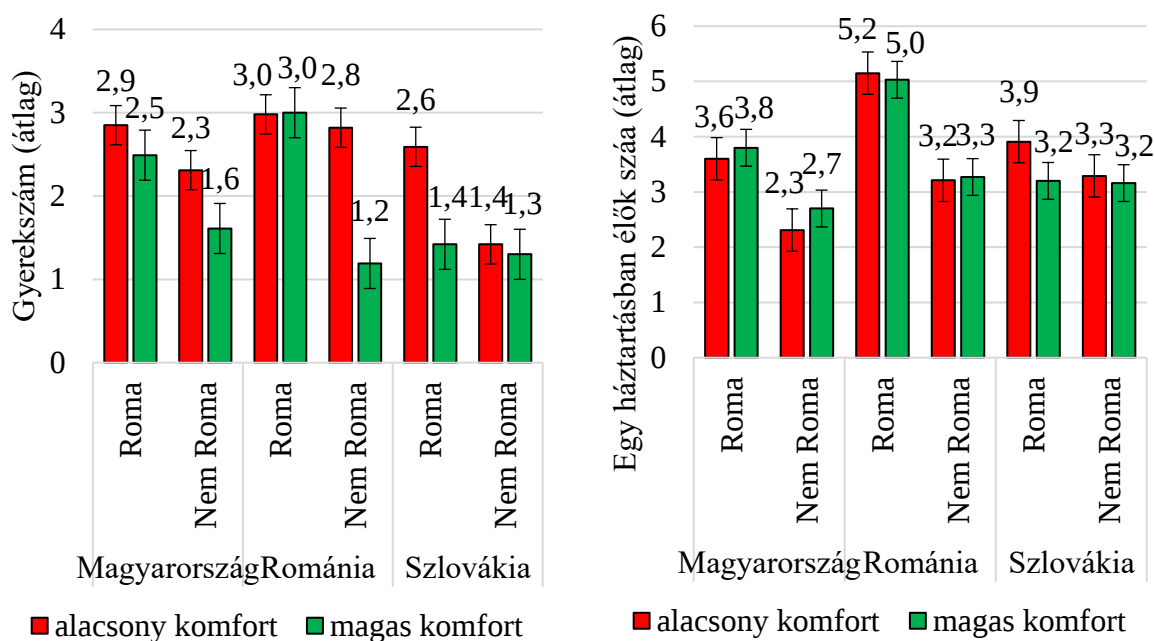
Életkörülmények és szociodemográfiai jellemzők

Megvizsgáltuk a lakás komfortfokozatának szintje, a gyermekek száma és a háztartás tagjainak száma közötti kapcsolatot. Magyarországon nem volt szignifikáns kapcsolat a komfortfokozat szintje és a lakhatás között. Romániában mind a roma ($\chi^2(2) = 42,094$, $p < 0,001$, $V = 0,40$), mind a nem roma nőknél ($\chi^2(2) = 21,926$, $p < 0,001$, $V = 0,35$) szignifikáns összefüggést találtunk. A községben/falvakban élő nők komfortfokozata alacsonyabb a városokban élő nőkhez képest. Szlovákiában a roma nők körében

szignifikáns összefüggés volt a komfortfokozat és a lakóhely település típusa között ($\chi^2(2) = 10,652$, $p = 0,005$, $V = 0,27$). A roma nők alacsonyabb komfortfokozatú házban/lakásban élnek községben/faluban, mint városokban (VI. Melléklet).

A lakás komfortfokozata és a gyermekek száma, valamint a háztartás tagjainak száma közötti kapcsolatot vizsgáltuk. A háztartás tagjainak száma egyik országban sem mutatott szignifikáns különbséget az alacsony és a magas komfortfokozatú ingatlanok között, sem a roma, sem a nem roma nők esetében (3. ábra).

A gyermekek száma nem különbözött az alacsony és a magas komfortfokozatú otthonokban Magyarországon, sem a roma, sem a nem roma nők esetében. Romániában az alacsony komfortfokozaton élő nem roma nőknek szignifikánsan több gyermekük van, mint a magas komfortfokozaton élő nőknek ($t(181) = 5,294$, $p < 0,001$, $g = 1,17$). Szlovákiában hasonló összefüggést találtunk, de csak a roma nők körében ($t(144) = 2,644$, $p = 0,011$, $g = 0,62$) (3. ábra).



*Megjegyzések: *jelentős különbségek az alacsony és a magas komfortfokozat között.*

Hibasáv: standard hiba.

3. ábra A lakás komfortfokozata, a gyermekek száma és a háztartás tagjainak száma közötti kapcsolat a roma és nem roma nők körében Magyarországon, Romániában és Szlovákiában

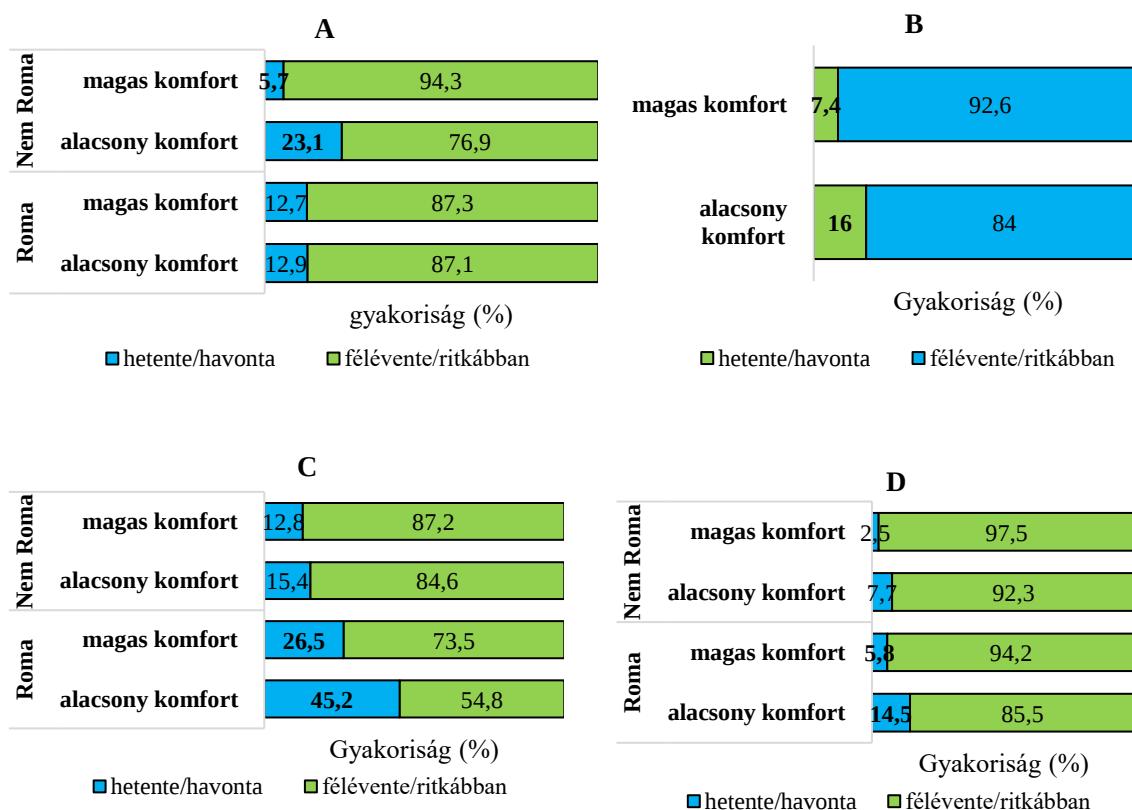
4.2.3. Az életkörülmények és a betegségek előfordulásának kapcsolata

Országoként megvizsgáltuk az életkörülményeket, ezen belül a lakás komfortfokozatának szintje és a betegségek előfordulása közötti összefüggéseket mind a roma, mind a nem roma nők esetében.

Szlovákiában nem volt szignifikáns kapcsolat az épület komfortfokozata és a betegségek előfordulása között egyik csoportban sem.

Magyarországon és Romániában szignifikáns összefüggést találtunk a lakás komfortfokozata és a légzőszervi betegségek, valamint a vizeleskor tapasztalt égő érzés között.

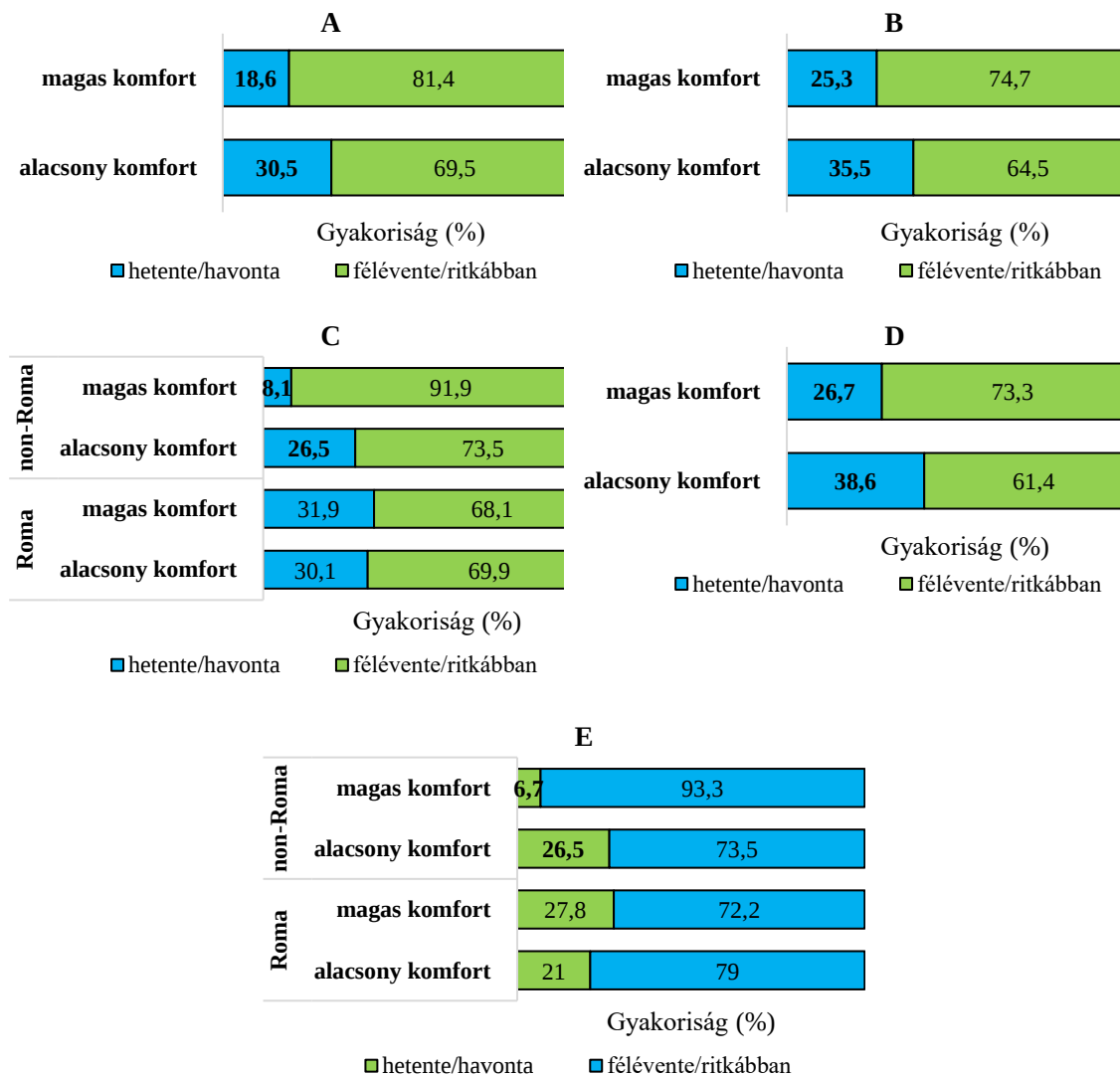
Magyarországon az alacsonyabb komfortfokozatú otthonokban élő roma nők nagyobb arányban szenvednek köhögéstől ($\chi^2(1) = 8,248$, $p = 0,005$, $\Phi = 0,16$) és égő érzéstől vizeleskor ($\chi^2(1) = 5,553$, $p = 0,029$, $\Phi = 0,13$) mint, akik magasabb komfortfokozatban élnek. A nem roma nők körében a megfázás előfordulása az alacsonyabb komfortfokozaton gyakoribb volt ($\chi^2(1) = 6,211$, $p = 0,043$, $\Phi = 0,15$). Végül, az etnikai hovatartozástól függetlenül, a torokfájás előfordulása gyakoribb volt alacsonyabb komfortfokozaton élők körében ($\chi^2(1) = 6,312$, $p = 0,023$, $\Phi = 0,10$) (4. ábra).



Megjegyzések. A: megfázás, B: torokfájás, C: köhögés, D: égő érzés vizeléskor

4. ábra Az épület komfortfokozata és a betegségek előfordulási gyakorisága közötti kapcsolat a magyarországi roma és nem roma nők körében.

Romániában az etnikai hovatartozástól függetlenül a megfázás ($\chi^2(1) = 8,446$, $p = 0,004$, $\Phi = 0,14$), a hányás ($\chi^2(1) = 5,333$, $p = 0,023$, $\Phi = 0,11$) és a köhögés ($\chi^2(1) = 7,147$, $p = 0,008$, $\Phi = 0,13$) gyakoribb volt az alacsonyabb komfortfokozatú ingatlanokban élő nők körében. A torokfájás ($\chi^2(1) = 9,243$, $p = 0,005$, $\Phi = 0,23$) és a vizeléskor tapasztalt égő érzés ($\chi^2(1) = 11,616$, $p = 0,002$, $\Phi = 0,25$) előfordulása magasabb volt az alacsonyabb komfortfokozaton élők között, de csak a nem roma nők esetében (5. ábra).



Megjegyzések: A: megfázás, B: hányás, C: torokfájás, D: köhögés, E: égő érzés vizeléskor

5. ábra Az épület komfortfokozata és a betegségek előfordulása közötti kapcsolat a romániai roma és nem roma nők körében.

4.2.4. A szocioökonómiai, a pénzügyi helyzet, az életkor, valamint az iskolai végzettség összefüggésének vizsgálata a szubjektív egészségi állapottal

Szubjektív egészség

Az etnikai hovatartozás és az önértékelés szerinti egészségi állapot szignifikáns összefüggést mutatott ($\chi^2(1, N=1366) = 23,844, p < 0,001$). A roma nők nagyobb arányban (40,9%, $n=297$) számoltak be rossz szubjektív egészségi állapotról, mint a nem roma nők (28,3%, $n=181$). Az országokat vizsgálva ugyanezeket az összefüggéseket találtuk Magyarországon (43,8%, $n=141$ vs. 29,3%, $n=86$) és Szlovákiában (32,9%, $n=48$ vs. 19,6%, $n=32$). Romániában nem volt szignifikáns összefüggés az etnikai hovatartozás és az önértékelés szerinti egészségi állapot között, a roma nők 41,9%-a ($n=108$) és a nem roma nők 34,4%-a ($n=63$) számolt be rossz egészségi állapotról.

Egyváltozós és többváltozós logisztikus regresszió elemzés

A társadalmi-gazdasági, a pénzügyi helyzet, az életkor, valamint az iskolai végzettség összefüggését vizsgáltuk az önértékelés szerinti egészségi állapottal. Magyarországon a magasabb életkor, az átlag alatti anyagi helyzet és az alapfokú végzettség az etnikai hovatartozástól függetlenül növeli a rosszabb szubjektív egészségi állapotot. Romániában a modell a nem roma mintában volt szignifikáns. A magasabb életkor és az alapfokú végzettség növeli a rossz egészségi állapot esélyét, míg Szlovákiában a roma mintában a magasabb életkor, a nem roma mintában pedig a középfokú végzettség növeli. (1. táblázat).

1. táblázat A társadalmi-gazdasági helyzet és a szubjektív egészségi állapot közötti összefüggés egyváltozós elemzése

	Magyarország		Románia		Szlovákia	
	Roma	nem Roma	Roma	nem Roma	Roma	nem Roma
	OR (95%CI)		OR (95%CI)		OR (95%CI)	
szocioökonómiai státusz						
életkor	1.04 [1.02,1.06]	1.04 [1.02,1.05]	1.01 [0.996,1.03]	1.04 [1.02,1.06]	1.05 [1.02,1.07]	1.01 [0.985,1.04]
anyagi helyzet						
átlag feletti/átlagos	ref	ref	ref	ref	ref	ref
átlag alatti	2.05 [1.01,4.18]	1.67 [1.01,2.77]	1.16 [0.37,3.65]	1.64 [0.83,3.24]	1.95 [0.89,3.24]	1.37 [0.61,3.06]
iskolai végzettség						
felsőfokú	ref	ref	---	ref	---	ref
alacsony	3.60 [1.29,10.08]	3.64 [1.77,7.51]	1.21 [0.63,2.31]	5.24 [2.29,11.99]	1.46 [0.70,3.08]	2.03 [0.37,11.16]
középfokú	2.13 [0.73,6.18]	1.56 [0.88,2.77]	ref	2.17 [0.96,4.87]	ref	2.68 [1.16,6.20]

A többváltozós elemzésben a legfontosabb előre jelző tényező az alacsonyabb iskolai végzettség volt, de csak a nem roma nők esetében. Az alap- és/vagy középfokú végzettség a nem roma nők körében az országtól függetlenül összefüggésbe hozható volt a rossz szubjektív egészségi állapot kialakulásának nagyobb esélyével (VII. melléklet).

Az életkörülményeket vizsgálva a magasabb gyermekszám növeli az önértékelés szerinti rossz egészségi állapot esélyét a nem roma nők körében Magyarországon és Romániában. Továbbá Romániában a falakkal kapcsolatos problémák és az alacsony komfortfokozat szintén növeli a rossz egészség esélyét a nem roma nők esetében. Szlovákiában a vizsgált tényezők nem mutattak szignifikáns összefüggést a szubjektív egészségi állapottal (VIII. melléklet).

A többváltozós elemzés eredményei alapján, Magyarországon és Romániában a nem roma nők, Szlovákiában pedig a roma nők körében a magasabb gyermekszám növeli a rossz szubjektív egészségi állapot esélyét. Emellett Romániában az alacsony komfortfokozat is összefüggésbe hozható volt az önértékelés szerinti rossz egészségi állapottal a nem roma nők körében. Ugyanakkor Magyarországon és Szlovákiában a roma nők körében a háztartás létszámának növekedése csökkenti az önértékelés szerinti rossz egészségi állapot esélyét (VII. melléklet).

4.3. A romák és az egészségügy

4.3.1. A romák kapcsolata az egészségüggyel

A romák egészségügyi személyzetről alkotott véleménye a három országot együttesen nézve pozitív, ugyanis a válaszadók 59,2%-a (n=430) szerint az egészségügyi dolgozók kedvesen bánnak velük. A három ország összehasonlítása során nem találtunk szignifikáns különbséget.

Az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos három leggyakoribb negatív tapasztalat a 2. táblázatban látható.

2. táblázat A roma lakosság az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos három leggyakoribb negatív tapasztalata (n=726)

	Magyarország (n=322)	Románia (n=258)	Szlovákia (n=146)
1.	sokat váratnak (26,4%)	sokat váratnak (17,1%)	sokat váratnak (29,5%)
2.	nem kapok tiszteletet (9,6%)	nem kapok tiszteletet (10,1%)	lekezelőek (8,9%)
3.	nem vizsgálnak meg rendesen (7,5%)	„Lecigányoznak” (10,1%)	nem kapok tiszteletet (6,8%)

Az egészségügyi ellátás során a többi beteg összességében pozitívan viszonyul a romákhoz (65,7% n=477). A három ország tekintetében Magyarországon ($\chi^2(2, N=726) = 6,713$, $p = 0,035$, $V = 0,09$) volt a legpozitívabb benyomása a romáknak a betegtársakról, ugyanis 70,2%-uk (n=226) válaszolta, hogy az ellátás során a többi beteg kedves, segítőkész, illetve nem tesznek különbséget a roma származást illetően.

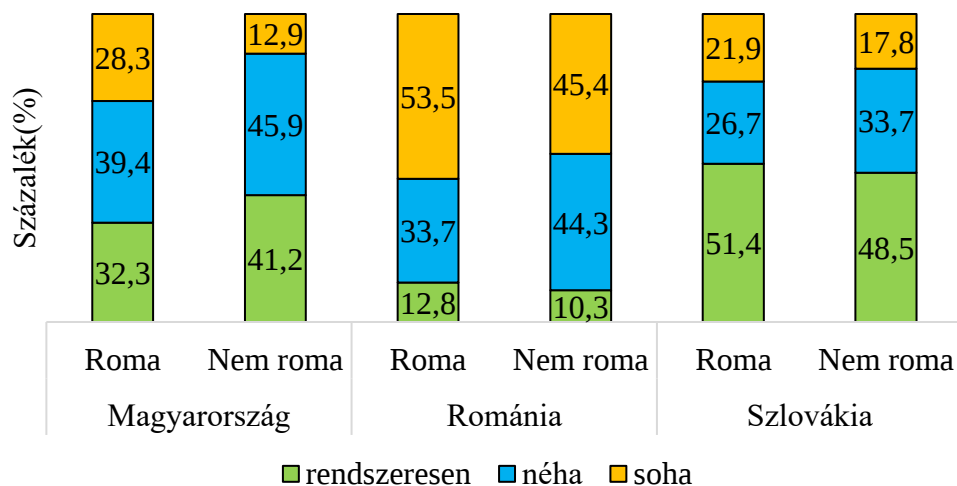
4.3.2. A roma és nem roma nők egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétele

Az etnikai hovatartozástól függetlenül a magyar ajkú lakosság (50,1%, n=221) közel fele nem jár általános egészségügyi szűrővizsgálatokra Romániában. Magyarországon (20,9%, n=129) és Szlovákiában (19,7%, n=61) a lakoságnak csak egyötöde esetében van ez így. Az etnikai hovatartozás és az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel szignifikáns összefüggést mutatott Magyarországon ($\chi^2(2, N=616) = 22,077$, $p < 0,001$, $V = 0,19$). A roma nők nagyobb arányban nem vesznek részt az egészségügyi szűrővizsgálatokon (28,3%, n=91), mint a nem roma nők (12,9%, n=38).

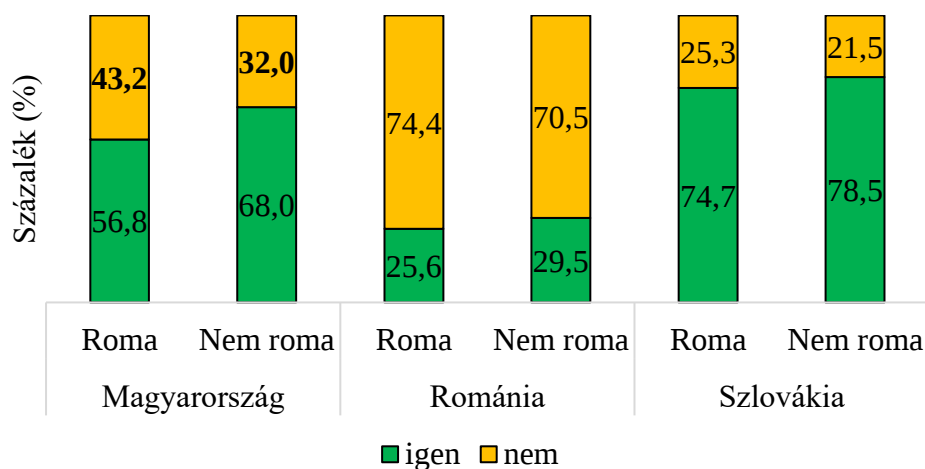
Rákérdeztünk a kutatást megelőző évben a szűrővizsgálatokon való részvételre is, ami hasonló tendenciát mutatott. A romániai lakosság többsége, etnikai hovatartozástól függetlenül, nem vett részt egészségügyi szűrővizsgálaton (72,8%, n=321), Magyarországon ez az arány 37,8% (n=233), Szlovákiában pedig 23,3% (n=72) volt. Az etnikai hovatartozás és az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel az elmúlt évben szignifikáns összefüggést mutatott Magyarországon ($\chi^2(1, N=616) = 8,190$, $p=0,005$, $\Phi=0,12$). A roma nők nagyobb hányada nem vett részt egészségügyi szűrővizsgálaton (43,2%, n=139), szemben a nem roma nőkkel (32%, n=94).

Az etnikai hovatartozás és a vizsgálatot megelőző évben az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel közötti összefüggés Magyarországon, Romániában és Szlovákiában az 6. ábrán látható.

A



B



6. ábra Az etnikai hovatartozás és az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel (A), valamint a vizsgálatot megelőző évben egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel (B) közötti összefüggés Magyarországon, Romániában és Szlovákiában.

Megvizsgáltuk azt is, hogy az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel mennyire fontos a nők számára. Összességében, országtól és etnikai hovatartozástól függetlenül, a nők számára az egészségügyi szűrővizsgálatok nagy jelentőséggel bírnak, mivel ötfokozatú skálán 74%-uk ($n=1011$) 4-es vagy 5-ös pontszámmal értékelte a fontosságát. A romániai mintában jelentős különbség volt a roma és a nem roma nők között. A roma nők az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételt fontosabbnak ítélték meg ($M = 4,22$, $SD = 1,05$), mint a nem roma nők ($M = 3,57$, $SD = 1,37$) ($t(439) = -5,676$, $p < 0,001$, $g = 0,52$). Magyarországon és Szlovákiában nem volt szignifikáns különbség az etnikai hovatartozás szerint.

Végezetül megvizsgáltuk a rendszeres egészségügyi szűrővizsgálatok kihagyásának fő okait. Magyarországon és Szlovákiában, etnikai hovatartozástól függetlenül, a rendszeres egészségügyi szűrővizsgálatok elmulasztásának a fő oka a *"nem szeretek orvoshoz járni"* volt. A romániai nem roma nőknél is ez volt a fő ok, de a roma nőknél az egészségbiztosítás hiánya szerepelt az első helyen (3. és 4. táblázat).

3. táblázat A szűrővizsgálatok elmulasztásának az okai a roma nők körében országonként (n=726)

	Magyarország (n=322)	Románia (n=258)	Szlovákia (n=146)
1.	nem szeretek orvoshoz járni (35,7%)	nincs egészségbiztosításom (28,0%)	nem szeretek orvoshoz járni (42,0%)
2.	nem tudok róluk (16,6%)	nem tartom fontosnak (18,0%)	messze van (18,8%)
3.	messze van (14,6%)	sokba kerülne az utazás (14,9%)	félek a vizsgálatától (16,0%)
4.	nem tartom fontosnak (13,4%)	félek a vizsgálatától (13,0%)	félek a fájdalomtól (10,0%)
5.	sokba kerülne az utazás (12,7%)	nem tudok róluk (10,6%)	nem tartom fontosnak (6,0%)

4. táblázat A szűrővizsgálatok elmulasztásának az okai a nem roma nők körében országonként (n=640)

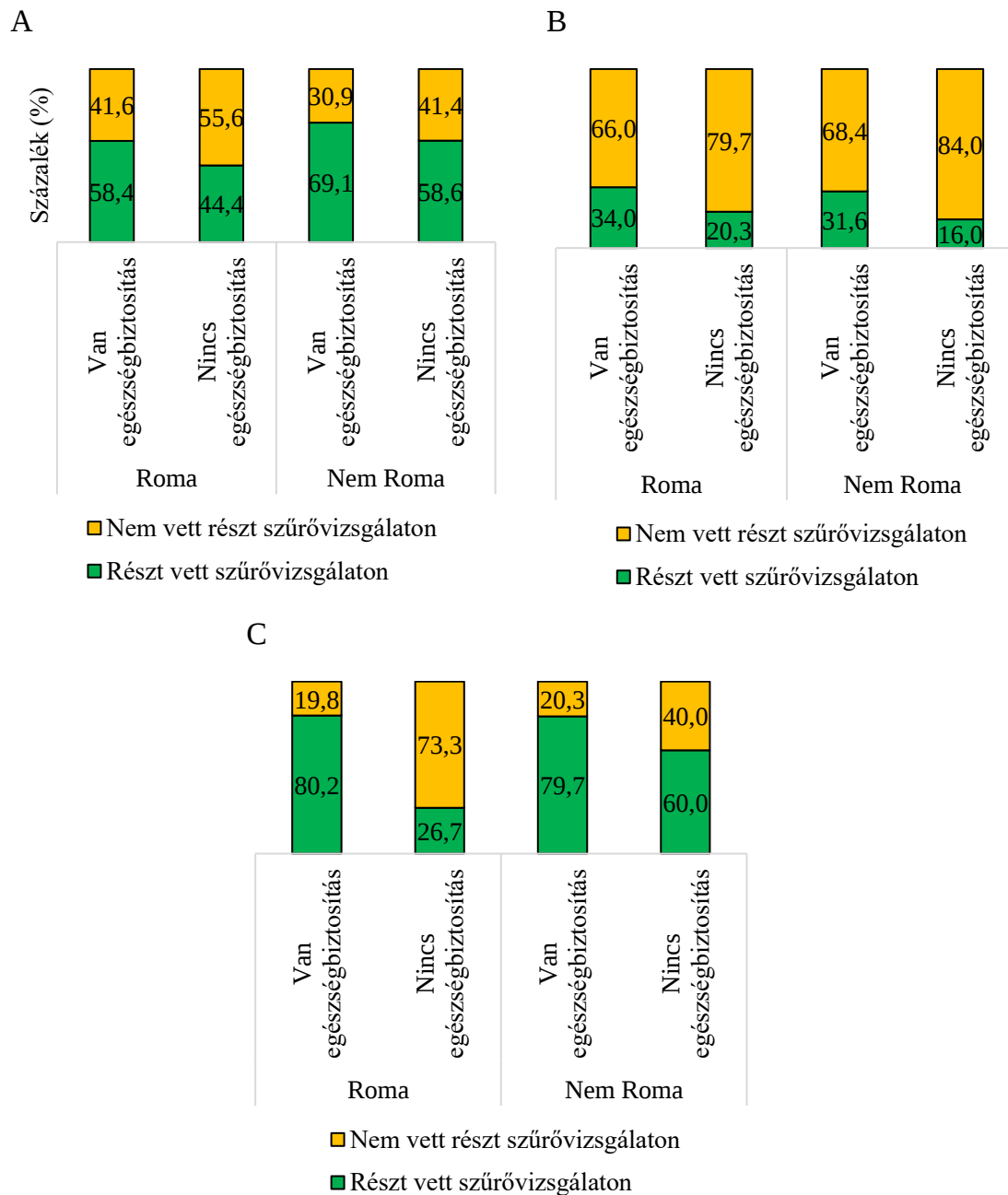
	Magyarország (n=294)	Románia (n=183)	Szlovákia (n=163)
1.	nem szeretek orvoshoz járni (53,2%)	nem szeretek orvoshoz járni (38,6%)	nem szeretek orvoshoz járni (39,0%)
2.	nem tudok róluk (25,6%)	nem tudok róluk (18,0%)	nem tudok róluk (26,8%)
3.	messze van (5,8%)	nem tartom fontosnak (14,0%)	félek a vizsgálatától (22,0%)
4.	félek a vizsgálatától (5,8%)	félek a vizsgálatától (9,6%)	nem tartom fontosnak (7,3%)
5.	nem tartom fontosnak (4,7%)	sokba kerülne az utazás (7,9%)	messze van (4,9%)

4.3.3. Az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételt befolyásoló tényezők a roma és nem roma nők körében

A következő tényezőket vizsgáltuk, amelyekről feltételeztük, hogy befolyásolják az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételt a vizsgálatot megelőző évben: egészségbiztosítás, szubjektív egészségi állapot, krónikus betegség, és az egészség/rizikómagatartás, mint például a testmozgás, valamint a dohányzás.

Egészségbiztosítás megléte

Az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel és az egészségbiztosítás megléte statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott a román mintában ($\chi^2(1, N=258) = 6,079, p = 0,019, \Phi = 0,15$) és Szlovákiában ($\chi^2(1, N=146) = 20,350, p < 0,001, \Phi = 0,37$) a roma nők körében. Azon roma nők körében, akiknek nincs egészségbiztosításuk, alacsonyabb volt az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételi arány a vizsgálatot megelőző évben, mint azoknál, akiknek van egészségbiztosításuk. Fontos megjegyezni, hogy a romániai mintában etnikai hovatartozástól függetlenül magasabb volt az egészségbiztosítással nem rendelkező nők aránya, és szignifikáns összefüggés volt az egészségbiztosítás megléte és az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel között. Magyarországon az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel és az egészségbiztosítás megléte között etnikai hovatartozástól függetlenül nem volt szignifikáns összefüggés (7. ábra, IX. melléklet).

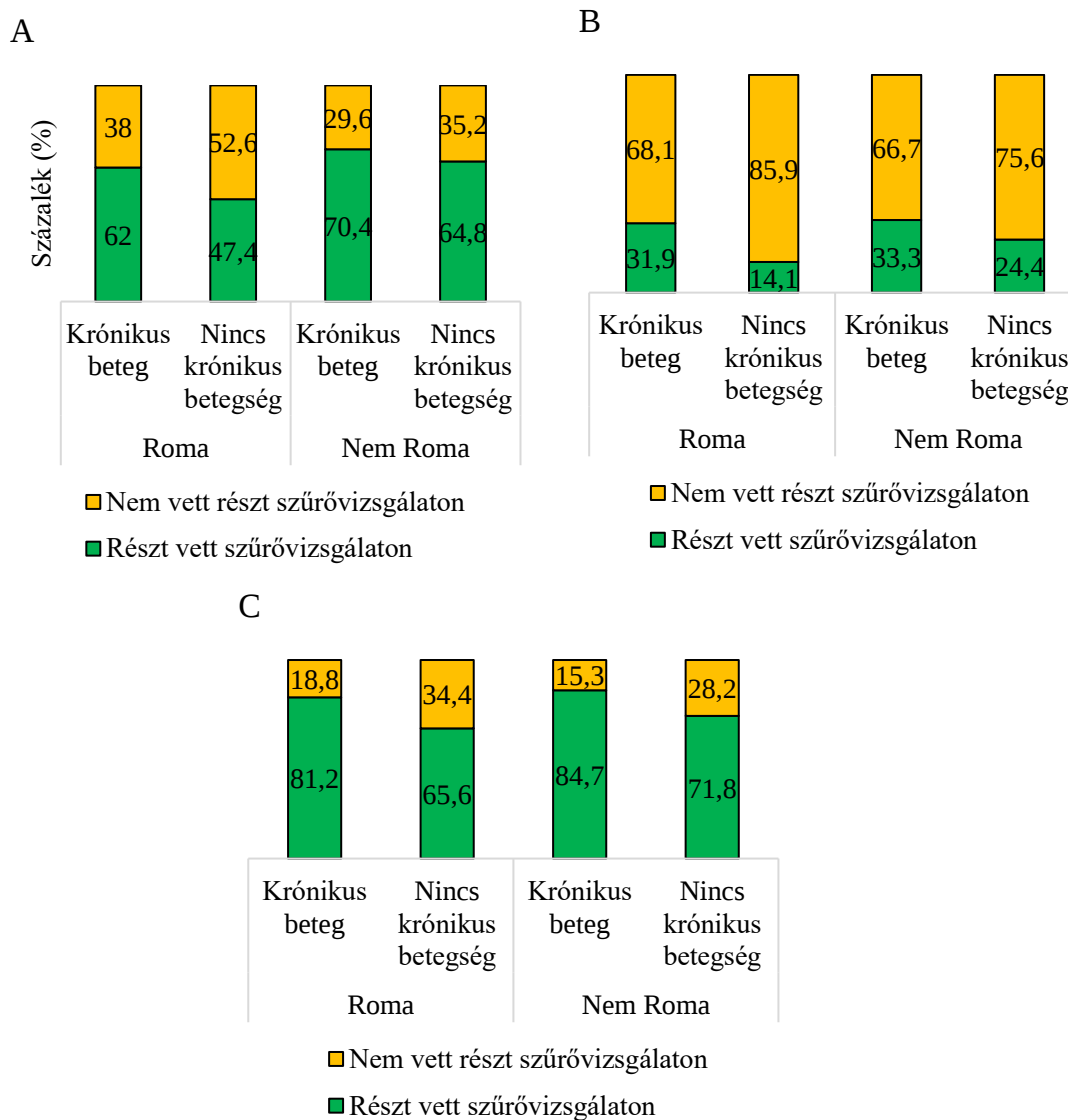


7. ábra Az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel és az egészségbiztosítás megléte közötti összefüggés Magyarországon n=616 (A), Romániában n=441 (B) és Szlovákiában n=309 (C) etnikai hovatartozás szerint

Szubjektív egészségi állapot és krónikus betegségek

Az önértékelés szerinti egészségi állapot nem mutatott szignifikáns összefüggést az elmúlt évben a szűrővizsgálatokon való részvétellel. A krónikus betegségek és az elmúlt évben egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel mindhárom országban szignifikáns

összefüggést mutatott a roma nők körében. A krónikus betegségben szenvedő nők nagyobb arányban vettek részt egészségügyi szűrővizsgálaton az elmúlt évben, mint azok, akiknek nincs krónikus betegségük, még akkor is, ha nem rendelkeznek egészségbiztosítással (8. ábra, IX. melléklet).

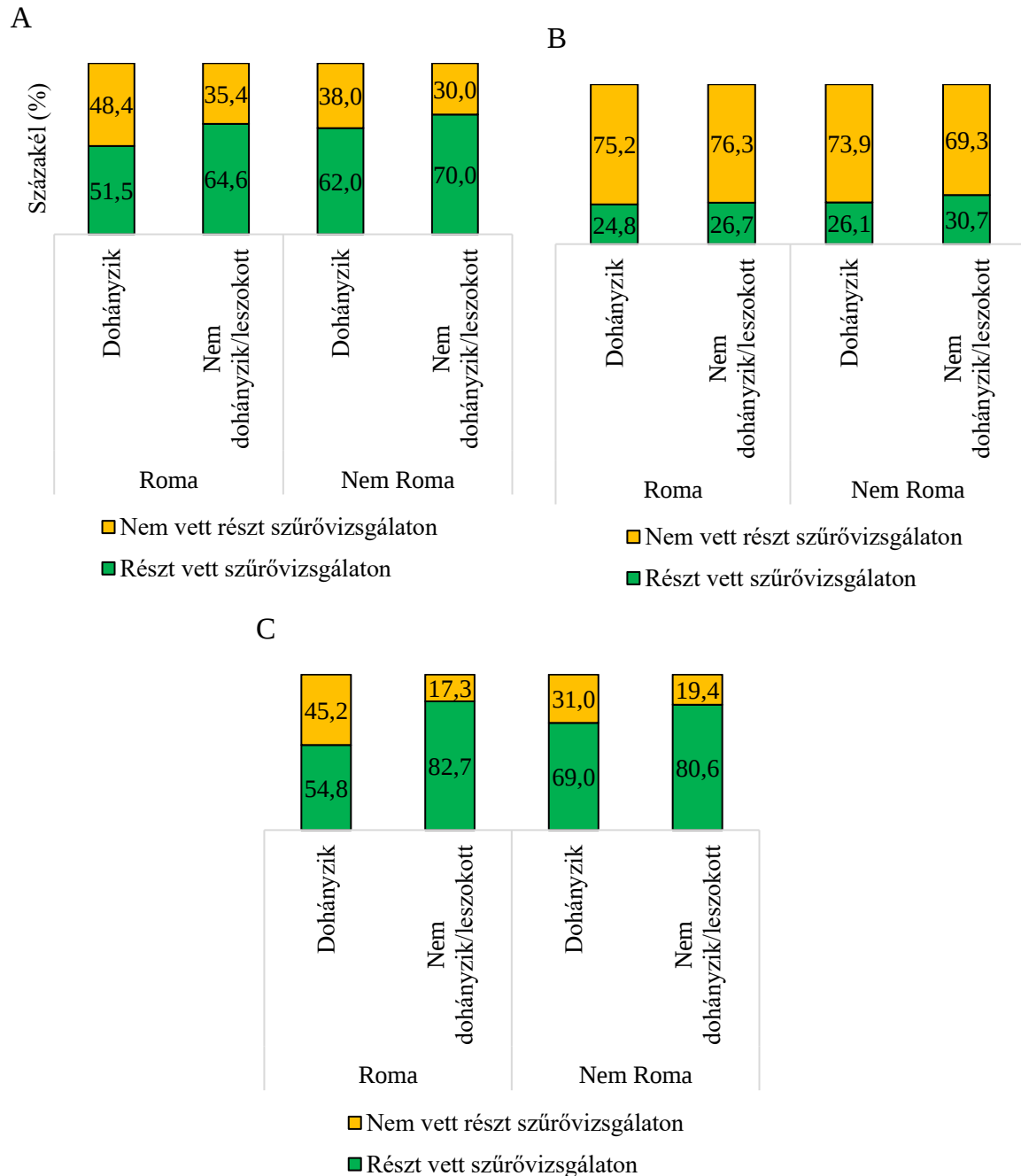


8. ábra Az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel és a dohányzás közötti összefüggés Magyarországon $n=616$ (A), Romániában $n=441$ (B) és Szlovákiában $n=309$ (C) etnikai hovatartozás szerint.

Egészségmagatartás

A dohányzás és a vizsgálatot megelőző évben egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel szignifikáns összefüggést mutatott a magyarországi mintában ($\chi^2(1, N=322) = 5,383$, $p = 0,022$, $\Phi = 0,13$) és a szlovák mintában ($\chi^2(1, N=146) = 12,336$, $p = 0,001$, Φ

= 0,29) a roma nők körében. A nem dohányzó vagy a dohányzásról leszokott roma nők nagyobb aránya vett részt egészségügyi szűrővizsgálaton az elmúlt évben, mint a dohányzó roma nők. Romániában nem volt szignifikáns összefüggés a dohányzás és az egészségügyi szűrővizsgálaton való részvétel között, sem a roma, sem a nem roma nőknél (9. ábra, IX. melléklet).



9. ábra Az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel és a dohányzás közötti összefüggés Magyarországon n=616 (A), Romániában n=441 (B) és Szlovákiában n=309 (C) etnikai hovatartozás szerint.

A fizikai aktivitást vizsgálva összehasonlítottuk az aktív és a nem aktív nőket. Fizikailag aktívnak tekintettünk valakit, ha naponta vagy hetente többször végez testmozgást. Az aktív életmód és az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel szignifikáns összefüggést mutatott a romániai nem roma minta körében ($\chi^2(1, N=183) = 6,344$, $p = 0,016$, $\Phi = 0,19$). Az aktív nők nagyobb arányban vettek részt egészségügyi szűrővizsgálaton az elmúlt évben (41,7%, $n=25$), mint a nem aktív társaik (23,6%, $n=29$). Magyarországon és Szlovákiában nem volt szignifikáns kapcsolat az aktív életmód és az egészségügyi szűrővizsgálaton való részvétel között.

Az általános szűrővizsgálaton való megjelenést befolyásoló tényezők összefoglaló táblázata a X. mellékletben látható.

4.3.4. A roma és nem roma nők egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételének előrejelzői országokként

Többváltozós bináris logisztikus regressziós modelleket állítottunk fel az ország és az etnikai hovatartozás szerint azért, hogy megállapítsuk az egészségbiztosítás, az önértékelés szerinti egészségi állapot, a krónikus betegség(ek) és az egészségmagatartás hatását annak valószínűségére, hogy a nők részt vettek-e az egészségügyi szűréseken a vizsgálatot megelőző évben (XI. melléklet).

Magyarországon a modell csak a roma nők esetében volt szignifikáns ($\chi^2(5)=15,213$, $p=0,009$). A krónikus betegség(ek) megléte összefüggött a szűrésen való megjelenés nagyobb valószínűségével. Ugyanakkor a dohányzás 43,2%-kal csökkentette az egészségügyi szűrésen való részvétel esélyét.

Romániában a roma nők esetében az egészségbiztosítás hiánya és a krónikus betegség(ek), a nem roma nők esetében pedig az inaktivitás mutatott összefüggést a szűrővizsgálaton való megjelenéssel (RO-R: $\chi^2(5)=16,216$, $p=0,006$; RO-NR: ($\chi^2(5)=11,153$, $p=0,048$). A roma nőknél az egészségbiztosítás hiánya csökkentette (50,4%), a krónikus betegség(ek) megléte pedig növelte a vizsgálatot megelőző évben a szűréseken való megjelenés esélyét. A nem roma nőknél a fizikai inaktivitás 51,6%-kal csökkentette az esélyt.

Szlovákiában a roma nőknél az egészségbiztosítás hiánya és a dohányzás 90,6%-kal, illetve 74,8%-kal csökkentette a vizsgálatot megelőző évben a szűréseken való

megjelenés esélyét ($\chi^2(5)=30,224$, $p<0,001$). A nem roma nőknél a krónikus betegség(ek) megléte pedig növelte a szűrésen való megjelenés esélyét a vizsgálatot megelőző évben ($\chi^2(5)=10,068$, $p=0,073$).

4.4. Női egészség⁴

4.4.1. A nőgyógyászati szűrővizsgálathoz és a HPV elleni védőoltáshoz kapcsolódó egészségmagatartás

A teljes mintát nézve az etnikai hovatartozás befolyásolja a nőgyógyászhoz járási hajlandóságot, ugyanis a nem roma nők nagyobb hányada (58,3%, $n=373$) vett részt a felmérés előtti évben nőgyógyászati vizsgálaton, mint a roma nők (44,9%, $n=326$), ($\chi^2(1,N=1366) = 24,363$ $p<0,001$, $V=0,13$). A felmérés előtti évben a nőgyógyászati vizsgálatokon való részvétel szignifikáns összefüggést mutatott Magyarországon ($\chi^2(1,N=616) = 8,549$, $p=0,003$, $V=0,12$), Romániában ($\chi^2(1,N=441) = 7,777$, $p=0,005$, $V=0,13$), és Szlovákiában ($\chi^2(1,N=309) = 3,823$, $p=0,05$, $V=0,11$), ugyanis a roma nők nagyobb arányban nem vesznek részt nőgyógyászati vizsgálaton, mint a nem roma nők (XII. melléklet).

Megkérdeztük a nőket, hogy milyen gyakorisággal járnak nőgyógyászhoz (XIII. melléklet). Magyarországon a nem roma nők nagyobb arányban mennek el évente vagy 2-5 évente nőgyógyászhoz a romákhoz viszonyítva, akik között pedig gyakoribb a kizárólag betegség és várandósság miatti nőgyógyászati vizsgálaton történő megjelenés, ezen felül sajnos magasabb azoknak az aránya, akik sohasem mennek el vizsgálatra.

Romániában a legmagasabb azoknak a roma nőknek az aránya, akik sosem vesznek részt nőgyógyászati vizsgálaton, továbbá a roma nők inkább csak terhesség és betegség esetén veszik igénybe a nőgyógyászati ellátást, alacsony azoknak az aránya, akik évente vagy 2-5 évente preventív célból mennek orvoshoz. A nem roma lakosság nőgyógyászati vizsgálaton való részvétele is jelentősen alulmarad a másik két országhoz képest.

Szlovákiában mind a romák, mind a nem romák esetében a nőgyógyászati vizsgálaton való megjelenés gyakorisága közel hasonló, mint a magyar mintában.

⁴ Jelen fejezet a Mózes N, Feith HJ. (2023) A méhnyakrák citológiai szűrővizsgálaton való részvételt befolyásoló tényezők összehasonlító felmérése Magyarországon roma és nem roma lakosság körében, összefüggésben szlovák és román eredményekkel. Orvosi Hetilap. 164: 36. 1424-1433. közlemény alapján készült.

Megvizsgáltuk a vizsgálatról való távolmaradás okát. Magyarországon a romák (75,6% n=130) és a nem romák (79,2% n=61) körében a fő ok egyaránt az volt, hogy *"nem érzik szükségesnek a nőgyógyászati vizsgálat elvégzését"*. Ugyanez a válasz érkezett a szlovákiai minta esetében is (SK-R:71,4%, n=55), (SK-nR: 81,1%, n=43). Romániában a romák 50,4%-a (n=114) azért nem jár vizsgálatra *„mert nincs biztosítása”*, a nem romák 73,5%-a (n=86) pedig mert *"nem érzik szükségesnek a nőgyógyászati vizsgálat elvégzését"*.

A három ország női lakosainak nőgyógyászati vizsgálaton való részvételét és a méhnyakrákszűrés, valamint a HPV elleni oltás fontosságának eredményeit a XII. melléklet szemlélteti.

A méhnyakrákszűrés fontos a nők szerint, ugyanis etnikai hovatartozástól és az ország szerinti lakóhelytől függetlenül a nők 86,7%-a (n=1048) szükségesnek ítélte meg ezt. Az ötfokú skálán a romák 67,7%-a (n=491), a nem romák 87,1%-a (n=557) a két legmagasabb (továbbiakban fontos) kategóriát jelölte be. A nem roma nők nagyobb jelentőséget tulajdonítottak a méhnyakrákszűrésen való részvételnek ($M = 4,51$, $SD = 0,91$), mint a roma nők ($M = 3,91$, $SD = 1,39$), ($U=178576$, $W=442477$, $Z=-8,438$, $p<0,001$).

A HPV elleni védőoltás már kevésbé fontos a nők szerint, ugyanis etnikai hovatartozástól és az ország szerinti lakóhelytől függetlenül a nők 61,0%-a (n=832) gondolta szükségesnek. Az ötfokú skálán a romák 53,4%-a (n=388), a nem romák 69,4%-a (n=444) tartotta fontosnak az oltást. A nem roma nők az oltás esetében is nagyobb jelentőséget tulajdonítottak a fontosságnak ($M = 4,01$, $SD = 1,17$), mint a roma nők ($M = 3,53$, $SD = 1,48$), ($U=194786$, $W=458687$, $Z=-5,436$, $p<0,001$).

A méhnyakrákszűrés és a HPV elleni védőoltás fontosságának megítélése esetében a romániai válaszadók, de kiváltképp a roma nők alacsonyabbra értékelik a fontosságot, mint a magyar és szlovák résztvevők (XII. melléklet).

Kizárólag a szülőképes korosztály (18-49 év) válaszait vizsgálva, látható, hogy Magyarországon a méhnyakrákszűrés a HPV elleni oltást illetően, továbbá a felmérést megelőző évben nőgyógyászati szűrésen történő részvétel esetében nincs szignifikáns különbség az etnikai hovatartozást illetően.

Romániai szülőképes korosztályban is a nem roma nők értékelték fontosabbnak a méhnyakrákszűrést (81,7%, n=98) ($U=7932$, $W=27042$, $Z=-5,319$, $p<0,001$) és a HPV elleni oltást, (69,7%, n=85) ($U=7351$, $W=26461$, $Z=-5,910$, $p<0,001$) a roma (50,3%, n=99), (35,4, n=69) lakossággal szemben. A felmérést megelőző évben nőgyógyászati szűrésen történő részvétel szempontjából nincs szignifikáns különbség a roma és nem roma válaszadók között.

Szlovákiában ugyanezt az eredményt találtuk, hogy a nem romák számára fontosabb a méhnyakrákszűrés (89,7%, n=113) ($U=4801$, $W=10906$, $Z=-4,652$, $p<0,001$) és a HPV elleni oltás (70,6%, n=89) ($U=5152$, $W=11257$, $Z=-3,553$, $p<0,001$) mint a roma (68,2%, n=75), (46,4, n=51) lakosságban a szülőképes korú nők között. A felmérést megelőző évben nőgyógyászati szűrésen történő részvétel szempontjából azonban nincs szignifikáns eltérés az etnikai hovatartozás szerint.

4.4.2. A nőgyógyászati szűrővizsgálatokon való részvételt befolyásoló tényezők, valamint a szubjektív egészségi állapot összefüggései⁵

Magyarország

A nőgyógyászati szűrésen történő megjelenést tovább elemezve, a vizsgálatot megelőző évben az **egyéb egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétellel** statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott ($\chi^2(1,N=294) = 9,895$, $p = 0,002$, $\Phi = 0,18$) Magyarországon. Azok a nem roma nők, akik magasabb arányban vettek részt más egészségügyi szűrővizsgálaton a felmérést megelőző évben, ők az elmúlt évben nagyobb arányban mentek el nőgyógyászati szűrésre is. A roma nők esetében nem találtunk szignifikáns összefüggést a kutatást megelőző évben nőgyógyászati szűrésen és az egyéb szűrésen való megjelenés között. Azok a roma nők, akik **szubjektív egészségi** állapotukat jobbnak ítélték, nagyobb arányban vettek részt nőgyógyászati szűrésen a vizsgálatot megelőző évben azoknál akik rosszabb egészségről számoltak be ($\chi^2(1,N=322) = 3,553$, $p = 0,05$, $\Phi = 0,11$). A nem romák körében nem találtunk szignifikáns különbséget.

⁵ Jelen fejezet a Mózes N, Feith HJ. (2023) A méhnyakrák citológiai szűrővizsgálaton való részvételt befolyásoló tényezők összehasonlító felmérése Magyarországon roma és nem roma lakosság körében, összefüggésben szlovák és román eredményekkel. Orvosi Hetilap. 164 : 36. 1424-1433. közlemény alapján készült.

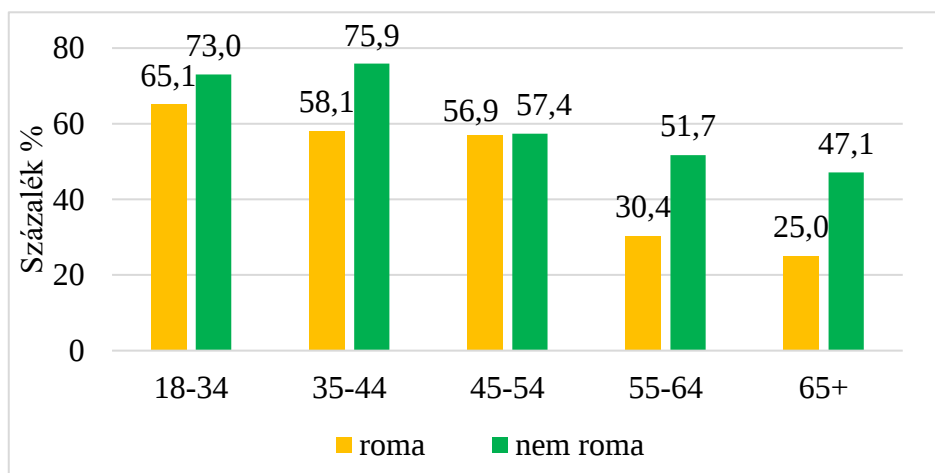
A betegség esetén történő azonnali orvoshoz fordulás és a nőgyógyászati szűrésen való évenkénti részvétel ugyancsak szignifikáns összefüggést mutatott ($\chi^2(1, N=294) = 6,196$, $p = 0,013$, $\Phi = 0,15$). A nem roma nők között magasabb volt az évenkénti nőgyógyászati szűrésen való részvétel aránya azoknál, akik betegség esetén rögtön orvoshoz mennek.

Azok a roma nők, akik magasabb pontszámra értékelték a **HPV elleni védőoltás fontosságát**, az elmúlt évben többen vettek részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton is ($U=10225$, $W=222628$, $Z=-3,628$, $p<0,001$). A nem roma nők esetében azonban nem kaptunk szignifikáns eredményt.

A **nőgyógyászati panaszok esetén** azok a roma nők, akik rendelkeztek ilyen jellegű problémával, nagyobb arányban mentek el nőgyógyászati szűrésre, mint azok a roma nők, akiknek nem volt panaszuk ($\chi^2(1, N=322) = 9,042$, $p = 0,003$, $\Phi = 0,17$).

Az **életkor** tekintetében a 18-44 éveseket és a 45+ korcsoportot hasonlítottuk össze. Mind a romák ($\chi^2(1, N=322) = 13,626$, $p<0,001$, $V=0,21$), mind a nem romák ($\chi^2(1, N=294) = 12,394$, $p<0,001$, $V=0,21$) esetében azt az eredményt kaptuk, hogy a fiatalabb korosztály szignifikánsan nagyobb arányban vett részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton a kérdezést megelőző egy évben.

Hazánkban megfigyelhető, hogy a roma lakosság az évenkénti nőgyógyászati szűrővizsgálat tekintetében minden korcsoportban kisebb arányban vesz részt, továbbá látható, hogy etnikai hovatartozástól függetlenül az életkor előrehaladtával csökken az évenkénti szűrési gyakoriság is (10. ábra).



10. ábra Az elmúlt évben nőgyógyászati szűrővizsgálaton részt vett magyar lakosság származás és gyakorisági csoportonkénti aránya %-ban (n=616)

A szülőképes korcsoportban (18-49 év) a romák 60,6%-a, a nem romák 69,7%-a jelezte, hogy volt szűrővizsgálaton az elmúlt évben. Az etnikai hovatartozás és az elmúlt évben nőgyógyászati szűrővizsgálatokon való részvétel azonban nem mutatott szignifikáns összefüggést a szülőképes korosztályban.

Az egyéb tényezők tekintetében érdekes összefüggéseket lehet megállapítani. A nem romák ($\chi^2(1, N=294) = 6,705$, $p=0,035$, $V=0,10$) esetében a **jövedelem** (minél nagyobb az egyén keresete annál valószínűbb, hogy a lekérdezés előtti évben részt vett a szűrésen) jelentősen befolyásolta a szűrővizsgálatra járást. A roma válaszadók esetében pedig a magasabb **iskolai végzettséggel** (érettségi, egyetem/főiskola) rendelkezők nagyobb valószínűséggel vesznek részt évente szűrővizsgálaton ($\chi^2(1, N=322) = 5,255$, $p=0,025$, $V=0,13$), illetve azok, akik a **szubjektív egészségi állapotukra** jobb értékelést adtak ($\chi^2(1, N=616) = 3,553$, $p = 0,038$, $\Phi = 0,11$).

Románia

A romániai romák esetében az alacsonyabb **jövedelem** ($\chi^2(1, N=258) = 5,590$, $p = 0,018$, $\Phi = 0,15$), a 45 év feletti **életkor** ($\chi^2(1, N=258) = 9,342$, $p = 0,002$, $\Phi = 0,19$) negatívan befolyásolta az eredményeket, ugyanis a kiskeresetűek és a 45 felettiiek lényegesen kevesebben tudnak eljutni a szűrővizsgálatokra, mint évente.

A romániai nem romák körében a **45 év feletti**ek ($\chi^2(1, N=183) = 10,751$, $p = 0,001$, $\Phi = 0,24$) az alacsony **jövedelműek** ($\chi^2(1, N=183) = 11,366$, $p = 0,003$, $\Phi = 0,25$) lényegesen ritkábban járnak nőgyógyászhoz, mint évente. Azok a nem romák akik valamilyen **egyéb szűrővizsgálaton részt vettek** ($\chi^2(1, N=183) = 33,669$, $p < 0,001$, $\Phi = 0,43$), nagyobb arányban mentek el az elmúlt évben nőgyógyászati szűrésre is. Továbbá a magasabb **iskolai végzettségűek** ($\chi^2(1, N=183) = 10,883$, $p < 0,001$, $\Phi = 0,24$) is nagyobb arányban voltak az elmúlt évben nőgyógyászati szűrésen mint a csak alacsony végzettségűek. Azok a nem roma nők, akik magasabb pontszámra értékelték a **HPV elleni védőoltás fontosságát**, az elmúlt évben többen vettek részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton Romániában ($U=10225$, $W=222628$, $Z=-3,628$, $p<0,001$).

Szlovákia

Azok a nem roma nők, akik magasabb pontszámra értékelték a **HPV elleni védőoltás fontosságát**, az elmúlt évben többen vettek részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton Szlovákiában ($U=2443$, $W=4096$, $Z=-2,142$, $p=0,032$).

Azok a nem roma nők, akik **részt vettek más szűrővizsgálaton** is ($\chi^2(1, N=163) = 3,626$, $p = 0,046$, $\Phi = 0,15$) nagyobb arányban mentek el az elmúlt évben nőgyógyászati szűrésre. Továbbá az életkor is befolyásolta a szűrővizsgálatra járást a nem romák esetében, ugyanis a **18-49 éves korosztály** tagjai nagyobb arányban voltak szűrésen az elmúlt évben ($\chi^2(1, N=78) = 4,198$, $p=0,04$, $V=0,23$) az idősebbekhez képest.

A **lakóhely típusa** és az **egészségbiztosítási jogviszony** azonban egyáltalán nem befolyásolta a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való részvételt egyik országban sem.

4.4.3. A gyermekszám és a terhességek számának összefüggései a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való megjelenéssel

A gyermekek száma és a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való részvétel szignifikáns összefüggést mutatott a roma nők körében Magyarországon. Azok a roma nők, akiknek több gyermekük van, az éves szűrővizsgálatnál ritkábban vesznek részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton ($U=10939$, $W=24634$, $Z=-2,449$, $p=0,014$). Mint ahogyan a terhességek száma és a nőgyógyászati szűrésen való részvétel is szignifikáns összefüggést mutatott hazánkban a roma nők körében. Azok a roma nők, akiknek több terhességük van, az évi egy alkalomnál ritkábban vettek részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton ($U=11214$, $W=24909$, $Z=-2,096$, $p=0,036$). A nem romák esetében nem találtunk szignifikáns különbséget a terhesség- és gyermekszám tekintetében. A gyermekszám és a terhességek száma nem mutatott szignifikáns összefüggést Romániában és Szlovákiában, sem a roma, sem a nem roma mintában.

Végezetül az 5. táblázat összefoglalóan mutatja be a szűrővizsgálaton való megjelenést befolyásoló tényezőket az etnikai hovatartozás és az ország tekintetében.

5. táblázat Nőgyógyászati szűrővizsgálaton történő megjelenést befolyásoló (✓) tényezők ($p < 0,005$) az egyes országok és a roma státusz tekintetében (N=1366)

VIZSGÁLT VÁLTOZÓK	roma			nem roma		
	HU*	RO**	SK***	HU*	RO**	SK***
Életkor	✓	✓	-	✓	✓	-
Iskolai végzettség	✓	-	-	-	✓	-
Településtípus	-	-	-	-	-	-
Jövedelem	-	✓	-	✓	✓	-
Egészségbiztosítotti jogviszony	-	-	-	-	-	-
HPV elleni védőoltással kapcsolatos attitűd	✓	-	-	-	✓	✓
Szubjektív egészség	✓	-	-	-	-	-
Más szűrővizsgálaton való részvétel	-	-	-	✓	✓	✓
Gyermekszám	✓	-	-	-	-	-
Terhességek száma	✓	-	-	-	-	-

Megjegyzések. * Magyarország, ** Románia, *** Szlovákia

4.5. A hagyományok jelentősége a roma nők életében

Kutatásunkban fontosnak tartottuk megvizsgálni, hogy a három ország roma lakosságának hagyománykövetése hogyan befolyásolja a gyermekek és az abortuszok számát, a nőgyógyászati szűrésen való megjelenést, a családnagyságot, a védekezés módját és a HPV oltás, valamint a nőgyógyászati szűrés fontosságának a megítélését

Gyermekszám

Csak a romániai romák körében találtunk lényeges eltérést, ugyanis azok a romák, akik követték a hagyományokat, több gyereket vállaltak ($U=6152$, $W=13533$, $Z=-3,626$, $p < 0,001$), azokhoz a romákhoz képest, akik számára nem fontos a hagyományok szerint élni.

Egy háztartásban élők száma

A roma válaszadókat vizsgálva megállapítottuk, hogy csak a romániai romákra igaz az, hogy akik hagyománykövetők, azoknál az egy háztartásban élők száma ($U=6928$, $W=14309$, $Z=-2,282$, $p=0,022$) magasabb, mint azokéban, akik nem követik a hagyományokat.

Védekezés módja

A szexuális aktusok alkalmával azoknak az aránya, akik semmilyen védekezési módszert sem alkalmaznak, a romák körében Romániában a leggyakoribb. Azok a romániai romák, akik magukat hagyományörzőnek tartják, lényegesen nagyobb arányban közösjenek védekezés nélkül (54,2%, $n=52$), mint a nem hagyományörző romák (37,6%, $n=32$), ($\chi^2(2, N=181) = 4,947$ $p = 0,026$, $V = 0,165$).

Ha a romák esetén a hagyományok tükrében vizsgáljuk a védekezési szokásokat, akkor megállapítható, hogy azok a romák, akik nem követik a hagyományokat, nagyobb arányban védekeznek a szexuális aktusok során (61,2%, $n=52$) de csak Romániában ($\chi^2(2, N=181) = 4,261$ $p = 0,039$, $V = 0,153$).

A hagyományok követése egyik országban sincs hatással a roma nők körében az **abortuszra, a nőgyógyászati szűrés és a HPV elleni oltás fontosságának megítélésére és a nőgyógyászati szűrésen történő megjelenésre.**

Magyarországon és Szlovákiában nem találtunk olyan vizsgált változót, amire hatással lett volna a régi roma a szokások követése.

4.6 Szexuális egészség

Védekezés

Kutatásunkban rákérdeztünk a szexuális aktivitásra is. Kíváncsiak voltunk arra, hogy akik aktív nemi életet élnek és nem terveznek gyermeket milyen védekezési módszert alkalmaznak a nem kívánt terhességek elkerülése érdekében (6 és 7. táblázat).

6. táblázat A szexuálisan aktív roma lakosság három leggyakoribb védekezési módszere az országok szerint (n=480)

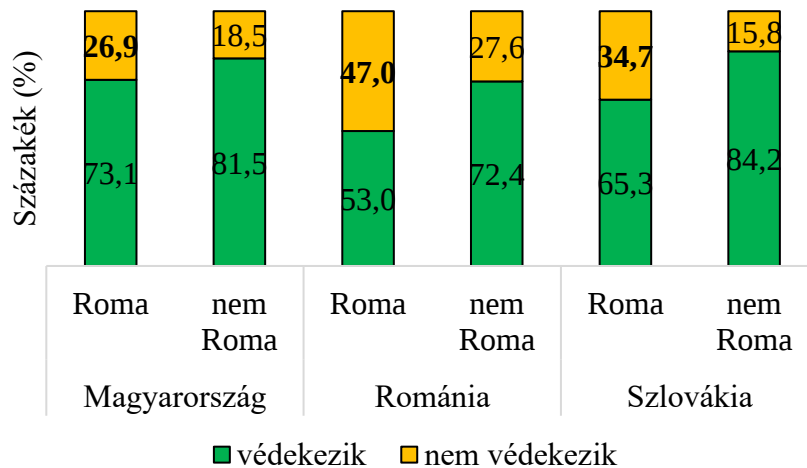
	Magyarország (n=201)	Románia (n=181)	Szlovákia (n=98)
1.	óvszer (31,8%)	megszakításos módszer (19,9%)	óvszer (39,8%)
2.	megszakításos módszer (17,9%)	óvszer (14,9%)	megszakításos módszer (13,3%)
3.	fogamzásgátló (15,9%)	spirál (12,2%)	fogamzásgátló (6,1%)

7. táblázat A szexuálisan aktív nem roma lakosság három leggyakoribb védekezési módszere az országok szerint (n=425)

	Magyarország (n=195)	Románia (n=116)	Szlovákia (n=114)
1.	óvszer (34,9%)	óvszer (41,4%)	óvszer (37,7%)
2.	fogamzásgátló (23,6%)	megszakításos módszer (14,9%)	fogamzásgátló (17,8%)
3.	megszakításos módszer (19,5%)	spirál (6,9%)	megszakításos módszer (16,7%)

A fenti táblázatban látható, hogy a romániai romák a megszakításos módszert alkalmazzák a leggyakrabban, ami hatásos lehet a nem kívánt terhességek ellen, viszont nem véd a nemibetegségektől. Körükben a hormonális fogamzásgátlók szedése nem túl gyakori. A többi válaszadó az óvszert részesíti előnyben. Etnikai hovatartozás szempontjából csak a romániai nem romák alkalmazzák lényegesen gyakrabban ezt a védekezési módot ($\chi^2(1, N=297) = 19,969$ $p < 0,001$, $V = 0,21$) a romákhoz viszonyítva. A magyar és szlovák válaszadók esetében nem találtunk szignifikáns különbséget az óvszerhasználat tekintetében etnikai hovatartozás szerint.

Ha bármilyen védekezési módszer használatát vesszük figyelembe, akkor a nem roma lakosság Magyarországon ($\chi^2(2, N=369) = 3,981, p = 0,046, V = 0,1$), Romániában ($\chi^2(2, N=297) = 11,115, p < 0,001, V = 0,19$) és Szlovákiában ($\chi^2(2, N=212) = 10,173, p < 0,001, V = 0,22$) is szignifikánsan nagyobb arányban védekezik a szexuális aktusok során a roma lakossághoz képest. (11. ábra)



11. ábra A szexuálisan aktív (nem terveznek gyermeket) roma és nem roma nők védekezési szokásai a vizsgált országokban (n=905)

Ha a védekezés elmulasztásának tekintetében vizsgáljuk a három ország roma válaszadóit, megállapítható, hogy a romániai mintába tartozó romák (47,0%, n=85) aránya a legmagasabb, azok között, akik a szexuális aktusok során nem védekeznek ($\chi^2(2, N=480) = 16,782, p < 0,001, V = 0,06$). A nem roma lakosság esetében nincs lényeges eltérés az országok között.

Ha azokat a nőket vizsgáljuk, akik egyáltalán nem védekeznek, mert az számukra nem fontos, és az etnikai hovatartozás tükrében összehasonlítjuk körükben a nemi betegségek ismeretét, akkor elmondható, hogy a romániai romák (43,0% n= 37) között szignifikánsan többen vannak azok a nők, akik nem védekeznek és nem ismernek egy nemibetegséget sem, szemben a nem roma női válaszadókkal (20,0% n= 6), ($\chi^2(2, N=116) = 5,054, p = 0,025, V = 0,21$).

Az első szexuális együttlét időpontját tekintve a roma és a nem roma lakosság életkorát összehasonlítva megállapítottuk, hogy mind a három országban a romák kezdik korábban

a nemi életet. A szlovákiai ($M=15,59$ $SD=2,14$) és a romániai ($M=15,66$ $SD=2,57$) roma válaszadók esetében az első szexuális aktus időpontjának átlaga a 16. életév alatt volt.

A terhességek és az abortuszok száma is szignifikánsan magasabb a roma nők körében mindhárom országban a nem romákhoz viszonyítva, viszont koraszülés és a vetélés nem mutatott különbséget országonként az etnikai hovatartozás függvényében (XIV. melléklet).

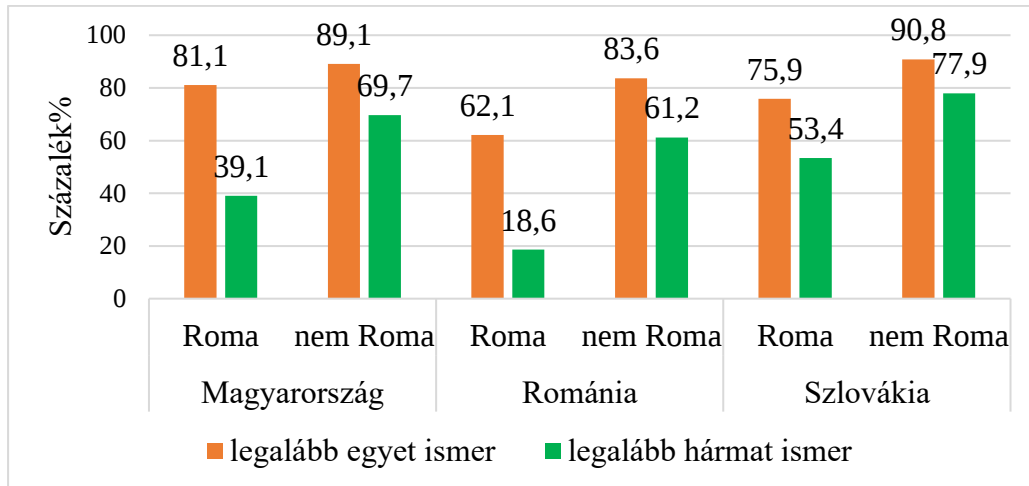
Ha a három ország roma lakosságának az adatait vetjük össze abban a kérdésben, hogy volt-e valaha abortuszuk és koraszülésük, megállapítható, hogy a romániai nők aránya a legmagasabb, azok közül, akinek volt valaha abortusza ($46,8\%$ $n=163$), ($\chi^2(2, N=726) = 37,334$ $p < 0,001$, $V = 0,23$) és vetélése ($42,9\%$ $n=117$), ($\chi^2(2, N=726) = 10,351$ $p = 0,006$, $V = 0,12$).

Egészségtudatosság és szexualitás

Elemzésünk során felmértük az STD-k ismeretét a válaszadók között. Az STD-k közül az első három, amelyet a legtöbben felismertek a romák és nem romák esetében is országtól függetlenül az AIDS/HIV (R: $54,4\%$, $n=395$, NR: $73,8\%$, $n=472$), a szifilisz (R: $44,4\%$, $n=322$, NR: $69,8\%$, $n=447$) és a HPV (R: $25,8\%$, $n=187$ NR: $62,7\%$ $n=401$) voltak. A teljes vizsgált populációban magasabb volt azoknak a romáknak ($24,1\%$, $n=175$) az aránya a nem romákhoz ($12,8\%$ $n=82$) képest, akik semmilyen nemi úton terjedő betegséget sem ismertek fel ($\chi^2(2, N=1366) = 28,396$ $p < 0,001$, $V = 0,14$).

Származásra való tekintettel megállapítottuk, hogy a három ország roma ($75,8\%$ $n=551$) lakossága együttesen lényegesen alacsonyabb arányban ismert legalább egy nemi betegséget a nem romákhoz viszonyítva (88% $n=563$) viszonyítva ($\chi^2(2, N=1366) = 32,957$ $p < 0,001$, $V = 0,16$).

Ha a legalább egy nemi betegség ismeretét vizsgáljuk a romák esetében, a Romániában élő romák azok, akiknek a legalacsonyabbak az ismereteik a többi két országhoz viszonyítva ($\chi^2(2, N=726) = 42,752$ $p < 0,001$, $V = 0,24$). A nem romák körében nem találtunk szignifikáns eltérést az országok között. Azoknak az aránya, akik legalább három fajta STD-t ismernek a romák ($\chi^2(2, N=276) = 54,870$ $p < 0,001$, $V = 0,28$) és nem romák ($\chi^2(2, N=640) = 11,365$ $p < 0,001$, $V = 0,13$) között is Romániában élnek a legkevesebben (12. ábra)



12. ábra A nemi betegségek ismerete a roma és nem roma lakosság körében országonként (N=1366)

Elemzésünk során létrehoztunk három szexuális egészségtudatosság változót továbbiakban SZE1, SZE2, SZE3). Azt tartottuk tudatos szexuális életet folytatónak, aki:

SZE1: egy vagy több védekezési módszert használ és egy vagy kettő nemibetegséget ismer;

SZE2: egy vagy több védekezési módszert használ és legalább három vagy annál több nemibetegséget ismer;

SZE3: egyáltalán nem használnak semmilyen védekezési módszert és nem ismernek egy nemibetegséget sem.

Az XV. mellékletben látható a szexuális egészségtudatosság összefüggései az abortusszal, a nőgyógyászati panasszal és az elmúlt három hónapban a nemi betegség tünetével.

SZE1

Azon válaszadók körében, akiknek nem volt abortusza, az egészségtudatosság esélye magasabb volt ((N=1366) $p < 0,001$, OR=0,55, 95%CI=0,40;0,77), továbbá minél egészségtudatosabb volt valaki, annál kevésbé és ritkábban fordul elő a nemibetegség tünete ((N=1366) $p = 0,011$, OR=0,61, 95%CI=0,421;0,89).

SZE2

A teljes populációra tekintettel megállapítottuk, hogy azok, akik körében magasabb volt a STD-re utaló tünet, a szexuális egészségtudatosságuk alacsonyabb ((N=1366) $p=0,043$, OR=7,97, 95%CI=0,36;59,73).

A nem koraszülő nők között az egészségtudatosság esélye magasabb volt, tehát a szexuális egészségtudatosság védőfaktor lehet a koraszülésre nézve ((N=1366) $p=0,009$, OR=0,66, 95%CI=0,48;0,90).

Azoknak a körében, akiknek nem volt abortusza, szignifikánsan magasabb az egészségtudatosság esélye ((N=1366) $p<0,001$, OR=0,47, 95%CI=0,37;0,59). Minél inkább ismeri valaki a nemi betegségeket és védekezik a szexuális együttlétek során, azok körében annál ritkábban fordul elő az STD ((N=1366) $p=0,002$, OR=0,63, 95%CI=0,48;0,85).

SZE3

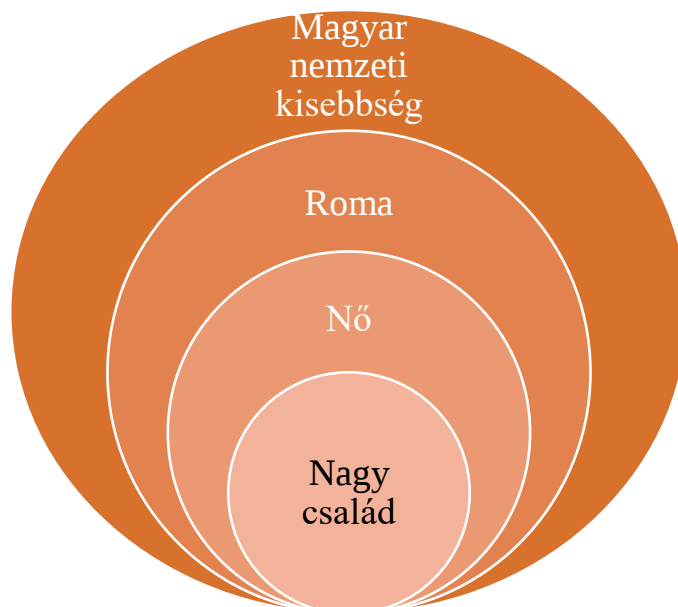
A teljes vizsgált populációt tekintve azok, akik 1) megszakították a terhességüket ((N=1366) $p=0,001$, OR=2,36, 95%CI=1,42;3,91), 2) elvetéltek ((N=1366) $p=0,015$, OR=1,89, 95%CI=1,13;3,14), 3) nemi betegség okozta panaszt jeleztek ((N=1366) $p=0,001$, OR=2,48 95%CI=1,48;4,15) körükben a védekezés hiánya, illetve az STD-kel kapcsolatos ismerethiány magasabb volt, vagyis kockázati tényezőt jelent.

A három ország roma és nem roma válaszadói esetében további összefüggéseket nem találtunk.

Összességében megállapítottuk, hogy a szexuális egészségtudatosság azok körében volt a legmagasabb, akiknek nem volt abortuszuk, illetve a szexuális egészségtudatosság védőfaktor lehet a koraszülésre nézve a teljes populációban (XV. melléklet).

5. Megbeszélés

Az utóbbi időben több felmérés is készült a roma kisebbségről (Anthonj et al. 2020, Tombat et al. 2020, Ember 2019, Halánová et al. 2018, George et al. 2018, Durst and Bereményi 2021, Boros and Bucher 2020), de kevesebb, kifejezetten a nőkre vonatkozó tanulmány látott napvilágot (European Union Agency for Fundamental Rights 2016, Pakai et al. 2018, 2022, Mózes et al. 2021, Mózes et. al. 2022). Az általunk vizsgált magyar ajkú külhoni roma női populációra vonatkozó szakirodalom pedig meglehetősen kevés (Mózes and Kocsis 2021). Kutatásunkban azért e nemzeti kisebbségekre koncentrálunk, mivel ők többszörösen hátrányos helyzetben élnek. Roma származásuk (Pipiková et al. 2017, Rezeanu 2015, European Commission 2014) miatt a nemzeti kisebbség női tagjának lenni (Mózes and Kocsis 2021) különösen nehéz és kiszolgáltatott helyzet, kiváltképp akkor, ha szegényes körülmények között, sok gyermekkel élnek (Czibere and Molnár 2016). (13. ábra) Ezért arra kerestük a választ, hogy egy olyan speciális populáció, mint a magyar anyanyelvű roma nők életében milyen tényezők okoznak extra terheket és nehézségeket.



Forrás: saját szerkesztés

13. ábra A magyar ajkú női roma lakosság sajátos helyzetét szemléltető ábra

5.1. Életkörülmények

A roma népesség alacsony iskolai végzettsége és rosszabb anyagi helyzete, valamint a közüzemi hiányosságokkal járó rossz életkörülmények jól ismert tényezők (European Union Agency for Fundamental Rights 2016, Fundación Secretariado Gitano 2009, Chaudhuri 2017), amelyről a FRA is beszámolt. 11 uniós országban - köztük az általunk vizsgált három országban is - értékelte a roma nők életkörülményeit. A felmérésben a lakhatási körülményeket akkor tekintették depriválnak, ha a háztartás nem rendelkezett vezetékes folyóvízzel és/vagy nincs csatlakoztatva a szennyvíztárolóhoz és/vagy nincs áramszolgáltatás. Romániában találták legnagyobb hiányosságokat, a lakáskörülményeket illetően. A magyar és a szlovák eredmények jobbnak bizonyultak. Kutatásunk megerősítette, hogy továbbra is a romániai lakosok élnek a legrosszabb körülmények között, de a lakáskomfort tekintetében már kevesebb hiányosságot találtunk. A szlovákiai és a magyarországi roma ingatlanok a mi felmérésünkben is közművesítettebbek voltak (European Union Agency for Fundamental Rights 2016).

2018-ban a magyarországi roma nők körében a Mózes és munkatársai által végzett vizsgálat során azt találták, hogy a lakások közel felében nem volt bekötve szennyvíz elvezető csatorna és gáz. A mellékhelyiség és a melegvíz a lakások negyedéből hiányzott. A vizsgált roma női populáció negyedének csak lavór állt rendelkezésre a tisztálkodáshoz. Az alacsony komfortfokozatú ingatlanok esetében lázas állapot, hányás, megfázás és hasmenés gyakrabban fordult elő. Úgy találták, hogy a közműhiányosságok halmozódása kedvez a különféle betegségek kialakulásának. Jelen kutatásunkban a magyar mintában a közműellátottságot tekintve a gáz esetében ugyanezt az eredményt kaptuk. A lakások hiányosságai a fürdőszoba, a mellékhelyiség és a melegvíz esetében alacsonyabban voltak. A felmért hazai romák tizede mosakodott lavórban. A mi vizsgálatunkban is az alacsonyabb komfortfokozatú otthonokban élő roma nők nagyobb arányban szenvednek köhögéstől és égető érzéstől vizeléskor, mint akik magasabb komfortfokozatban élnek. Ugyanakkor a nem roma nők körében is találtunk összefüggést, ugyanis a megfázás előfordulása az alacsony komfortfokozaton élők között gyakoribb volt (Mózes et al. 2021). Magyarországon és Romániában a romák lakhatási körülményei jelentősen rosszabbak, mint a nem roma lakosságé. Ezt az eredményt megerősítettük, azonban a szubjektív egészségi állapot előrejelzését vizsgálva Romániában azt találtuk, hogy a falakkal kapcsolatos problémák és az alacsony komfortfokozat növeli a rossz egészségi

állapot esélyét, de meglepő módon csak a nem roma nők körében (Mózes and Kocsis 2021, Mózes et al. 2022). Ennek a kérdésnek a pontosabb vizsgálata további kutatást igényel.

Felmérésünk során a betegségek gyakoriságára vonatkozó eredményeink összhangban voltak azzal, amit számos európai tanulmány bizonyított. Ahol az emberek hátrányos helyzetűek, egészségtelen környezetben élnek, különösen a vezetékes víz, csatorna és fürdőszoba nélkül, egyértelmű, hogy nagyobb valószínűséggel jelentkeznek fecal-oral úton terjedő fertőző betegségek és tünetei, mint például a hasmenés, a hányás és a láz, mint az ilyen hiányosságokkal nem rendelkező háztartásokban (Halánová et al. 2018, Hasajová et al. 2014, Drazilova et al. 2018, Babinská et al. 2014, Havírová 2021, Pipiková et al. 2017, Mózes et al. 2021). Felmérésünkben az épület komfortfokozata és a betegségek előfordulási gyakorisága között a magyarországi roma és nem roma nők esetében négy betegséget/tünetet (megfázás, torokfájás, köhögés, égő érzés vizeléskor), míg a romániai roma és nem roma nők esetében öt betegséget/tünetet (megfázás, hányás, torokfájás, köhögés, égő érzés vizeléskor) találtunk, amelyek alacsonyabb komfortfokozaton szignifikánsan gyakrabban fordultak elő.

Ungváry felmérésében a roma és nem roma munkanélküliek higiéniás szokásait hasonlította össze Magyarországon. Azt találta, hogy a roma lakosok kétharmada tisztálkodik naponta, ami lényegesen alacsonyabb a nem romákhoz képest, ahol ez az arány közel 90%. Szignifikánsan magasabb azoknak a romáknak az aránya, akik csak hideg vízben tudnak fürdeni és kevesebben vannak, akik minden étkezés után vagy naponta kétszer fogat mosnak. Ungváryhoz hasonlóan kutatásunk során azt vizsgáltuk, hogy a válaszadók milyen rendszerességgel tudnak zuhanyozni vagy kádban fürdeni. Mi mindhárom vizsgált ország tekintetében rosszabb eredményeket kaptunk, ugyanis a magyarországi és szlovákiai roma minta közel fele, míg a romániai nőknek csak a negyede fürdik/zuhanyozik naponta. Sajnos a mintába bekerült, felmért roma lakosság negyedének Romániában csak mosakodásra van lehetősége. Magyarországon és Szlovákiában a lakosságnak a tizede nem tud sohasem fürdeni/zuhanyozni. Az ingatlanok közül kizárólag hideg vízzel hazánkban a háztartások ötöde, Romániában több mint fele, Szlovákiában pedig tizede rendelkezik. A fogmosás tekintetében a hazai roma válaszadók mosnak legnagyobb arányban legalább naponta kétszer fogat (a minta harmada). A romániai romák harmada pedig sosem mos fogat (Ungváry et al. 2016).

Eredményeink szerint mindhárom mintában a legtöbb roma nő gyakran, akár naponta is cseréli a törölközőt. Ez feltételezéseink alapján összefügghet a hagyományokkal, mivel a marhime szerint, amint a törölköző érintkezik az altesttel, tisztátlanná válik, így cserélni kell (Szalai 2021, Neményi 1999).

A FRA megvizsgálta a háztartás mérete és a lakáskörülmények közötti kapcsolatot, megállapította, hogy a hátrányos lakáskörülmények viszonylag hasonló arányban jelentek meg a gyermek nélküli és az egy-, két-, vagy három gyermeket nevelő roma háztartásokban. Csak a négy vagy több gyermeket nevelő roma háztartásokban volt az átlagosnál súlyosabb hiányosságokkal rendelkező az ingatlan, különösen Romániában. (European Union Agency for Fundamental Rights.2016). Érdekes módon kutatásunkban azt találtuk, hogy a gyermekek száma nem különbözött az alacsony és a magas komfortfokozatú otthonokban Magyarországon, sem a roma, sem a nem roma nők esetében. Romániában ugyanakkor az alacsony komfortfokozaton élő nem roma nőknek szignifikánsan több gyermekük van, mint a magas komfortfokozaton élő nőknek. A romániai romák esetében nem találtunk szignifikáns különbséget. Szlovákiában hasonló összefüggést találtunk, de csak a roma nők körében. Esetükben a hat vagy annál több gyermek nevelésekor romlik jelentősen a lakás komfortfokozata

A szakirodalomból kiderül, hogy a roma lakosok egészségi állapota rosszabb, mint a nem romáké. Eredményeink ezt megerősítették Magyarországon és Szlovákiában. Ugyanakkor Romániában nem volt szignifikáns összefüggés az etnikai hovatartozás és az önértékelés szerinti egészségi állapot között (European Commission 2014, Sárváry et al 2019, Vokó et al. 2009). Ez további vizsgálatot igényel.

Vokó és munkatársai a telepeken élő magyarországi romák rosszabb egészségi állapotát az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszukkal magyarázzák. Vizsgálatunkban azt találtuk, hogy az alacsony társadalmi-gazdasági státusz nemcsak a romák, hanem a nem romák esetében is növelte a rossz szubjektív egészségi állapot esélyét mindhárom országban. A többváltozós modellben az iskolai végzettség volt a szubjektív egészségi állapot legfontosabb előrejelzője, de csak a nem romák körében (Vokó et al. 2009).

A romák nagy, kiterjedt családjai összetartók, gondoskodnak a betegekről, és nagyon együttérzők velük szemben. A családtagok támogatása is segíti a betegek gyógyulását. Ez arra utal, hogy a romák esetében a nagycsalád az egészséget védő tényező, mivel az egyének nagyobb biztonságban érzik magukat a kiterjedt közösségben. Kutatásunkban

megállapítottuk, hogy a magyarországi és szlovákiai romák esetében a háztartás méretének növekedése a rossz szubjektív egészségi állapot esélyének csökkenésével járt együtt, ami arra utal, hogy a hagyományos nagycsaládi modell védő hatása a romák számára (Mózes et al. 2022).

5.2. A romák és az egészségügy

5.2.1. A romák kapcsolata az egészségügyi dolgozókkal

Az egészségügyi dolgozók esetében sajnos előfordulnak az általánosítás miatti konfliktusok, ugyanis olykor hajlamosak azt feltételezni, hogy alacsony társadalmi státuszú és egészségértésű beteggel van dolguk, aki nem képes az alapvető kezelési eljárásokat és orvosi utasításokat megérteni. Emiatt a romák is negatív érzéseket táplálnak, már akkor, amikor az egészségügyi intézetbe lépnek (Aiello et al. 2018, Kotrotsiou et al. 2019, 2022). Felmérésünk során a roma lakosság több mint a fele válaszolta, hogy az egészségügyi dolgozók hozzáállása pozitív a betegek felé. A negatív vélemények legnagyobb arányban a hosszú várakozás miatt voltak, erre a romák negyede panaszkodott, ami feltehetően nem a roma betegek ellen irányul, hanem általános probléma az ellátás során. Ezt követi a „nem kapok tiszteletet” és a „nem vizsgálnak meg rendesen”. E két válasz alapján, szerencsére alacsony arányban, de feltételezhető az előítéletek jelenléte az egészségügyi személyzet körében.

5.2.3. Egészségbiztosítás és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés

A FRA felmérte a női roma populáció körében az egészségbiztosítással nem rendelkezők arányát, mely során azt találta, hogy a romániai roma nők közel fele, a szlovák romák tizede, a magyaroknak pedig kevesebb, mint tizede nem rendelkezett biztosítással (European Union Agency for Fundamental Rights 2016). Hasonló kutatás keretében Kühlbrandt és munkatársai pedig nemre tekintet nélkül vizsgálták a roma lakosság egészségbiztosítási hiányosságait és hasonló eredményeket publikáltak (Kühlbrandt et al. 2014). A két felmérés a romániai romák körében találta a legnagyobb hiányosságokat, mivel a teljes (férfi+női) és a női populációnak is közel a fele nem rendelkezett biztosítással, ami jelentős probléma, hisz a roma lakosság alapvető egészségügyi szükségletei, mint például a szűrővizsgálatok, kielégítetlenek maradnak. FRA és Kühlbrandt és munkatársai felmérését megerősítve mi is azt találtuk, hogy

Magyarországon és Szlovákiában a roma nők kevesebb, mint tizede, Romániában pedig a roma nők több mint fele nem rendelkezett egészségbiztosítással. A romák esetében azt találtuk, hogy az egészségbiztosítás megléte fontos, mivel annak hiánya csökkentette az egészségügyi szűrővizsgálaton való részvétel esélyét Romániában és Szlovákiában. Magyarországon, az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel és az egészségbiztosítás megléte között nem találtunk összefüggést sem a roma, sem a nem roma populációban. Ha kifejezetten a nőgyógyászati szűrések szempontjából vizsgáljuk a kérdést, úgy azt találtuk, hogy a biztosítás megléte nem befolyásolta a nőgyógyászhoz járást a vizsgálat előtti évben sem roma, sem a nem roma válaszadók esetében egyik vizsgált országban sem.

5.2.4. Krónikus betegség(ek) és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés

Az ELEF 2019-es felmérésében a női lakosság a szubjektív egészségét - az ötfokozatú skálán - 3,57-re értékelte. A mi felmérésünk rosszabb eredményt mutatott, mivel a roma lakosság 3,25-re, a nem roma lakosság pedig 2,91-re értékelte az egészségét (Boros et al. 2023).

Bosznia-hercegovinai felmérés szerint az egészségbiztosított jogviszonnyal rendelkező roma nők aránya megközelítőleg olyan magas volt, mint a mi vizsgálatunkban Magyarországon és Szlovákiában. A vizsgálat idején a Bosznia-Hercegovinában megkérdezett roma lakosság több mint fele krónikus betegség(ek)ben szenvedett. Ennek ellenére a romák közel háromnegyede még a tartós betegség(ek) esetén sem álltak orvosi felügyelet alatt, így a szűrővizsgálatokat sem lehetett rendszeresen elvégezni körükben (Stojisavljevic et al 2020). Ezzel szemben a mi mintánkban, Magyarországon, a krónikus betegség(ek)ben szenvedő roma nők egészségügyi szűrővizsgálaton való részvétele magasabb volt, ami a betegség(ek) bizonyos fokú ismeretére és odafigyelésére utal. Érdekes kiemelni kutatási eredményeink körül azt, hogy ha a romák rendelkeznek már valamilyen régóta fennálló betegséggel, akkor ennek tudatában inkább eljárnak a szűrésekre. Ez alól azonban kivételt jelentenek a dohányzó romák Magyarországon és Szlovákiában, ugyanis ők - eredményeink szerint - inkább nem mennek el szűrővizsgálatra, ami arra utalhat, hogy a dohányzással együtt az emberek elfogadják a káros hatásokat, ennek tudatában vannak, és inkább nem akarnak szembenézni a problémával. Ugyanakkor talán ez tükrözi a romák betegségfelfogását is, miszerint a betegség csak akkor van jelen, ha az már látható tünetekben megnyilvánul meg. Amíg

nem érezhető vagy nem látható a betegség, nincsenek tünetek, nem gondolják, hogy betegek vagy magasabb kockázatnak lennének kitéve (Szuhay 1999 120-130, Mózes et al. 2022). Azonban ezt a kérdéskört mi nem vizsgáltuk, viszont fontos lenne e területen is további felméréseket végezni.

A társadalmi-gazdasági adatokat górcső alá véve azt találtuk, hogy az iskolai végzettség, a jövedelem és a foglalkoztatás tekintetében a román eredmények a legrosszabbak, míg a magyar és a szlovák eredmények jobbak és közel azonosak. Az alacsony társadalmi-gazdasági státuszból eredő problémák Romániában hangsúlyosabbak, amit több tanulmány is kiemelt, mint például a szegénység, az alacsonyabb iskolai végzettség, az alacsonyabb egészségműveltség, a kommunikáció nehézségei. Ezek mind megnehezítik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést (Aiello et al. 2018, Boika et al. 2009, Hanssens et al. 2016, Kaluski et al. 2015, Janevic et al. 2015, Orton 2022).

5.2.5. Információk az egészségügyi szűrésekről

Kutatásunk szerint mindhárom országban még mindig magas azoknak a roma és nem roma válaszadónak az aránya, akik azt mondják, hogy "nem rendelkeznek információval a szűrésről" annak ellenére, hogy jelenleg mindhárom országban vannak szervezett, behívásos szűrővizsgálatok, például a 45-65 év közöttiek esetében emlőrák, illetve a 25-65 év közötti nők körében a méhnyakrák megelőzése érdekében. A meghívás életkor alapján történik, részletes magyarázattal a szűrési folyamatról és arról, hogy miért ajánlott a részvétel, még ha nem is kötelező. Nem garantálható azonban, hogy a meghívók mindig eljutnak a címzettekhez, mivel a telepeken élők lakcím szerinti nyilvántartása nem mindig egyértelmű, mivel nincsenek utcák vagy házszámok, csak irányítószámok. Előfordulnak olyan esetek is, amikor a lakosokat nem a lakóhelyük szerinti ingatlanra jelentik be, ami meggátolhatja azt, hogy a címzettek megkapják a behívó levelet (Kutatási zárójelentés 2017, World Health Organization 2013). Mi is valószínűsítjük ezeket a problémákat, mivel a magyarországi és a szlovákiai romák körében azt találtuk, hogy a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos információhiány a második, Romániában a negyedik helyen áll.

5.3. Női egészség⁶

Nagyon meglepő és további kutatásokat igénylő eredményeket kaptunk a szűrővizsgálatokon való részvételt befolyásoló szociodemográfiai tényezők esetében. Az egyik legérdekesebb és egyben legmeglepőbb eredményünk az, hogy a nőgyógyászati szűréseken való megjelenést nem befolyásolta a szűrésen részt vevők lakóhelyének a típusa és egészségbiztosítotti státusza, miközben a közép- és kelet-európai országokban végzett felmérések szerint ezek a tényezők hatással vannak a roma nők szűrésre járási szokásaira (Kaluski et al. 2015, Janevic et al. 2011, European Commission 2014, Kühlbrandt et al. 2014). Ezen kívül kutatásunk eredményei szerint a szlovák roma és nem roma válaszadók esetében a szociodemográfiai tényezők egyáltalán nem befolyásolták az éves szűrővizsgálatokon való megjelenést, miközben Magyarországon és Romániában az életkor egyértelműen befolyásolta azt. Romániában a jövedelem az etnikai hovatartozástól függetlenül lényeges tényező. Az iskolai végzettség szintje a magyarországi romák esetében és a romániai nem romák körében bizonyult fontosnak. Egyik legkiemelkedőbb eredményünk, hogy mindhárom országban, a más típusú (nem nőgyógyászati) szűrővizsgálaton való megjelenés együtt jár a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való részvétellel a nem roma nők esetében, ami arra utal, hogy az egyik szűrésen való részvétel nagyobb egészségtudatosságot jelez, jó eséllyel fog további szűrésekre is elmenni.

A méhnyakrákszűrés kiemelten fontos a szervezett lakossági szűrővizsgálatok között mind a három vizsgált országban (Nemzeti Népegészségügyi Központ a. 2023, European Commission 2021, National Oncology Institute 2020). A szűrőprogram hatékonyságának köszönhetően Magyarországon a méhnyakrák betegségterhe nem emelkedett olyan mértékben, mint más daganatos betegségek esetében (Mihály-Vajda et al. 2021).

2010-ben Hegyaljay és munkatársai azt találták, hogy a magyar női lakosság közel fele vett részt a szűrésen (Hegyaljay et al. 2010), az ELEF 2019-es vizsgálata szerint a felmérést megelőző három évben a 25-65 év közötti lakosság háromnegyede vett részt méhnyakrákszűrésen az országban (Központi Statisztikai Hivatal 2019). A kizárólag vidéki településeken felvett kutatási eredményeink arra világítanak rá, hogy a vizsgálatot

⁶ Jelen fejezet a Mózes N, Feith HJ. (2023) A méhnyakrák citológiai szűrővizsgálaton való részvételt befolyásoló tényezők összehasonlító felmérése Magyarországon roma és nem roma lakosság körében, összefüggésben szlovák és román eredményekkel. Orvosi Hetilap. 164: 36. 1424-1433. közlemény alapján készült.

megelőző évben nőgyógyászati szűrésen a magyarországi roma nők közel fele, a nem romák esetében pedig közel kétharmada jelent meg.

A mi felmérésünknek ugyan nem volt célja a telepeken élő romák felkeresése, mégis fontosnak tartjuk megállapítani, hogy a telepszerű, igen rossz körülmények között élő roma nők nőgyógyászati szűrésre járási szokásai rosszabb képet mutatnak. Libicki és mtsa eredményei alapján azt látjuk, hogy a kutatást megelőző egy évben a roma nőknek csak a harmadrésze vett részt méhnyakrákszűrésen, mivel egészségműveltségük és megfelelő tájékozottságuk alacsonyabb, emiatt a védőoltások terén is szkeptikusabbak, nem biztosan az oltások jótékony hatásában (Libicki and Fedor 2022).

A vonatkozó szakirodalmi források a romák esetében az egészségbiztosítás hiánya miatti ellátatlansági problémákról számolnak be, legnagyobb arányban Romániában van jelen ez a probléma (Arora et al. 2016, European Commission 2014, Kühlbrandt et al. 2014). Kutatásunkban míg Magyarországon és Szlovákiában az egészségügyi biztosítás megléte magas a romák és a nem romák körében, addig Romániában a biztosítás hiánya súlyos gond, amit a roma (50,4%) válaszadók meg is említettek, mint a nőgyógyászati szűrővizsgálatok elmulasztásának egyik okát. Ugyanakkor az eredményeink a romániai adatoknál nem mutattak összefüggést a szűrővizsgálaton való megjelenés és az egészségbiztosítás megléte között. Ez arra enged következtetni, hogy a biztosítás hiánya, bár fennálló probléma, mégsem ez okozza a méhnyakrákszűrés évenkénti elmulasztását, sokkal inkább a tájékoztatatlanság, nem gondolják szükségesnek ezt a szűrést, mert nem feltételezik, hogy ez a daganatos betegség őket is érintheti (European Commission 2014, Kühlbrandt et al. 2014).

Pakai és mtsai. szerint a romák megfelelő ismeretek hiányában nem tudják felmérni a méhnyakrák okozta veszélyt, emiatt kevésbé gondolják magukat kitettnek a betegség szempontjából, így nem is olyan fontos számukra a szűrés (Pakai et al. 2018). Felmérésünkben hasonló eredményt kaptunk, hiszen mind a méhnyakrákszűrés, mind a HPV elleni védőoltás fontossága alacsonyabb szintet ért el a romák esetében a nem romákhoz viszonyítva mind a három országban, továbbá a szűrés kihagyását a romániai romáktól eltekintve legtöbbször azzal indokolták, hogy nem érzik, hogy szükséges lenne ez a vizsgálat számukra. Ennek oka lehet, hogy az oltással kapcsolatos ismereteik alacsony szintűek. A romák többnyire nincsenek tisztában azzal, hogy a HPV ok-okozati kapcsolatban áll a méhnyakrák kialakulásával, továbbá félnek az oltás okozta

szövődményektől (Pakai et al. 2018, Libicki and Fedor 2022, Pakai et al. 2022). Romániában az elmúlt években több oltási kampányt is indítottak, de nagyon alacsony oltási lefedettséget értek el, így sikertelennek bizonyultak. Az oltási programot jelenleg a Nemzeti Egészségügyi Rendszer nem finanszírozza (Manolescu et al. 2022) Romániában. Szlovákiában 2022-től elérhető ingyenesen a HPV elleni védőoltás (Ištokovičová et al 2023). Hazánkban 2014-től azok a lányok kaphatják meg, akik betöltötték a 12. életévüket és az általános iskola 7. osztályába járnak. 2020 óta pedig a fiúk számára is ingyenesen igényelhető a 9 komponensű, HPV elleni védőoltás (Nemzeti Népegészségügyi Központ b. 2023). A romániai roma lakosság körében a mi eredményeink is rámutattak arra, hogy a HPV elleni oltás megítélése a legrosszabb a három ország vonatkozásában, ugyanis az általunk mért ötfokozatú fontossági skálán a roma nők átlagosan 2,95-et, a nem romák pedig 3,98-at jelöltek.

Mivel a méhnyakrák diagnózisának átlagos életkora 44-68 év közötti, így nem kizárólag a szülőképes korosztályt, de az idősebbeket is szükséges ösztönözni a szűrésre, mivel kutatásunkban is bebizonyosodott, hogy az életkor alapvetően befolyásolja a szűrésre járási hajlandóságot. Az idősebb korosztály nagyobb valószínűséggel mulasztja el évente a szűrési alkalmakat (Arbyn et al. 2008). A roma nők esetében szakirodalom igazolja, hogy a méhnyakrák kialakulásában a kockázati tényezők jelenléte, mint a korai gyermekvállalás és a szülések száma emelkedett, ami szükségessé teszi a jobb, hatékonyabb tájékoztatást (Pakai et al. 2018).

Korábbi vizsgálatok szerint a romáknak sajátos a beteg(jogi) státuszuk az egészségügyi ellátásban, ami hátrányokat okoz számukra (Feith and Lukács 2018, Lukács and Feith 2016). Ezért is fontos a területi védőnői ellátásról szóló 49/2014. (V.21.) ESzCsM rendelet hatálybeléptetése, mely a méhnyakrákszűrést a védőnő kompetenciái közé sorolja hazánkban. E jogszabály lehetővé teszi a szűrés kiterjesztését a nehezen megközelíthető településeken élő romák között, ugyanis a védőnő és a körzetben lévő roma nők jól ismerik egymást. A két fél közötti szoros kapcsolat hozzájárulhat ahhoz, hogy a szűrővizsgálathoz minél többen hozzáférhessenek. A kenetvételek lakóhelyen történő elvégzése is növeli a részvételi hajlandóságot, mivel nem kell sem utazni, sem várakozni. Ez a típusú szűrési módszer a szegregált településeken élő nők körében bizonyítottan a leghatékonyabb (Kutatási zárójelentés 2017, 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet, Vajda et al 2017). Ezen felül a helyi szervezetek is segítik a roma nőket abban,

hogyan eljussanak a szűrővizsgálatokra különösképpen a külföldi magyar lakta településeken.

Szakirodalom szerint fontos lenne megőrizni az éves nőgyógyászati vizsgálat nyújtotta lehetőséget, és a rákszűrések számát csak nagy körültekintéssel volna célszerű csökkenteni (Papp 2021), különös tekintettel arra, amit a kutatási eredményeink is megerősítettek, miszerint a románok alig több, mint fele volt a vizsgálat előtti évben nőgyógyászati szűrésen. A szűrővizsgálatok elmulasztását a legtöbb esetben az okozza, hogy a nők nem érzik a méhnyakrák kockázatnak való kitettségüket. A HPV elleni védőoltás alacsony elfogadottsága arra enged következtetni, hogy a lakosság kevésbé van tisztában a HPV vírus kockázatonővelő jelentőségével a daganatos betegség kialakulására nézve.

5.4. Szexuális élet és egészség

Ahogy Kelly is leírta a kutatásában, a románok jól ismerik a HIV-et és az AIDS-t, ugyanakkor nem gondolják, hogy ez a betegség őket is fenyegetheti, mivel jelentős azoknak a románoknak az aránya, akik nem védekeznek, vagy csak megszakításos módszert alkalmaznak (Kelly et al. 2010). A védekezési hiányosságokról, és arról, hogy az aktusok alkalmával az óvszer használata nem túl elterjedt, több kutatás is beszámolt már (Kabakchieva et al. 2002, 2006). A HIV-en és az AIDS-en kívül a további nemi betegségek ismerete is alacsony, ami veszélyt jelenthet a románokra nézve, mivel felmérések igazolják, hogy körükben magasabb arányban fordulnak elő az STD-k (Gyarmathy et al. 2008, Halánová et al. 2014, Babinská et al. 2017). Kutatási eredményeink ezt megerősítik, mivel a románok a HIV-et és az AIDS-t ismerik a legjobban, viszont ennek ellenére, főleg Romániában magas azoknak az aránya, akik nem védekeznek, vagy csak megszakításos módszert alkalmaznak. Ez utóbbi nem a legalkalmasabb védekezési módszer a teherbeesés, de különösen az STD-k megelőzésre. A szexuális egészségtudatosság viszont rendkívül fontos, mivel, ha valaki védekezik és ismeri a nemi betegségeket, kisebb eséllyel szenved STD-től, továbbá a nemkívánt terhességek számát is jelentősen csökkenti.

A szexuális élet megkezdésével kapcsolatos eredményeink továbbra is azt mutatták, mint a szakirodalomban fellelhető kutatások eredményei, korábbi életkorban válnak szexuálisan aktívvá a románok (Neményi 1999, Messing and Molnár 2011, Béki 2013). A

családtervezést vizsgálva a szakirodalmak szerint a hagyományörző romák inkább nem szólnak bele a természet rendjébe és kihordják a terhességeket. A romániai romák termékenysége a legmagasabb a felmérések alapján, a három vagy annál több gyermekes családok aránya közel 2,5-ször nagyobb a nem romákhoz képest. Ezért is lenne rendkívül fontos a biztonságos és tudatos szexualitásra és családtervezésre minél korábbi életkorban nagy hangsúlyt fektetni. Ugyanakkor felmérésünkben a három ország eredményei alapján a hagyományok követése már nem bizonyult annyira erős befolyásoló tényezőnek. Csak a romániai romáknál tapasztaltuk, hogy azok a válaszadók, akik a hagyományokat követik, nagyobb arányban élnek nagycsaládban és vállalnak több gyermeket. Esetükben viszont nem találtunk összefüggést az abortuszok száma és a hagyományörzés között, ugyanakkor szignifikánsan magasabb volt körükben az abortuszok száma a nem roma válaszadókhoz képest. (Neményi 1999, Durst 2007, Messing and Molnár 2011, Béki 2013, Kiss 2019, Vécsey 1995).

A védekezés típusainak szempontjából azonban változások történtek mind a három országban, mivel Neményi 1999-es felmérésében még arról számolt be, hogy a fogamzásgátló tablettákkal és a spirállal kapcsolatban a roma nők bizonytalanok (Neményi 1999), mára azonban már elterjedtebbek lettek. Felmérésünkben ezek a fogamzásgátlók az első három helyen szerepelnek mindhárom országban. Ezzel szemben balkáni felmérések eredményei szerint a romák még mindig gyakrabban támaszkodnak a hagyományos fogamzásgátlási módszerekre. Romániában, ami szintén balkáni ország, még mindig a megszakításos módszer a legnépszerűbb, de Magyarországon és Szlovákiában is a második helyen áll a gyakorisági listában (Avci et al. 2018, Sedlecky and Rašević 2014).

5.5. A kutatás erősségei és korlátai

A kutatás legnagyobb erőssége, hogy jelentős számú roma és hasonló számú nem roma válaszadót toboroztunk ugyanarról a földrajzi területről, annak ellenére, hogy a roma lakosságot a legnehezebb elérni, kiváltképp igaz volt ez a Covid-19 járványügyi korlátozások és a határzárak idején, ami rendkívül megnehezítette a munkánkat, de ennek ellenére is el tudtuk érni a kívánt elemszámot mind a három országban. Vizsgálatunk unikális, mert a külhoni, magukat magyar ajkú romának valló lakosokról csak kevés szakirodalom áll rendelkezésre. Kifejezetten nőket célzó kutatás pedig alig készült, így

vizsgálatunk hozzájárul ahhoz, hogy az anyaországtól elcsatolt területeken élő magyar ajkú női lakosság életkörülményeibe, szűrésre járási szokásaiba és szexuális rizikómagatartásába betekinthessünk.

A kutatás korlátai közé tartozik, hogy a roma nők körében a vizsgálat során nem lehetett kiszámítani a válaszadási arányokat, mivel az egyes országok teljes női roma lakosságának meghatározása nehézségekbe ütközött. A mintanagyságok eltérőek voltak, mivel a szlovák és román területeken élő magyar ajkú roma népesség kisebb arányt képvisel a teljes roma népességben belül, továbbá a vizsgált minták nem voltak reprezentatívak, így megállapításaink nem általánosíthatók a roma népességre egyik országban sem.

5.6. Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a háztartás tagjainak száma mind a romák, mind a nem romák körében fordítottan arányos a szubjektív egészségi állapotra adott értékekkel.

Első hipotézisünkre meglepő eredményt kaptunk, ugyanis Magyarországon és Szlovákiában a roma nők körében a háztartás létszámának növekedése csökkentette az önértékelés szerinti rossz egészségi állapot esélyét. Ez az jelenti, hogy a nagycsalád protektíven hat az egyén egészségére. Ez a fajta családszerkezet a régi időkben biztonságot jelentett a romák számára, mert nagyon tisztelték és ápolták a betegeket, senkit nem hagytak magára. Eredményeink szerint a közösség, jelen esetben a nagycsalád támogató ereje még mindig pozitívan hat az egyén szubjektív egészségi állapotára.

E feltevésem tehát nem igazolódott be, mivel a magyar és a szlovák roma nők körében a nagycsaládi lét pozitívan hatott a szubjektív egészségére.

Mindenképpen fontos, hogy ebben a kérdésben további vizsgálatok történjenek a jövőben.

2. Feltételezem, hogy a rossz lakáskörülmények, úgy, mint a falakkal kapcsolatos problémák és az alacsony komfortfokozat rosszabb szubjektív egészségi állapotot eredményez, roma származástól függetlenül, mindhárom országban.

A roma nők nagyobb arányban élnek alacsonyabb komfortfokozatú, problémás falazatú ingatlanokban, mint a nem roma nők, különösen Romániában. Magyarországon és

Romániában szignifikáns összefüggést találtunk a lakás komfortfokozata és a légzőszervi betegségek, valamint a vizeleskor tapasztalt égő érzés között. Magyarországon az alacsonyabb komfortfokozatú otthonokban élő roma nők nagyobb arányban szenvedtek köhögéstől és égető érzéstől vizeleskor. A nem roma nők körében a megfázás előfordulása az alacsonyabb komfortfokozaton gyakoribb volt. Végül, az etnikai hovatartozástól függetlenül, a torokfájás előfordulása gyakoribb volt alacsonyabb komfortfokozaton élők körében.

Romániában az etnikai hovatartozástól függetlenül a megfázás, a hányás és a köhögés gyakoribb volt az alacsonyabb komfortfokozatú ingatlanokban élő nők körében. A nem romák esetében a torokfájás és a vizeleskor tapasztalt égő érzés előfordulása volt magasabb. Szlovákiában nem volt szignifikáns kapcsolat az épület komfortfokozata és a betegségek előfordulása között egyik csoportban sem. A tünetek ellenére az alacsony komfortfokozat csak a romániai nem roma nők körében volt összefüggésbe hozható a rossz szubjektív egészségi állapottal.

Ez a hipotézisem tehát nem igazolódott be, mivel a rossz lakáskörülmények csak a romániai nem roma nők esetében okoztak rosszabb szubjektív egészségi állapotot.

3. Feltételezem, hogy a roma származás országtól függetlenül negatívan befolyásolja az általános szűrővizsgálaton való megjelenést, illetve az általános szűrővizsgálatok elfogadottságáról alkotott véleményt.

Várakozásainkkal ellentétben, Romániában a roma nők az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételt fontosabbnak ítélték a nem roma nőknél, azonban kevesen voltak a felmérésünket megelőző évben szűrővizsgálaton. Magyarországon és Szlovákiában nem volt különbség egészségügyi szűrővizsgálatok fontosságának megítélését illetően. Az etnikai hovatartozás szerint, a felmérést megelőző évben azonban a szűrővizsgálatokon való megjelenés nagyobb arányú volt a nem roma nők esetében Magyarországon. Romániában és Szlovákiában ugyanakkor nem volt jelentős különbség. Hipotézisem nem igazolódott be, mivel a romániai roma nők fontosabbnak írélték az általános szűrővizsgálatokon történő részvételt, mint a nem romák. Továbbá meglepő módon a nem romák kizárólag Magyarországon vettek részt szignifikánsan többen a felmérést megelőző évben általános szűrővizsgálaton.

4. Feltételezem, hogy az egészségbiztosítotti jogviszony hiánya, a szubjektív egészségi állapotra adott rosszabb érték, a krónikus betegség megléte, és a káros egészségmagatartás, úgy, mint a dohányzás, valamint a testmozgás hiánya - függetlenül a roma származástól és az országtól – hátrányosan befolyásolják az általános szűrővizsgálatokon való megjelenést.

Az általános szűrővizsgálatok tekintetében az egészségbiztosítás megléte fontos tényezőnek bizonyult Szlovákiában és Romániában, de csak a romák körében. A krónikus betegségben szenvedő roma nők az elmúlt évben egészségügyi szűrővizsgálaton nagyobb arányban vettek részt mind a három mintában. A szubjektív egészségi állapot, roma-nem roma származástól függetlenül nem mutatott szignifikáns összefüggést a szűrésen való részvétellel. A nemdohányzó vagy a dohányzásról leszokott roma nők nagyobb aránya vett részt egészségügyi szűrővizsgálaton az elmúlt évben a dohányzó roma nőkkel szemben Szlovákiában és Magyarországon. Végezetül az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel nagyobb volt a fizikailag aktív romániai nem roma nők között.

Ez a feltevés részben igazolódott be, mivel az egészségbiztosítás hiánya, a krónikus betegség megléte és a dohányzás kizárólag a romák esetében volt befolyásoló tényező. A fizikai aktivitás csak a romániai nem roma nők esetében. A szubjektív egészségi állapot pedig nem mutatott összefüggést egyik vizsgált csoportban sem.

5. Feltételezem, hogy az alapvető szociodemográfiai változók (életkor, iskolai végzettség, jövedelem, lakóhely, gyermekszám), az egészségbiztosítotti jogviszony, a szubjektív egészségi állapot, valamint a terhességek száma összefüggést mutatnak a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való megjelenéssel. Protektív faktor az alacsonyabb életkor, a magasabb iskolai végzettség, a magasabb jövedelem, a városi lét, a magasabb gyermekszám, a jobb szubjektív egészségi állapot, valamint a terhességek magasabb száma; roma származástól függetlenül. Mintahogyan azok a nők, akik nőgyógyászati szűrővizsgálaton megjelennek, általános szűrővizsgálaton is inkább megjelennek. S végül a HPV oltás fontosságának megítélése is protektív faktor.

Az elemzés során megállapítottuk, hogy az egészségbiztosítás hiánya jelentős probléma a romániai roma nők között, továbbá a nőgyógyászati szűrések elmulasztásának az okaként is nagy arányban megjelölték e hiányt, de csak Romániában. Ennek ellenére az

egészségbiztosítás megléte nem befolyásolta a nőgyógyászati szűrésen való részvételt egyik országban sem. Mivel eredményeink alapján úgy tűnik, hogy a nők egészségbiztosítás hiányában is inkább fizetnek a nőgyógyászati ellátásért, szűrésért, ezzel szemben viszont az általános szűrések esetében biztosítás hiányában inkább nem mennek orvoshoz. Ezért feltételezzük, hogy a nőgyógyászati szűrések fontosabbak számukra. A 45 év feletti életkor a magyar és romániai roma és nem roma nők esetében is csökkentette a szűrésen való részvételt. Mindhárom országban azok a nem roma nők, akik részt vettek más szűrővizsgálaton, nagyobb arányban mentek el az elmúlt évben nőgyógyászati szűrésre is. A lakóhely típusa nem befolyásolta a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való részvételt egyik országban sem. Az alacsonyabb jövedelem viszont csökkentette a romániai romák és nem romák, valamint magyar nem romák körében a nőgyógyászati szűrésen való megjelenést. Az alacsonyabb iskolai végzettség a magyar romák és a román nem romák körében volt negatív hatással a nőgyógyászati szűréseken való megjelenésre. A HPV elleni oltás pozitív megítélése a magyar romák és a román, szlovák nem romák körében hatott pozitívan. Végezetül a jobb szubjektív egészség a terhességek és gyermekek nagyobb száma csak a magyar romák esetében növelte a nőgyógyászati szűréseken való megjelenést a felmérésünket megelőző évben.

Ez a feltételezésem tehát csak részben igazolódott be, mivel találtunk olyan tényezőket, úgy mint az egészségbiztosítotti jogviszony és a lakóhely típusa, ami egyik országban sem befolyásolta a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való részvételt sem a romák sem a nem romák esetében.

6. Feltételezem, hogy a romák körében a roma hagyományok követése országtól függetlenül befolyásolja a születendő gyermekek számát, a terhességmegszakítások számát, a nőgyógyászati szűrésen való megjelenést, a családnagyságot, a védekezés módját és a HPV oltás, valamint a nőgyógyászati szűrés fontosságának a megítélését.

A hagyományok hatása egyre inkább csökkenni látszik. Magyarországon és Szlovákiában meglepő módon nem találtunk olyan vizsgált változót, amire hatással lenne a roma szokások követése. A romániai romák esetében viszont a gyermekszámot és az egy háztartásban élők számát növeli a hagyományok követésének a ténye, továbbá a szexuális életet is befolyásolja, mivel azok között, akik egyáltalán nem védekeznek a szexuális

aktusok során, jelentősen nagyobb arányban vannak azok, akik a régi roma hagyományok szerint élnek.

A hipotézis nem került elfogadásra, mivel a vizsgált mintában csak a romániai roma nőkre, rájuk is csak részben volt befolyással a hagyományok követése

6. Következtetések, javaslatok

6.1. Életkörülmények

Eredményeink rávilágítottak, hogy a roma nők még mindig súlyos hiányosságokkal küzdenek életterüket tekintve, mivel az ingatlanok alacsony komfortfokozatúak és a falak állapota nem megfelelő, különösen Romániában. Magyarországon és Szlovákiában az ingatlanok állapota kevésbé rossz, a két ország helyzete közel azonos.

A közműhiányosságok feltételezhetően kihatnak és rontják a roma nők önértékelés szerinti egészségi állapotát, mivel sokan közülük az épületek rossz állapotával összefüggő tünetekre panaszkodtak. Azonban az egyik fontos megállapításunk szerint, az alacsony komfortfokozat és a falakkal kapcsolatos problémák csak a romániai nem romák körében növelte a rosszabb egészségi állapot esélyét. A vizsgált három ország roma lakosaira, továbbá a magyar és szlovák nem roma válaszadók szubjektív egészségi állapotára ez nem volt hatással.

Másik lényeges megállapításunk, hogy a magyar és a szlovák romák körében a nagycsalád pozitív hatással van az önértékelés szerinti egészségi állapotra, mivel a háztartás létszámának növekedése összefüggésbe hozható volt a rossz szubjektív egészségi állapot esélyének csökkenésével. E megállapítás valószínűleg azt mutatja, hogy a kohézió ugyanolyan erős pozitív hatással van az egyén egészségére, mint évszázadokkal ezelőtt.

A szakirodalomban közölt és általunk is megerősített rosszabb higiénés körülmények enyhítésére megoldást jelenthet a francia program keretében kiépített mobil mellékhelyiségek modellje, mivel azok nem csak a roma lakosság komfortfokozatát növelték, hanem a fecal-oral úton történő betegségek kialakulását is képesek voltak csökkenteni (Chaudhuri 2017). Ehhez hasonló kezdeményezések már történtek a vizsgált országokban, ahol olyan mobil konténereket helyeztek ki, mely rendelkezett mellékhelyiséggel, fürdési és mosási lehetőséggel is (8. kép).

8. kép Romák lakta hátrányos területen kihelyezett mobil konténer fürdési, mosási lehetőséggel Magyarországon (saját kép)



A Máltai Szeretetszolgálat Jelenléti programja keretében a városi szegénynegyedekben és a hátrányos helyzetű kistelepüléseken végez intenzív, folyamatos szociális munkát. A program részeként a szociális segítő tevékenységet kiegészítve fejlesztés és felzárkóztatás is zajlik, a közműhiányossággal sújtott lakosoknak pedig mosási szolgáltatást biztosítanak.

6.2. Romák és az egészségügy

Vizsgálatunkban a romák egészségügyi személyzetről alkotott véleménye többnyire pozitív volt, bár panaszok között szerepelt a „nem kapok tiszteletet” és a „nem vizsgálnak meg rendesen”. E kérdést mindenképpen fontos lenne tovább vizsgálni, lehetőség szerint kvalitatív vizsgálati módszerrel, lehetőleg mélyinterjúk segítségével, mert véleményünk szerint először azonosítani kell a romák és az egészségügyi személyzet között fennálló (kommunikációs és egyéb típusú) problémákat és félreértéseket, mielőtt cselekvésre kerül sor.

A szűrővizsgálatokhoz való hozzáállás, de különösen az azokon való megjelenés nők körében stratégiai jelentőségű, hiszen ők azok, akik a jövő generációját felnevelik, s fontos mintát adnak a leendő generációk számára. Ugyanakkor, ha a romák félnek az orvosoktól, a vizsgálati procedúrától és a közösségükből való kiszakítástól, akkor hiába rendelkezünk modern eszközökkel, nem vonhatók be a szűrési programokba. Ha egészségmegőrzésről van szó, a romák általában tisztában vannak a szűrővizsgálatok

fontosságával, ugyanakkor nincs teljes bizalom ezen intézkedések hatékonyságát illetően. Mi is megerősítettük eredményeinkkel, hogy sajnos a roma nők kapcsolata az egészségüggyel nem kielégítő. Előfordul, hogy az egészségügyi biztosítás megléte ellenére, krónikus betegség fennállása esetén sem állnak folyamatos orvosi felügyelet alatt, de már a szűrővizsgálatokat is elmulasztják (Stojisavljevic 2020). Bár a roma nők fontosabbnak tartják az általános szűréseken való megjelenést Romániában a nem romákhoz képest, mégis a vizsgálatot megelőző évben csak negyedük ment el szűrésre, közel annyian, mint a nem romák. Ehhez képest Magyarországon és Szlovákiában a roma és nem roma minta tagjai 2-2,5-szer nagyobb arányban voltak valamilyen szűrővizsgálaton. A romániai romák fele rendelkezik csak egészségbiztosítotti jogviszonnyal, és a biztosítási hiányt jelezték is az általános szűrővizsgálatok elmulasztásának okaként. A többi ország roma és nem roma válaszadói feltehetően az egészségtudatosság hiánya miatt nem járnak szűrésekre, mert legnagyobb arányban azzal indokolták a mulasztást, hogy nem szeretnek orvoshoz járni.

Több kutatással összhangban mi is kerestük azokat a kockázati tényezőket, amelyek befolyásolják az általános szűrővizsgálaton való megjelenést és az egészségüghöz való hozzáférést. A korábbi vizsgálatok az okokat valószínűsítik, ugyanakkor az egészségre káros folyamatok nem teljesen tisztázottak, hiszen még mindig elkerülhetetlen a tényleges kockázati tényezők felkutatása, mert anélkül minden beavatkozás, egészségfejlesztésre irányuló szándék eredménytelen. Az egészségügyi rendszer megreformálása csak akkor lesz hatásos a roma lakosság szempontjából, ha azt az ő egyéni szükségleteikhez igazítják. Ha nem detektálják a problémákat és ennek kapcsán nem határozzák meg pontosan a beavatkozási pontokat, akkor hiába terveznek és finanszíroznak súlyos összegekért intervenciós programokat, azok a valódi ismeretek hiányában működésképtelenek lesznek (Hajioff and McKee 2000, Fésüs et al. 2012).

A korábbi megállapításokkal egyetemben, szerintünk is fontos, hogy prioritás legyen a szociálisan rászoruló romák egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése. A segítő szakemberek oktatása és felügyelete az egészségügyi rendszer egyszerűsítése és átláthatóbbá tétele, az egészségfejlesztés és az ehhez kapcsolódó szolgáltatások, valamint az egészségügy helyi és pénzügyi hozzáférhetőségének javítása tudna változásokat elérni. A szűrési programokat úgy kell kialakítani, hogy a nehezen elérhető csoportokat, mint például a romákat is meg tudja szólítani, hiszen körükben nagyobb a daganatos és egyéb

betegségek késői diagnosztizálásának a kockázata. Erre a szűrőbusz program nagyon jó kezdeményezés, mert ezáltal a hátrányos helyzetű térségekben a roma lakosság is könnyebben igénybe veheti a szűréseket (Svobodova et al. 2021., Lehane 2020, Karácsony et al. 2023).

A romák esetében a negatív hiedelmeket is le kell küzdeni. Ami hatékonyan sikerülne, ha ismernék a szűrés menetét és előnyeit, (Kutatási zárójelentés 2017) illetve, ha nem éreznék bizonyos szempontból szégyennek a szűrési eljárást. Ezek megváltozása növelné a szűrésen való részvétel esélyét (Pakai et al. 2022).

Gyakorlati szempontból fontos az egészségügyi dolgozók, sőt a közép- és felsőfokú egészségügyi oktatásban a diákok, hallgatók ismereteinek, érzékenységeinek és a roma lakossággal kapcsolatos pozitív hozzáállásának növelése is. Alapvető fontosságú, hogy tisztában legyenek a roma szokásokkal, például a roma nők meztelenségük miatti szégyenérzetével, így az ellátás során megértőbbekké válhatnak velük szemben.

Jó kezdeményezés lenne a roma gyerekek motiválása az egészségügyi szakmák elsajátítására (Belak et al. 2020). Ha több roma származású egészségügyi dolgozó lenne, hatékonyabban tudnák áthidalni a romák és az egészségügyi személyzet között felmerülő kulturális eltérések miatti félreértéseket, konfliktusokat (Svobodova et al. 2021).

A romák körében alapvető fontosságú a szűrővizsgálatokról történő tájékoztatás is. Itt nem csak a szervezett szűrővizsgálatok, úgy, mint a méhnyakrák, emlő- és vastagbél daganat szűrésre kell gondolnunk, de az alap- és szakellátás során végzett egyéb szűrővizsgálatokról is fontos tájékoztatást adni, mint a vérnyomásmérés, évente általános vérvizsgálat vagy a szemészeti és a bőrgyógyászati szakrendelés nyújtotta lehetőségek.

Az egészségtudatos életmód kialakítása elengedhetetlen, hiszen a roma lakosság egy része nem él a szűrővizsgálatok adta lehetőségekkel. Ennek következtében a betegségeik sem ismerhetők fel időben, ami nem csak az egyén számára káros, de jelentős plusz terhet ró az egészségügyre, a társadalomra. E súlyos terhek miatt kellene a szemléletváltás, hogy ne csak akut panaszok esetén, a sürgősségi ellátás keretében kerüljenek már betegként az egészségügyi rendszerbe.

6.3. Női egészség⁷

A nőgyógyászati szűrővizsgálatok tekintetében új eredményünk, hogy a lakóhely és az egészségbiztosítotti jogviszony egyik ország roma és nem roma válaszadói között sem befolyásolta a nőgyógyászati szűrővizsgálaton való részvételt. A három ország válaszadói közül a romániai, ezen belül a romániai romák járnak arányaiban a legkevésbé szűrésre, és ők értékelik a legkevésbé fontosnak mind a méhnyakrákszűrést, mind a HPV elleni oltás jelentőségét.

Az egészségügyi szűrővizsgálatok szélesebb körű elterjedése a roma nők körében Magyarországon tapasztalható leginkább, ahol a védőnő családtervezési tanácsadása és a szülésre való felkészülés támogatása kiegészült a méhnyakszűréssel. Ez most már a védőnők egyetemi képzésben is szerepel, és minden hallgató számára kötelező. Ez a kezdeményezés nagyon eredményes, hiszen a védőnők és a roma anyák között erős bizalmi kapcsolat van, mivel a két fél jól ismeri egymást. E plusz jogkör segít abban, hogy egyre több roma nő tudja igénybe venni a méhnyakrákszűrést, különösen a szegregált területeken, ahonnan nehéz elérni a nőgyógyászt (Kutatási zárójelentés 2017).

Romániában és Szlovákiában a romák helyzetének javítása érdekében ún. egészségügyi mediátor programot indítottak. A program célja a romák egészséggel kapcsolatos ismereteinek bővítése, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és a közegészségügyi beavatkozásokban való részvétel növelése. A kezdeményezés jó gyakorlatnak bizonyult, hiszen a roma közösségekből emeltek ki embereket, akiket oktatásban részesítettek és a megszerzett tudást már ők adták tovább a saját közösségüknek. Ez a gyakorlat sokkal eredményesebb, hiszen a romák sokkal könnyebben elfogadják a közösségük tagját, mint egy idegent. A program nagyban hozzásegíti a roma közösségekben ahhoz, hogy valid egészségügyi ismeretekkel rendelkezzenek (LeMasters et al. 2019, Wamsiedel and Vincze 2012, Open Society Foundations Roma Health Mediators 2011, World Health Organization 2013).

Véleményünk szerint fontos lenne, hogy az egészségbiztosítással nem rendelkező roma nőket tájékoztassák az ingyenes egészségügyi szűrővizsgálatokról a terhesgondozás során. Romániában célszerű lenne az első terhesgondozási látogatást ingyenessé tenni a

⁷ Jelen fejezet a Mózes N, Feith HJ. (2023) A méhnyakrák citológiai szűrővizsgálaton való részvételt befolyásoló tényezők összehasonlító felmérése Magyarországon roma és nem roma lakosság körében, összefüggésben szlovák és román eredményekkel. Orvosi Hetilap. 164: 36. 1424-1433. közlemény alapján készült.

rászorulóknak számára, akik nem tudják kifizetni az első vizit díját (LeMasters et al. 2019, A várandósgondozásról szóló 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet, Šprocha 2010).

Úgy gondoljuk, hogy a roma és a nem roma lakosság körében, a méhnyakrák megelőzése érdekében elengedhetetlen a további egészségfejlesztés, ezen belül kifejezetten a rizikófaktorok ismertetése. A roma származáson és a szülőképes korcsoporton (Központ Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézet 2023) kívül a prevenció szempontjából nagyobb figyelmet szükséges fordítani – más szakirodalmak megállapításaival egyezően (Kutatási zárójelentés 2017, Pakai et al. 2018, 2022) - a csak alapfokú iskolai végzettségűekre, a fiatalokra, mivel ők kevésbé érzékelik még a kockázatot és az idős korcsoportra, mivel ők többnyire úgy vélik, hogy az életkorukból adódóan már nem érinti őket e daganatos megbetegedés.

6.4. Szexuális egészség

A romák szexuális magatartását illetően a romániai romák azok, akik legnagyobb arányban mulasztják el a védekezést a szexuális aktusok alkalmával, illetve, ha védekeznek is, a megszakításos módszert alkalmazzák leginkább. Ez veszélyes lehet az STD-k terjedése szempontjából, különös tekintettel arra, hogy ők azok, akik a legkevésbé ismerik ezeket a betegségeket. A romániai romák szexuális életére hatással vannak a hagyományaik, mivel a hagyományokat követő romák kevésbé védekeznek és több gyermekkel, nagyobb családdal rendelkeznek. Ez a megállapítás különösen fontos, hiszen kutatásunkban kizárólag a romániai romák szexuális viselkedésére, családtervezésére hatott a hagyományok követése.

Az eredményeink és a szakirodalmi ajánlások alapján úgy gondoljuk, hogy specifikus intézkedéseket kell hozni a roma nők számára, különösen fontos lenne ez Romániában, ahol a vizsgált országok között a legmagasabb volt a terhességek, az abortuszok és a gyermekek száma. Hozzáférésüket egyértelműen támogatni kell a megelőző szolgáltatásokhoz. A nem kívánt terhességek elkerülése érdekében, a romániai népegészségügyi politikának célszerű lenne olyan, családtervezéssel kapcsolatos intézkedéseket is tartalmazni, amelyek kifejezetten a roma népességet céloznák meg, oly módon, hogy azok kulturálisan is igazodnak a romákhoz (Nanu et al. 2021).

Szlovákiában és Romániában a már fentebb említett egészségügyi mediátorok képzése egy jó gyakorlatnak bizonyult, mivel a mediátorok képzett roma személyek, így ők jobban

átérzik és megértik e kisebbség problémáját. A mediátorok munkájuk során segítik a roma nőket a családtervezésben, azért, hogy nekik is beleszólásuk legyen a saját testükkel kapcsolatos döntésekbe. Fontos lenne, hogy a gyermekvállalás ne a hagyományok vagy közösségi kényszer miatt történjen, hanem szabad döntéshozatal legyen. Emiatt elengedhetetlenül fontos, hogy a nők is élhessenek a különféle fogamzásgátló módszerekkel, annak érdekében, hogy ne az abortuszt használják fogamzásgátlásként. A mediátorok ebben adnak tanácsot és tájékoztatást, továbbá segítik a nők számára az orvossal, nőgyógyással való kommunikációt, mivel szexuális életükről többnyire idegenkednek beszélni (Wamsiedel et al. 2012).

6.5. Összefoglaló gondolatok

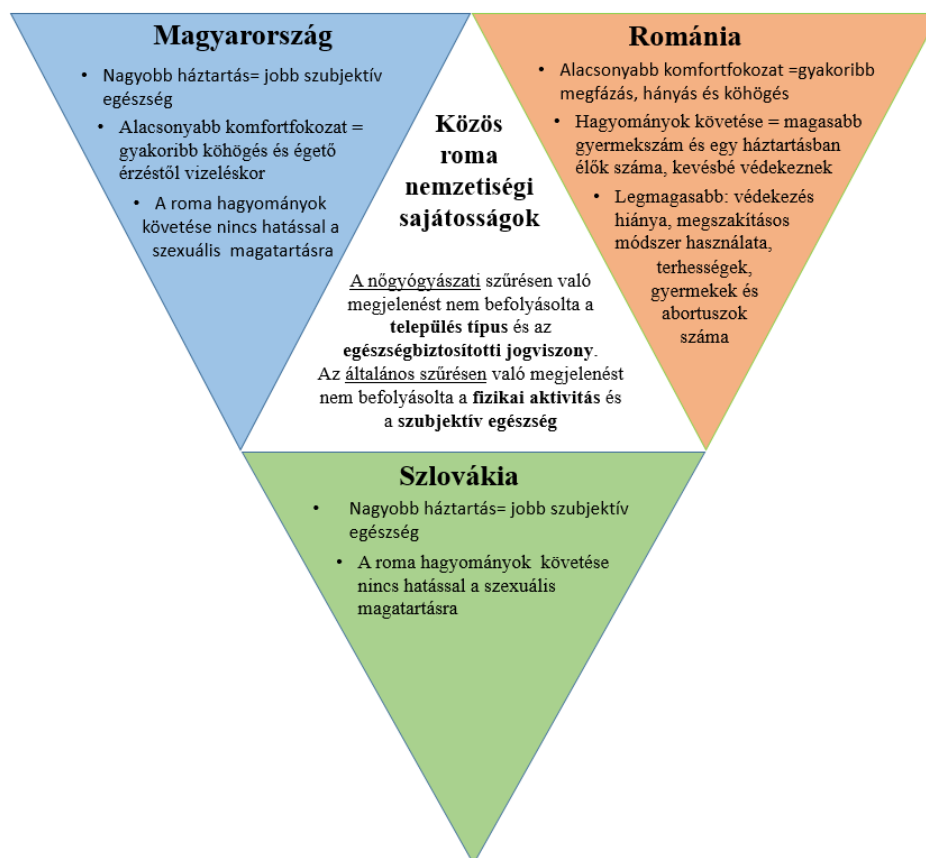
Végezetül, eredményeink alapján összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy ebben a három közép-kelet-európai országban, a magyarok lakta területeken hiába közös a történelmi múlt, hiába volt hasonló (és ma is sok tekintetben egyező) politikai, szociálpolitikai berendezkedés, hiába az egy nyelvhez, a roma vagy nem roma kultúrához való tartozás, az állampolgárság, még inkább az állami hovatartozás sokkal erőteljesebben hat.

Összehasonlítva a három országban felvett adatokat, egyértelműen a romániai roma válaszadók helyzete a legrosszabb, sok esetben lemaradást mutatva a szlovákiai és a magyarországi vizsgált személyekhez képest. Az alábbi 14. ábra összefoglalóan mutatja be a három roma alminta legfontosabb azonosságait és különbségeit.

A fenti különbségektől eltekintve a családok egészségmegőrzéséhez kapcsolódóan a nők szerepe a mai napig rendkívül sokrétű és fontos, államhatároktól függetlenül. Jellemzően ők azok (különösen a konzervatívabb berendezkedésű társadalmakban), akik meghatározzák a család által elfogyasztott ételek tápanyagtartalmát és az étel elkészítési módját. Ezen felül már kora gyermekkorban átadják a maguk étkezési mintáját a gyermekeiknek is.⁸ Betegség esetén ők maradnak otthon és ápolják a családtagokat, segítik a gyors felépülést. A nők egészségtudatossága kiterjed a házastársukra is, mivel támogatják a szűrővizsgálatokon való megjelenést és betegség esetén az orvoshoz

⁸ Jelen rész a Mózes N, Feith HJ. (2023) A magyarországi, romániai és szlovákiai magyar ajkú, roma nők táplálkozásának vizsgálata hagyományaik tükrében Új Diéta: A magyar dietetikusok lapja, 32: 27-31. közlemény alapján készült.

fordulást. Ők azok, akik jellemzően tartják a kapcsolatot az egészségügyi szolgáltatókkal, különös tekintettel gyermekeik miatt (Magyarországon a védőnőkkel). Végezetül a nő az, aki a családot összefogja és védő szeretetével odafigyel a családtagok testi és lelki egészségére egyaránt.



Forrás: saját szerkesztés

14. ábra Azonosságok és országok szerinti roma nemzetiségi sajátosságok

Összességében kutatásunkat sikeresnek tekintjük, mivel véleményünk szerint hozzájárult a hazai és külföldi magyar anyanyelvű roma nők életkörülményeinek, szűrésekkel, prevencióval kapcsolatos attitűdjeinek és szexuális magatartásának jobb megértéséhez, emellett több új megállapítást is találtunk. Különösen fontos volt számunkra e női csoportra fókuszáló, sok tekintetben hiánypótló kutatás, hiszen magyar-roma származásuk és nemük miatt többszörös hátránnyal élnek. E kutatási terület kiemelt és fontos, amivel a jövőben is szeretnék foglalkozni, hiszen a nők társadalomban betöltött szerepe nélkülözhetetlen. Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy döntő szerepet játszanak a családok egészségében, ezért a nőkre összpontosító egészségtudományi kutatások elengedhetetlenek.

7. Összefoglalás

A magyar ajkú roma nők olyan kisebbségen belüli csoport, akik az anyaországtól elszakított területen élnek Romániában és Szlovákiában. Származásuk miatt rosszabbak az életkörülményeik és női mivoltukból adódóan sokszor a saját etnikai csoportjukon belül sem tekintik őket a férfiakkal egyenjogúnak. Kutatásunk célkitűzése az volt, hogy megvizsgáljuk és összehasonlítsuk a roma és nem roma nők életkörülményeit, általános és nőgyógyászati szűrésekkel kapcsolatos attitűdjeit, egészségi állapotát és szexuális rizikómagatartását.

Keresztmetszeti vizsgálatunkban kérdőív segítségével mértük fel a három ország roma és nem roma női lakosságát (N=1366). A statisztikai elemzés során átlag $\pm$ SD és gyakorisági számítást, független mintás t-próbát, keresztábra-elemzést, Pearson-féle khi-négyzet statisztikát, egyváltozós és többváltozós logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk.

Eredményeink megerősítették, hogy az épületek rossz állapotával összefüggő tünetekre etnikai hovatartozástól függetlenül panaszkodnak. Az elégtelen lakáskörülmények viszont csak a romániai nem romák körében növelte a rosszabb egészségi állapot esélyét. A szakirodalommal ellentétben a magyar és szlovák romák körében a nagycsalád pozitív hatással van az önértékelés szerinti egészségi állapotra, mivel a háztartás létszámának növekedése összefüggésbe hozható volt a rossz szubjektív egészségi állapot esélyének csökkenésével. Az általános szűrővizsgálatokon való részvétel tekintetében az egészségbiztosítotti jogviszony fontos tényezőnek bizonyult, ezzel szemben a nőgyógyászati szűrésen való megjelenést ez nem befolyásolta. A hagyományok csak a romániai romák szexuális életére vannak hatással, mivel akik a régi szokásokat követik, kevésbé védekeznek és több gyermekkel, nagyobb családdal rendelkeznek. A három ország közül a romániai romák azok, akik legkevésbé védekeznek a szexuális aktusok alkalmával, illetve, ha védekeznek is, a megszakításos módszert alkalmazzák. Ez veszélyes, mivel az STD-k terjedése szempontjából is ők rendelkeznek a legkevesebb tudással.

Összességében megállapítható, hogy az eredményeket illetően a romániai lakosok vannak a legrosszabb helyzetben etnikai hovatartozásra tekintet nélkül. A magyarországi és szlovákiai eredmények lényegesen jobbnak mondhatók, ugyanakkor az is látszik, hogy nem kielégítő a roma nők családban betöltött egészségmegőrző szerepe. Úgy gondoljuk, hogy a vizsgált populáció esetében hiába a közös történelmi múlt, az azonos nemzetiséghez tartozás, az állampolgárság szerinti ország az, ami leginkább befolyásolja az eredményeket.

Summary

The Hungarian-speaking female Roma minority lives in Romania and Slovakia breakaway areas of their motherland, Hungary. Because of their origin, Roma women's living conditions are worse than non-Roma. In addition, these women are also at a disadvantage within their own population due to their gender because, they are not considered equal to men. We examine and compare the living conditions, attitudes towards general and gynaecological screenings, current health status and sexual risk behaviour of Roma and non-Roma women in Hungary, Romania, and Slovakia.

In our cross-sectional study, we surveyed the Roma and non-Roma female population in the three countries (N=1366) using a questionnaire. Statistical analysis was performed mean $\pm$ SD, frequency, independent samples t-test, cross-tabulation, Pearson's chi-square statistic, univariate and multivariate logistic regression.

Our results confirmed that complaints about symptoms regarding their health conditions; were attributed to the poor housing condition by the participants, regardless of their ethnicity. However, poor housing conditions increased the likelihood of poor health status only among non-Roma in Romania.

In contrast to current literature, increasing household size was associated with a reduction in the likelihood of poor health status among Roma-women in Hungary and Slovakia. Health insurance status was also found to be an important factor for attendance at general screenings. On the other hand, insurance did not affect the appearance at gynaecological screenings. The Roma in Romania were mainly noted to follow traditions that increase sexual risk behaviour due to decreased use sexual protection which can result in more children and increased household size. Of the three countries, the Roma in Romania are the least likely to use protection during sexual intercourse respectively, if they do the most frequent method is coitus interruptus. This is dangerous as they have the least knowledge about sexual transmitted diseases.

Overall, it can be concluded, that regardless of ethnicity, Romanians are the Romanian are in the worst situation. The results in Hungary and Slovakia are significantly better in terms of living conditions, health status and screenings, and sexual risk behaviours. However, it can also be stated that the health-preserving role played by Roma women in the family is underdeveloped. We believe that in the case of the studied population, the country of citizenship had the greatest impact on the variables surveyed, regardless of Roma ethnicity.

8. Irodalomjegyzék

1. 12006M Az Európai Unióról szóló Szerződés.
2. 2011. évi CLXXIX. törvény a nemzetiségek jogairól.
3. 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról.
4. 49/2014. (V.21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról.
5. Achim V. Cigányok a román történelemben. Oris kiadó, Budapest, 2001: 169-232.
6. Adamova M, Belak A, (2020) More Roma healthcare professionals are needed to improve healthcare for Roma! Advocacy Brief, <https://epha.org/wp-content/uploads/2020/09/more-roma-professionals-are-needed-to-improve-healthcare-for-roma.pdf> (letöltés: 2023.01.26.)
7. Ádány R. (2013) Roma Health is Global Ill Health. *European Journal of Public Health*, 24(5): 702–703.
8. Ádány R, Sándor J. (2019) Az északkelet-magyarországi telepszerű körülmények között élő cigány lakosság egészség-magatartása és egészségi állapota. *Magyar Tudomány*, 180: 1596–1611.
9. Ádány R, Kósa K, Sándor J, Papp M, Fürjes G, (2013) General Practitioners' Cluster: A Model to Reorient Primary Health Care to Public Health Services'. *European Journal of Public Health*, 23: 529–530.
10. Aiello E, Flecha A, Serrad O. (2008) Exploring the Barriers: A Qualitative Study about the Experiences of Mid-SES Roma Navigating the Spanish Healthcare System. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15: 377.
11. Alapellátás-fejlesztési Modellprogram. Záró értékelés (2017)
https://semmelweis.hu/emk/files/2020/02/Z%C3%A1r%C3%B3_%C3%89rt%C3%A9kel%C3%A9s_SH_8_1_WP8_SE_EMK_2017.pdf (letöltés: 2023.06.15.)
12. Albert F, Dávid B, Havasi É, Kóczé, A. (2011) „Az asszony átveszi lassan a kalapot” Szerepváltozások a nehéz sorsú asszonyok életében. In: Nagy, I, Pongrácz, T. (szerk.), Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. Budapest, TÁRKI – Nemzeti Erőforrás Minisztérium, 2011: 229-242.
13. Albert G, Szilvási M. (2017) Intersectional Discrimination of Romani Women Forcibly Sterilized in the Former Czechoslovakia and Czech Republic. *Health Hum Rights*, 19: 23–34.
14. Andreassen T, Melnic A, Figueiredo R, Moen K, Şuteu O, Nicula F, Ursin G, Weiderpass E. (2018) Attendance to cervical cancer screening among Roma and non-Roma women living in North-Western region of Romania. *Int J Public Health*, 63: 609-619.
15. Andreassen T, Weiderpass E, Nicula F, Şuteu O, Itu A, Bumbu M, Tincu A, Ursin G Moen K. (2017) Controversies about cervical cancer screening: A qualitative study of Roma women's

- (non) participation in cervical cancer screening in Romania. *Social Science & Medicine*, 183: 48–55.
16. Andreassen T, Melnic A, Figueiredo R, Moen K, Şuteu O, Nicula F, Ursin G, Weiderpss E. (2019) Correction to: Attendance to cervical cancer screening among Roma and non-Roma women living in North-Western region of Romania. *Int J Public Health*, 64: 977-978.
 17. Anthonj C, Setty KE, Ezbakhe F, Musa M, Hoeser C. (2020) A systematic review of water, sanitation and hygiene among Roma communities in Europe: Situation analysis, cultural context, and obstacles to improvement. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 226: 113506.
 18. Antolová D, Halánová M, Janicko M, Jarcuska P, Reiterová K, Jarošová J, Gecková AM, Pella D, Drazilova S. (2018a) A community-based study to estimate the seroprevalence of trichinellosis and echinococcosis in the Roma and non-Roma population of Slovakia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15: 251.
 19. Antolová D, Janičko M, Halánová M, Jarčuška P, Madarasová GA, Babinská I, Kalinová Z, Pella D, Mareková M, Veseliny E. (2018b) Exposure to *Toxoplasma gondii* in the Roma and Non-Roma Inhabitants of Slovakia: A Cross-Sectional Seroprevalence Study. *Int J Environ Res Public Health*, 15: 408.
 20. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay j, Bray F. (2020) Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020; 8: 191–203.
 21. Arora VS, Kühlbrandt C, McKee M. (2016) An examination of unmet health needs as perceived by Roma in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health*, 26: 737–742.
 22. Avci IA, Cavusoglu F, Aydin M, Altay B. (2018) Attitude and practice of family planning methods among Roma women living in northern Turkey. *International Journal of Nursing Sciences*, 5: 33-38.
 23. Babinská I, Madarasová GA, Jarčuška P, Pella D, Mareková M, Štefková G, Dankulincová Veselská Z. (2014) Does the population living in roma settlements differ in physical activity, smoking and alcohol consumption from the majority population in slovakia? *Cent Eur J Public Health*, 22: 22–27.
 24. Babinská I, Halánová M, Kalinová Z, Čechová L, Čisláková L, Madarasová GA. (2017) Prevalence of Chlamydia trachomatis Infection and Its Association with Sexual Behaviour and Alcohol Use in the Population Living in Separated and Segregated Roma Settlements in Eastern Slovakia. *Int J Environ Res Public Health*, 14: 1579.
 25. Babusik F, Papp G. (2002) A cigánység egészségi állapota. *Esély*, 6: 37-66.

26. Bakó B. Cigánymódra – magyarmódra. Együttélési viszonyok egy mikroközösség sztereotípiatörénetein át. In: Bakó B, Papp R, Szarka L. (szerk.), Mindennapi előítéletek. Társadalmi távolságok és etnikai sztereotípiák. Balassi Kiadó. Budapest, 2006a: 36–64.
27. Bakó B. Romlott nők és tiszta lányok. Egy dél-erdélyi cigány közösség női normái. In: Prónai Csaba (szerk.) Cigány világok Európában. Nyitott Könyvműhely Kiadó. Budapest, 2006b: 185–195.
28. Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Foley LK. (2014) Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: a biomedicinális és a szociális tényezők hatása Orvosi Hetilap, 155: 954–962.
29. Balázs P, Rákóczi I, Grencher A, Foley LK. (2014) Birth-Weight Differences of Roma and Non-Roma Neonates - Public Health Implications from a Population-Based Study in Hungary. Cent Eur J Public Health, 22: 24-28.
30. Balázs, P, Foley K, Rákóczi I, Fogarasi-Grenczer A. (2010) Koraszülő roma és nem roma nők összehasonlítása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei adatok alapján. Nőgyógyászati és szülészeti továbbképző szemle. 12: 138-145.
31. Balogh L, Gellér J. (2019) Roma nők hátrányos megkülönböztetése a szülészeti ellátás során: Két magyarországi jogeset, háttérrel. Fundamentum, 23: 204–223.
32. Barna, G. (2019) A magyar nyelvű oktatás versenyképessége Romániában. Érettségi eredmények, 2012–2016. Regio, 27: 142–178.
33. Bereményi BÁ, Durst J. (2021) Meaning making and resilience among academically high-achieving Roma graduate women. Szociológiai szemle, 31: 103-131.
34. Berta P. A társadalmi nemek közötti státuskülönbség megjelenési formái és ideológiai háttere egy erdélyi roma közösségben. In: Vargyas G. (szerk.), Ethno-lore. Az MTA Néprajzi Kutatóintézetének évkönyve XXII. Budapest. MTA Néprajzi Intézet, 2005: 1–154.
35. Béki O. (2013) A serdülőkorú gyermekvállalás lehetséges okai egy cigánytelepen. Belvedere Meridionale, 25: 117-129.
36. Bíró B. Bevezetés a cigányság néprajzába. In: Forray R. K. (szerk.), Ismeretek a romológia alapképzési szakhoz tankönyv. Pécsi Tudományegyetem, 2006: 57-74
37. Bíró AZ, Oláh S. Roma népesség a székelyföldi településeken In: Bodó J. (szerk.), Helykeresők. Roma lakosság a Székelyföldön. Csíkszereda: KAM – Regionális és Antropológiai Kutatások Központja, Pro-Print Könyvkiadó. 2002: 11–48.
38. Bobakova D, Veselska ZD, Babinska I, Klein D, Geckova AM, Cislakova L. (2015) Social support from family and friends helps to overcome health care accessibility problems. International Journal for Equity in Health, 14: 37.

39. Bobakova DD, Veselska ZD, Halanova M, Jarcuska P. (2022) Health system barriers to HPV vaccination in marginalized Roma communities in Slovakia Eur J Public Health. 2022, 32(Suppl 3).
40. Bodnár PE. A saiógömöri valóság. Állapotfelmérés a magyarok és a cigányok együttéléséről Sajógiömörön 2002–2003-ban In: Prónai Cs. (szerk.), Lokális cigány közösségek Gömörben. MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet Budapest, 2005: 84-100.
41. Boika R, Blackburn CM, Spencer NJ, Bernd R. (2009) Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. International Journal for Equity in Health, 8: 24.
42. Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Székely T. (2007) A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. Orv. hetil. 148: 2177-2182.
43. Boros J, Bucher E. (2020) Szerepváltozások hátrányos helyzetű településeken élő családokban. Esély Társadalom– és szociálpolitikai folyóirat, 31: 3–31.
44. Boros J, Gárdos É, Kovács K (2021) Egészségi állapot In: Monostori J, Óri P, Spéder Zs. (szerk.), Demográfiai portré 2021. KSH NKI, Budapest: 139–161.
45. Carcopino X, Cruickshank M, Leeson S, Redman C, Nieminen P. (2022) The Impact of COVID-19 Pandemic on Screening Programs for Cervical Cancer Prevention Across Europe J Low Genit Tract Dis. 26: 219-222.
46. Chaudhuri IN. (2017) Community mobilization for slum upgrading through sanitation in roma informal settlements in the Paris region. Front. Public Health. 5: 213.
47. Chudasama Y.V. Gillies L C, Zaccardi F, Coles B, Davies J M, Seidu S, Khunti K. (2020) Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 14: 965-967.
48. Coea K. Čvorović J. (2017) The Health of Romanian Gypsy women in Serbia. Health care for women international, 38; 409–422.
49. Colombini M, Bernd R, Mayhew HS. (2012) Access of Roma to sexual and reproductive health services: Qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia. Global Public Health, 7: 522-534.
50. Committee on Legal Affairs and Human Rights (2002) Legal situation of the Roma Europe. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=9676&lang=EN> (letöltés: 2023.01.26.)
51. Cook B, Ferris Wayne G, Valentine A, Lessios A, Yeh E. (2013) Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012. International Journal of Public Health, 58: 885–911.

52. Czibere I, Molnár É. (2016) Mélyszegénységben élő fiatal nők munkaerőpiaci és párválasztási perspektívái elzáródott vidéki térben egy magyar–román határ menti zsákfalú esete. *Erdélyi társadalom*, 15: 165-190.
53. Csata Zs. (2017) Munkaerőpiaci egyenlőtlenségek Romániában, etnikai metszetben röpiaci egyenlőtlenségek Romániában, etnikai metszetben. *Erdélyi Társadalom*, 15: 81-103.
54. Cserti Csapó T. A cigány csoportok helyzete a modern társadalomban – Szociológiai megközelítések és azok problematikája. In: Orsós A. (szerek.), *A Romológia alapjai*. Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Intézet Romológia és Nevelésszociológia Tanszék Wlislóck Henrik Szakkollégium Pécs, 2015: 79-116.
55. Džambazović R, Jurásková M. (2003) A romák társadalmi kirekesztettsége és szegénysége Szlovákiában. Szegénység, etnicitás, társadalmi kirekesztettség és szociálpolitika, 11: 41-46.
56. Demsa A. (2015) Cigány nők kettős elnyomása Magyarországon a hétköznapiakban. *Acta Sana*, 2: 21-29.
57. Dés F. (2021) Costs of social mobility in the context of intimate partner relationships. “It is really easy to be angry at someone who is in front of me and not at the system, which produces the inequalities between us”. *Szociológiai Szemle*, 31: 51–73.
58. Diabelková J, Rimárová K, Urdzík P, Dorko E, Bušová A. (2018) Risk factors of preterm birth and low birth weight neonates among roma and non-roma mothers. *Cent Eur J Public Health*, 26: 25–31.
59. Diósi Á. *Cigányút*. Szépirodalmi könyvkiadó. Budapest, 1998: 164-169, 25-34.
60. Drazilova S, Janicko M, Kristian P, Schreter I, Halanova M, Urbancikova I, Madarasova-Geckova A, Marekova M, Pella D, Jarcuska P. (2018) Prevalence and Risk Factors for Hepatitis B Virus Infection in Roma and Non-Roma People in Slovakia. *Environmental Research and Public Health*, 15(5): 1047.
61. Durst J. (2001) „Nekem ez az élet, a gyerekek”. Gyermekvállalási szokások változása egy kistalusi cigány közösségben. *Századvég*, 3: 71–92.
62. Durst, J, Bereményi Á. “I Felt I Arrived Home”: The Minority Trajectory of Mobility for First-in-Family Hungarian Roma Graduates. In: Mendes MM, Magano O, Toma S. (szerk.), *Social and Economic Vulnerability of Roma People*. Springer, 2021: 229-249.
63. Durst J. (2007) Több a kára, mint a haszna: születésszabályozás a „gettóban” *Demográfia*, 50: 74–103.
64. Durst J, Fejős A, Nyíró Zs. (2014) “I always felt the odd one out”: Work-life Balance among Graduate Romani Women in Hungary. *Acta Ethnographica Hungarica*, 59: 165–190.

65. Durst J, Fejős A, Nyíró Zs. (2016) „Másoknak ez munka, nekem szívügyem” Az etnicitás szerepe a diplomás roma nők munka- család konstrukcióinak alakulásában Socio.hu, 6: 198-225.
66. Dupcsik Cs. A cigányok társadalomtörténete a 19-20. század fordulóján. In: Cserti Csapó Tibor (szerk.) Alapirodalmak a hazai cigány, roma népességre vonatkozó társadalomtörténet, társadalomismeret oktatásához. Pécs: Pécsi Tudományegyetem BTK NKI – Romológia és Nevelésszociológia Tanszék, 2015: 295-328.
67. Dupcsik Cs. (2003) Roma Holokauszt az oktatásban. <https://hdke.hu/wp-content/uploads/2021/10/RomaHolokauszt.pdf> (letöltés: 2023.01.26.)
68. Ekmekçi, PE. (2016) Health and Roma People in Turkey. *Balkan Med J*, 33: 377-382.
69. Ember Zs. (2019) Nyíregyházi, telepi körülmények között élő, 18-29 éves roma fiatalok egészségmagatartása. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 10: 84-100.
70. Erőss G. (2005) Magyarok, romák, székelyek, kínaiak. Kerekasztal-vita, kutatások és publikációk – A kisebbségkutatás új iránya. In: Tamás P, Erőss G. Tibor T. (szerk.), Nemzetfelfogások. Kisebbség-Többség. Új Mandátum. Budapest, 2005: 15–27.
71. Erdélystat Magyarul beszélő romák Erdélyben. Területi elhelyezkedés és lakóhelyi szegregáció 2020. <http://statisztikak.erdelystat.ro/cikkek/magyarul-beszel-romak-erdelyben-terleti-elhelyezkedes-es-lakohelyi-szegregacio/60> (letöltés: 2023.01.26.)
72. European Commission. (2014) Roma Health Report – Health Status of the Roma Population Data Collection in the Member States of the European Union. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/2014_roma_health_report_en_0.pdf (letöltés: 2023.01.26.)
73. European Commission. (2020a) https://commission.europa.eu/content/roma-equality-inclusion-and-participation-eu_en (letöltés: 2023.01.26.)
74. European Commission. (2020b) https://commission.europa.eu/content/roma-equality-inclusion-and-participation-eu-country/slovakia_hu (letöltés: 2023.01.26.)
75. European Commission (2021) Romania: Country Health Profile 2021 <https://www.oecd.org/publications/romania-country-health-profile-2021-74ad9999-en.htm> (letöltés: 2023.05.26.)
76. European Communities. (2005) European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/ar-06-p1-en-final.pdf (letöltés: 2023.01.26.)
77. European Communities. (2003) Breaking the Barriers – Romani Women and Access to Public Health Care. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/180-ROMA-HC-EN.pdf (letöltés: 2023.01.26.)

78. European Union Agency for Fundamental Rights. (2016a.) EQUALITY Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States Roma survey – Data in focus. Publications Office of the European Union. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/discrimination-against-and-living-conditions-roma-women-11-eu-member-states> (letöltés: 2023.01.26.)
79. European Union Agency for Fundamental Rights. (2016b.) Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma – Selected findings. <https://fra.europa.eu/en/publication/2016/second-european-union-minorities-and-discrimination-survey-roma-selected-findings> (letöltés: 2023.01.26.)
80. European Union Agency for Fundamental Rights. (2012) The situation of Roma in 11 EU Member States Survey results at a glance. <https://fra.europa.eu/en/publication/2012/situation-roma-11-eu-member-states-survey-results-glance> (letöltés: 2023.01.26.)
81. European Union Agency for fundamental rights. (2016) Member states roma survey – Data in focus. Publications Office of the European Union. (letöltés: 2023.01.26.)
82. Faust Z. Hagymány és változás a karácsonyfalvi Gábor közösség életében. Krizsa F, Papp R, Varga A, Szabó M. (szerk.), MAKAT Antroport. Budapest, 2015: 1-70.
83. Fecková M, Antolová D, Zalešný G, Halánová M, Štrkolcová G, Goldová M, Weissová T, Lukáč B, Nováková M. (2020) Seroepidemiology of human toxocariasis in selected population groups in Slovakia: A cross-sectional study. *J. Infect. Public Health*.13: 1107–1111.
84. Feith HJ, Lukács Á. (2018) Szüléshez kapcsolódó betegjogi kérdések etnikai metszetben Romológiai folyóirat, 6: 46-61.
85. Ferko N, Postma M, Gallivan S, Kruzikas D, Drummond M. (2008) Evolution of the health economics of cervical cancer vaccination. *Vaccine*, 26(Suppl5): 3–15.
86. Fésüs G, Östlin P, McKee M, Ádány R. (2012) Policies to Improve the Health and Well-Being of Roma People: The European Experience. *Health Policy*, 105: 25–32.
87. Filčák R, Škobla D. (2021) Sanitation Infrastructure at the Systemic Edge: Segregated Roma Settlements and Multiple Health Risks in Slovakia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18: 6079.
88. Fleck G, Virág T. Egy beás közösség múltja és jelene. Budapest, MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont, 1999: 110.
89. Fogarasi-Grenczer A, Balázs P. (2012) A dohányzás és a környezeti dohányfüsttartalom kapcsolata a koraszülésekkel. *Orvosi Hetilap*, 153: 690–694.
90. Forray RK. (2005) Budapest, Cigány/roma lakosságának iskolázottsága és foglalkoztatottsága. *Educatio*, 14: 60-74.

91. Forray RK. (2013) Cigány egészség, cigány betegség. Mitől betegebbek? *Educatio*, (22)2: 177-186.
92. Forray K. (2017) A cigányság középosztályosodása *Educatio*, 26(4): 581–590.
93. Fosztó L. Szorongás és megbélyegzés: a cigány–magyar kapcsolat gazdasági, demográfiai és szociokulturális dimenziói. In: Bakó B. (szerk.), *Lokális világok. Együttélés a Kárpát-medencében*. MTA Társadalomkutató Központ. Budapest, 2003: 83–107.
94. Fundación Secretariado Gitano: Egyenlőség, egészség és roma/cigány közösség. (2007) Madrid, <https://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Hungaro.pdf> (letöltés: 2023.01.20.)
95. Fundación Secretariado Gitano (2009) Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain, Madrid. https://www.gitanos.org/upload/78/83/Health_and_the_Roma_Community.pdf (letöltés: 2023.01.26.)
96. Gecse A. Etnikai ártendeződés Baracán. In: Prónai Cs. (szerk.), *Lokális cigány közösségek Gömörben*. MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet Budapest, 2005. 46- 57.
97. George S, Daniels K, Fioratou E. (2018) A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania *International Journal for Equity in Health*, 17: 41.
98. Gyarmathy VA, Ujhelyi E, Neaigus A, (2008) HIV and selected blood-borne and sexually transmitted infections in a predominantly roma (gypsy) neighbourhood in budapest, hungary: a rapid assessment. *Cent Eur J Public Health*, 16: 124–127.
99. Hajioff S, McKee M. (2000) The Health of the Roma People: A Review of the Published Literature. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 864–869.
100. Hajnáczy T. (2017) Az 1961-es párthatározat margójára III. *Múltunk*, 2: 246-247.
101. Hajnáczy T. „Attól, hogy munkát meg lakást adnak neki, még nem lesz ember a cigány” - avagy a pártállam cigánypolitikája. In: Cserti Csapó T. (szerk.), *Gypsy Studies – Cigány Tanulmányok* 36. Alapirodalmak a hazai cigány/roma népességre vonatkozó társadalomtörténet, társadalomismeret oktatásához, Pécsi Tudományegyetem BTK NTI Romológia és Nevelésszociológia Tanszék. Pécs, 2015: 329-400.
102. Halánová M, Jarcuska P, Kalinová Z, Cáríková K, Oravcová J, Jarcuska P, Pella D, Mareková M, Madarasová Gecková A, Cisláková L. (2014) The prevalence of *Chlamydia trachomatis* in the population living in Roma settlements: a comparison with the majority population. *Cent Eur J Public Health*, 22: 32-36.
103. Halánová M, Veselíny E, Kalinová Z, Jarcuska P, Janicko M, Urbančíková I, Pella D, Drazilo va S, Babinská I, Geckova AM. (2018) Seroprevalence of hepatitis E virus in Roma settlemen

- ts: A comparison with the general population in Slovakia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15: 904.
104. Hanssens LG, M, Devisch I, Lobbestael J, Cottenie B, Willem S. (2016) Accessible health care for Roma: a gypsy's tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. *International Journal for Equity in Health*, 15: 38.
 105. Hasajová A, Valenčáková A, Malčeková B, Danišová O, Halán, Goldová M, Sak B, Květoňová D, Kváč M, Halánová M. (2014) Significantly higher occurrence of *Cryptosporidium* infection in Roma children compared with non-Roma children in Slovakia. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* 33: 1401-1406.
 106. Havířová Z. (2021) "Roma access to adequate minimum income and social protection in Slovakia" <https://ergonetwork.eu/wp-content/uploads/2021/11/SLOVAKIA-Roma-access-to-adequate-minimum-income-and-social-protection-final.pdf>
 107. Hegedűs TA. (1996) Kisebbségi nő család és társadalom között. *Educatio*, 3: 441-453.
 108. Hegyaljay R, Paál A, Langmár Z, Sobel G, Bánhidly F. (2010) A nők ismeretei a méhnyakrákról. *Orv hetil.* 151; 302–305.
 109. Hord C, David HP, Donnay F, Wolf M. (1991) Reproductive health in Romania: reversing the Ceausescu legacy. *Stud Fam Plann*, 22: 231-40.
 110. Hortis A. A magyarországi cigányok mai állapotáról, különös szokásairól és életmódjáról, valamint egyéb tulajdonságairól és körülményeiről (1775-1776). Györffy István Néprajzi Egyesület, Magyar Néprajzi Társaság, Szent István Egyetem, Budapest-Gödöllő, 2009.
 111. International Bank for Reconstruction and Development (2019) Breaking the Cycle of Roma Exclusion in the Western Balkans. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/642861552321695392/pdf/Breaking-the-Cycle-of-Roma-Exclusion-in-the-Western-Balkans.pdf> (letöltés: 2023.01.26.)
 112. Ištokovičová P, Mišík M, Szalay T. Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage of children in Slovakia. <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/hpv-vaccination-coverage-of-children-in-slovakia%20.pdf> (letöltés:2023.03.26.)
 113. Jakab B. A korai szülés problémája az iskolában. „Egyenlő esélyek, lehetőségek és megoldások”. In: Bartók B, Ferencsik M, Kegyesné Szekeres E, Fekete S. (szerk.), Válogatott tanulmányok az Esélyért Társadalmi Műhely munkáiból. Miskolci Egyetem, Bölcsészettudományi Kar. 2017: 163-172.
 114. Janevic T, Sripad P, Bradley E, Dimitrievska V. (2011) "There's no kind of respect here" A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans. *International Journal for Equity in Health*, 10: 53.

115. Janky B. „A cigány nők társadalmi helyzete és termékenysége” In: Nagy I, Pongrácz T., Tóth I. Gy. (szerk.), Szerepváltozások. jelentés a nők és férfiak helyzetéről, TÁRKI, Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Budapest, 2005a: 136–148.
116. Janky B. (2005b) A gyermekvállalás időzítése a cigány nők körében. Beszélő, 10. <http://beszel.o.c3.hu/cikkek/a-gyermekevallalas-idozitese-a-cigany-nok-koreben>
117. Jarcuska P, Bobakova D, Uhrin J, Bobak L, Babinska I, Kolarcik K, Veselska Z, Madarasova Geckova A. (2013) Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma? *Int J Public Health*, 58: 427–434
118. Joura EA, Giuliano AR, Iversen OE, et al. (2015) A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. *N Engl J Med*, 372: 711–723.
119. Jurová A. (2008) A szlovákiai romák Csehszlovákiában az 1945 és 1947 közötti időszakban A mobilitás szabályozása és az elnyomás folytonossága. *Fórum Társadalomtudományi Szemle*, 10: 95–123.
120. Kabakchieva E, Amirkhanian YA, Kelly JA, McAuliffe LT, Vassileva S. (2002) High levels of sexual HIV/STD riskbehaviour among Roma (Gypsy) men in Bulgaria: patterns and predictors of risk in a representative community sample. *International Journal of STD & AIDS*. 13: 184-191.
121. Kabakchieva E, Vassileva S, Kelly JA, Amirkhanian YA, DiFranceisco WJ, McAuliffe TL, Antonova R, Mihaylova M, Vassilev B, Khoursine R, Petrova E. (2006) HIV Risk Behavior Patterns, Predictors, and Sexually Transmitted Disease Prevalence in the Social Networks of Young Roma (Gypsy) Men in Sofia, Bulgaria. *Sexually Transmitted Diseases* 33: 485-490.
122. Kállai E. Cigányok/romák Magyarországon. Társadalomtörténeti vázlat. In: Kállai E. Kovács L. (szerk.), Megismerés és elfogadás. Pedagógiai kihívások és roma közösségek a 21. század iskolájában. Nyitott Könyvműhely. Buapest, 2009: 156–175.
123. Kaluski D.N, Stojanovski K, Gerry McWeeney G, Paunovic E, Piroška Ostlin P. Licari L, Jakab Zs. (2015) Health insurance and accessibility to health services among Roma in settlements in Belgrade, Serbia—the journey from data to policy making. *Health Policy and Planning*, 30: 976–984.
124. Karácsony I, Bertókné Tamás R, Árváné Egri Cs, Fürtös V D, Szöllősi G J, Surján O. (2023) A „Helybe visszük a szűrővizsgálatokat” program 2021. évi adatainak összegzése. *Orvosi Hetilap* 164: 1070–1076.
125. Kelly JA, Amirkhanian YA, Kabakchieva E, Csépe P, Seal DW, Antonova R, Mihaylov A, Gyukits G. (2004) Gender roles and HIV sexual risk vulnerability of Roma (Gypsies) men and women in Bulgaria and Hungary: an ethnographic study. *AIDS Care*, 216: 231-145.

126. Kemény I, Havas G. „Cigánynak lenni” In: Andorka R, Kolosi T, Vukovich Gy. (szerk.), Társadalmi riport. TÁRKI, Századvég. Budapest, 1996: 352–380.
127. Kemény I. (szerk.) A magyarországi romák. Változó Világ. Többnyelvű Könyvtár, Győr, 2000 : 1-25, 84-98.
128. Kemény I, Janky B, Lengyel G. A magyarországi cigányság 1971-2003 Gondolat – MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet Budapest, 2004: 12-13.
129. Kerényi Gy. Bárdi N. (2010) A magyarul beszélő külhoni romák. Anyanyelve Magyar. http://erdely.ma/kultura.php?id=75270&cim=anyanyelve_magyar_a_magyarul_beszelo_kulhoni_romak_audio. (letöltés: 2023.01.26.)
130. Khalil J, Bellefqih S, Sahli N, Afif M, Elkacemi H, Elmajjaoui S, Kebdani T, Benjaafar N. (2015) Impact of cervical cancer on quality of life: beyond the short term (Results from a single institution). *Gynecol Oncol Res and Pract.* 2: 7.
131. Kiss T. (2019) A reprodukív magatartás etnikai különbségei Erdélyben. *Kisebbségi szemle*, 4: 51-75.
132. Kligman G. (2000) Népesedéspolitika: Reprodukció, abortusz és társadalmi ellenőrzés Ceausescu Romániájában. *Demográfia*, 43: 47-69.
133. Kocsis. É, Mózes N. A romániai magyarok egészségmagatartási szokásai-Fókuszban a romák. In: Sántha Ágnes (szerk.), *Kortárs kihívások a közegészségügyben*. Presa Universitară Clujeană, 2021: 41-51.
134. Kocsis. É, Mózes N, Feith HJ. (2021) Magyarországi helyzetkép táplálkozási szokásokról a kultúra és a hagyományok tükrében, különös tekintettel a romákra. *Kaleidoscope* 22: 109-122.
135. Kóczé A. „Aki érti a világ hangját annak muszáj szólania” Roma nők a politikai érvényesülés útján. In: Feischmidt M. (szerk.), *Etnicitás: Különbségteremtő társadalom*, Gondolat-MTA Kisebbségkutató Intézet. Budapest, 2010: 208-224.
136. Kosa Z, Moravcsik Kornyeicki Á, Diószegi J, Roberts B, Szabó Z, Sándor J, Ádány R, (2014) Prevalence of metabolic syndrome among Roma: a comparative health examination survey in Hungary *Public Health*, 25: 299-304.
137. Kósa K. Ádány R. (2007) Studying Vulnerable Populations: Lessons from the Roma Minority. *Epidemiology*, 18: 290–299.
138. Kósa K, Daragó L, Ádány R. (2009) Environmental survey of segregated habitats of Roma in Hungary: a way to be empowering and reliable in minority research *European Journal of Public Health*, 21: 463–468.
139. Kosuke A, Karacsony S, Simona A, Balica M, Bottonogu F, Catana A, Dan, A, Danchev P, Farcasanu D, Ferre C, Florescu R, GrigorasVlad IS, Ivasiuc A, Kits B, Kullman A de Laet J, Magheru M, Mathema A, Mihalache C, Moarcas M, Ofiteru L, Rokx C, Rostas

- I, Stanculescu M, Swinkels R, Tan L, Thapa D, Weber M. (2014) Achieving Roma inclusion in Romania: what does it take : Summary report (English). Washington, D.C. World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/965951468093575739/Summary-report> (letöltés:2023.01.26.)
140. Kotrotsiou S, Zachari I, Malliarou M, Barbouta C, Barbouta A, Paralikas T, Gouva M. (2019) Investigating perceptions and beliefs of Roma about healthcare services in a Provincial General Hospital. *Hellenic Journal of Nursing*, 58: 280-291.
141. Kotrotsiou S, Theofanidis D, Konstanti Z, Vasilopoulos A, Tsioumanis G, Paralikas T. (2022) Investigation of Healthcare Satisfaction of Roma Living in Camps or Urban Complex of Central Greece. *Mater Sociomed*, 34: 50-54.
142. Krasznai Z, Molnár Sz. (2022) A méhnyakrák epidemiológiája Magyarországon és a világban. *Magy Onkol*. 66: 262–269.
143. Központi Statisztikai Hivatal, Európai lakossági egészségfelmérés Statisztikai tükör, 2015: 29.
144. Központ Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézet (2023) Korösszetétel. <https://demografia.hu/hu/tudastar/fogalomtar/12-korosszetetel> (letöltés: 2023.05.26.)
145. Kuchta K. A dernői cigányság. In: Prónai Cs. (szerk.), *Lokális cigány közösségek Gömörben*. MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet. Budapest, 2005: 71- 83.
146. Kühlbrandt C, Footman K, Rechel B, McKee M. (2014) An examination of Roma health insurance status in Central and Eastern Europe. *European journal of public health*, 24: 707-712. <https://www.gitanos.org/publichealth/HealthGuide/Hungaro.pdf>. (letöltés:2023.01.26.)
147. Lehan D, Kandrach D, Walton E, Mitchell C. (2020) What influences Roma women attending NHS cervical screening? Knowledge, fear, and passive consent. *British Journal of General Practice*, 70: suppl 1.
148. LeMasters K, Wallisc BA, Cherechesb R, Gichaned M, Teheie C, Vargab A, Tumlinsona K. (2019) Pregnancy Experiences of Women in Rural Romania: Understanding Ethnic and Socioeconomic Disparities. *Cult Health Sex*, 21: 249–262.
149. Logar M., Pavlič DR, Maksuti A. (2015) Standpoints of Roma women regarding reproductive health. *BMC Women's Health*, 15: 1-10.
150. Lőrinczi T. Egy adventista gábor cigány közösség önmegjelenítő stratégiái Az átalakult önkép reprezentációs gyakorlatai, Az átalakult önkép reprezentációs gyakorlatai. In: Farkas J, Keszeg V. (szerk.), *Kolozsvártól Pécsig, a yaoitól a juhászatig: Néprajzi-kulturális antropológiai tanulmányok két doktori iskolából*. *Studia Ethnologica Hungarica sorozat* (16). L'Harmattan, Pécs, 2013: 169-185.
151. Lukács Á, Feith HJ. (2016) Betegjogok etnikai metszetben, *Orvosi Hetilap*, 157: 712–717.

152. Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia 2030. <https://romagov.hu/wp-content/uploads/2021/08/MNTFS2030.pdf> (letöltés: 2023.01.26.)
153. Majdan M, Coman A, Gallová E, Ďuricová J, Kállayov D, Kvaková M, Bošák L. (2012) Assessment of the indoor environment and implications for health in roma villages in Slovakia and Romania. *Cent Eur J Public Health*, 20: 199–207.
154. Manolescu LSC, Zugravu C, Zaharia CN (2022) Barriers and Facilitators of Romanian HPV (Human Papillomavirus) Vaccination. *Vaccines*, 10: 1722.
155. Marek E, Kalmár R, Faubl N, Orsós Zs, Németh T. (2020) Előítéletek és hatásaik az egészségügyi ellátásban. Egy felmérés tanulságai. *Orvosi Hetilap*, 161: 789–796.
156. Marlow LAV, Wardle J, Forster AS, Waller J. (2009) Ethnic differences in human papillomavirus awareness and vaccine acceptability. *J Epidemiol Community Health*, 63: 1010–1015.
157. Masseria C, Mladovsky P, Herná' ndez-Quevedo C. (2010) The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *European Journal of Public Health*, 20: 549–554.
158. McFadden A, Siebelt L, Gavine A, Atkin K, Bell K, Innes N, Jones H, Jackson C, Haggi H, MacGillivray S. (2018) Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. *Eur J Public Health*, 28(1): 74–81.
159. Messing V. (2006) Lyukakból szőtt háló: háztartások közötti támogató kapcsolatok roma és nem roma szegények körében. *Szociológiai Szemle*, 2: 37–54.
160. Messing V, Molnár E. (2011) Válaszok a pénztelenségre: szegény cigány és nem cigány családok megélhetési stratégiái. *Esély*, 1: 53–80.
161. Mezei AK, Armstrong HL, Pedersen HN, Campos GN, Mitchell MS, Sekikubo M, Byamugisha KJ, Kim JJ, Bryan S, Ogilvie SG. (2017) Cost-effectiveness of cervical cancer screening methods in low- and middle income countries: a systematic review. *Int J Cancer*. 141: 437–446.
162. Mezey B. A magyarországi cigányok rövid története. Szerkesztett, rövidített másodközlés. Eredetileg megjelent: *Cigányok*. In: Ács Zoltán (szerk.), *Nemzeties etnikai kisebbségek Magyarországon*. Auktor Kiadó, Budapest, 1998: 45–79.
163. Mihály-Vajda R, Boncz I, Elmer D, Csákvári T, Németh N, Kajos LF, Pónusz-Kovács D, Bódis J, Kívés Zs. (2021) A méhnyakrák okozta éves epidemiológiai és egészségbiztosítási betegségteher Magyarországon. *Orv hetil*. 162(Suppl 1): 22–29.
164. Moreno V, Bosch F X Muñoz N, Meijer CJLM, Shah KV, Walboomers JMM, Herrero R, Franceschi S. (2002) Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with

- human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*, 30: 1085-92.
165. Moscicki AB, Flowers L, Huchko MJ, Long ME, MacLaughlin KL, Murphy J, Spiryda LB, Gold MA. (2019) Guidelines for cervical cancer screening in immunosuppressed women without HIV infection. *J Low Genit Tract Dis*. 2019; 23: 87–101.
166. Mózes N, Kocsis É. A romániai magyar ajkú romák lakáskörülményeinek, egészségi állapotuknak vizsgálata - Fókuszban a roma nők In: Sántha Á. (szerk.), Kortárs kihívások és megoldások a közegészségügyben. Presa Universitară Clujeană, 2021: 79-91.
167. Mózes N, Kocsis É, Feith HJ. (2021) A női roma lapopuláció életkörülményeinek összehasonlító vizsgálata Magyarországon. *Egészségfejlesztés*, 62: 13-25.
168. Mózes N, Klesch L, Feith HJ. (2022) Minority within the minority: roma women trapped by origin and gender. *Kaleidoscope*, 25: 197-215.
169. Mózes N, Feith HJ. (2023) A magyarországi, romániai és szlovákiai magyar ajkú, roma nők táplálkozásának vizsgálata hagyományaik tükrében *Új Diéta: A magyar dietetikusok lapja*, 32: 27-31.
170. Nanu M, Stativa E, Moldovanu F, Nanu I. (2021) Reproductive health services use by the Roma minority women in Romania. *European Journal of Public Health*, 31: Suppl.3
171. National Oncology Institute (2020) Cancer Screening Programs in Slovakia Report for 2020. <https://www.noisk.sk/files/2021/2021-08-26-noi-rocenka-skriningy-2020-en.pdf> (letöltés: 2023.05.20.)
172. Neményi M. Cigány anyák az egészségügyben. *Nemzeti Etnikai kisebbségi hivatal* 1998: 7-145.
173. Neményi M. Testükbe zárva. A termékenységgel kapcsolatos női szerepviselkedések fiatal roma nők körében. In: Lengyel Zs, Szügyi Z. (szerk.), *Csoportkép nőkkel*. Új Mandátum Könyvkiadó. Budapest, 1999: 159-214.
174. Németh Sz, Ravasz Á. (2010) Kisebbségbe rejtett kisebbség: magyar romák Szlovákiában. *Regio: kisebbség, politika, társadalom*, 20: 3-43.
175. Nemzeti Népegészségügyi Központ a. (2023) Méhnyakrákszűrés. <https://www.nnk.gov.hu/index.php/szuresiranyitasi-foosztaly/nepegeszsegugyi-celu-szuresi-koordinacios-osztaly/mehnyakszures> (letöltés: 2023.06.02.)
176. Nemzeti Népegészségügyi Központ b. (2023) Védelem a méhnyakrák ellen! Kérdések és válaszok a HPV elleni védőoltásról. https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarvany/jarvany_archivum/hpv/hpv.html (letöltés: 2023.06.02.)
177. Nemzeti Rákregiszter. (2023)] <http://stat.nrr.hu/> (letöltés:2023.06.01.)

178. Nyíró Z, Durst J. (2018) Soul work and giving back: Ethnic support groups and the hidden costs of social mobility. Lessons from Hungarian Roma graduates. *Intersections EEJSP*, 4: 88–108.
179. Olaru B. (2013) Inequalities in access to healthcare. A comparison between Romania and the European Union. *Revista Romana de Bioetica*, 11: 111–122.
180. Olorunfemi G, Ndlovu N, Masukume G, Chikandiwa A, Pisa PT, Singh E. (2018) Temporal trends in the epidemiology of cervical cancer in South Africa (1994-2012). *Int J Cancer*, 143: 2238–2249.
181. Open Society Foundations Roma Health Mediators: Successes and Challenges. (2011) <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/roma-health-mediators-successes-and-challenges> (letöltés: 2023.06.01.)
182. Orton L, Fuseini O, Kóczé A, Rövid M, Salway S. (2022) Researching the health and social inequalities experienced by European Roma populations: Complicity, oppression and resistance. *Sociology of Health and Illness*, 44: 73-89.
183. Papp Z. A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. (2021) Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest, (hatodik átdolgozott kiadás) pp. 576-583.
184. Papp ZA. (2002) Romák és magyar cigányok a Kárpát-medencében: demográfiai áttekintés. *Népszámlálások Pro Minoritate*, 3: 53-79.
185. Papp ZA. (2010) A romániai roma-magyar kötődésű népesség az 1992. és 2002. évi népszámlálási adatok tükrében. *Regio*, 21: 96-140.
186. Pakai A, Novákné Szabó Sz, Karácsony I, Vajda R. (2018) Roma nők ismereteinek felmérése védőnői körzetben a méhnyakrák és kockázati tényezőivel kapcsolatban. *Romológia*. 6: 76-96.
187. Pakai A, Mihály-Vajda R, Horváthné Kívés Zs, Szabó K Gabara, Bogdáné Basa E, Oláh A, Zrínyi M, Újváriné Siket A. (2022) Predicting cervical screening and HPV vaccination attendance of Roma women in Hungary: community nurse contribution is key. *BMC Nurs*, 21: 36.
188. Parekh N, Rose T. (2011) Health inequalities of the Roma in Europe: a literature review. *Cent Eur J Public Health*. 19: 139-42.
189. Peti L. Adaptálódás és szegregáció. A kulturális különbségek kommunikálása a cigány-magyar együttélésben egy Kis-Küküllő menti településen. In: Ilyés S, Pozsony F. (szerk.), *Lokálisok, határok, találkozások. Tanulmányok erdélyi cigány közösségekről*. Kolozsvár, Kriza János Néprajzi Társaság, 2007: 27–54.
190. Pipiková J, Papajová I., Šoltys J, Schusterová I, Kočíšová D, Toháthvá A. (2017) Segregated settlements present an increased risk for the parasite infections spread in Northeastern Slovakia. *Helminthologia*, 54: 199–210.

191. Plummer M, Herrero R, Franceschi S, Meijer MLJC, Snijders P, Bosch FX, Sanjosé S, Muñoz N. (2003). Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multicentric case-control study. *Cancer Causes Control*, 14: 805-14.
192. Pop CA. (2015) Cervical cancer narratives: invoking 'God's will' to re-appropriate reproductive rights in present-day Romania. *Culture, Health & Sexuality*, 17: 48–62.
193. Pozsony F. Az erdélyi cigánykutatások eredményei. The Achievements and Tasks of Gypsy Research in Transylvania. In: Bódi Zsuzsanna (szerk.), *Cigány néprajzi kutatások Középés Kelet-Európában. (Cigány Néprajzi Tanulmányok, 10.) Magyar Néprajzi Társaság, Budapest, 2001: 12–32.*
194. Prónai Cs, Vajda I. Cigány/nem cigány együttélés a gömöri Balog-völgyben. szerk: In: Prónai Cs. (szerk.), *Lokális cigány közösségek Gömörben MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet Budapest, 2005: 21-45.*
195. Kutatási zárójelentés. (2017) A Norvég Alapból finanszírozott HU12-0001-PP1-2016 azonosítószámú, „A roma közösségekben dolgozó védőnők munkafeltételeinek javítása” című projekt keretében. A roma nők egészségtudatos magatartásának vizsgálata Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.
http://norveg.vedonoi.antsz.hu/pfile/file?path=/Tartalmak/Egeszsegkutatas_Borsod-Abauj-Zemplen_megyeben/Kutatasi_zarojelentes (letöltés: 2023.06.01.)
196. Powell RD, Telionis PA, Müller-Demary D, Hosszu A, Duminica A, Bertke A, Lewis BL, Eubank SG. (2018) A survey of quality of life indicators in the Romanian Roma population following the 'Decade of Roma Inclusion'. *F1000Research*, 6: 1692.
197. Pusko G. Cigányok és parasztok. Néhány alapvetés a cigány/nem cigány egymás mellett élés kérdésköréhez Tornalján az ezredforduló környékén. In: Prónai Cs. (szerk.), *Lokális cigány közösségek Gömörben. MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet. Budapest, 2005: 101-125.*
198. Ramos-Morcillo AJ, Leal-Costa C, Hueso-Montoro C, Del-Pino-Casado R, Ruzafa-Martínez M. (2019) Concept of Health and Sickness of the Spanish Gypsy Population: A Qualitative Approach. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16: 4492. ¹
199. Ravasz Á. (2017) Jazyková mapa rómskych komunit Slovenska.
<https://www.institutmatejabela.sk/post/jazykov%C3%A1-mapa-r%C3%B3mskych-komun%C3%ADt-slovenska> (letöltés: 2023.06.20.)
200. Rezeanu CI. (2015a) The quality of housing in four Roma communities living on the periphery of Făgăraș City, Romania: differences in perception between Roma and Romanians. *Calitatea Vietii*, 3: 214-237.

201. Rezeanu CI. (2015b) The social construction of Roma housing issue: determinants of Roma and Romanians perceptions. *Review of Applied Socio- Economic Research*, 9: 66-78.
202. Roman G, Anache AM, Gramma R. (2012) The impact of culture on healthcare seeking behaviour of kalderash Roma. A qualitative descriptive study. *Diversité et identité culturelle en europe*, 1: 63-82.
203. Rostás-Farkas Gy, Karsai E. A cigányok hiedelemvilága. Szerzői magánkiadás. Budapest 1992: 5-6, 23, 37-38, 59-62.
204. S. Molnár E. A gyermekvállalás konfliktusai. In: Pongrácz T, Tóth I Gy. (szerk.), Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviseleti Titkársága. Budapest, 1999: 154-172.
205. Sándor J, Vincze F, Jenei T, Kőrösi L, Falusi Zs, Kósa K, Ádány R, Szegregátumokban élők egészségügyi ellátása. In: Kolosi T. Szelényi I. Tóth István Gy. (szerk.), Társadalmi Riport. Budapest, 2020: 404-433.
206. Sárváry A, Bálint Pál Cs, Gyulai A, Kósa Zs. (2019) A magyarországi emlő- és méhnyakszűrés retrospektív vizsgálatának jellemzői a halálozási és megbetegedési adatok tükrében. *Orv. hetil.* 160: 1948-1956.
207. Sedlecky k, Rašević M. (2015) Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 20: 101–109.
208. Šegregur J, Šegregur D. (2017) Antenatal characteristics of roma female population in virovitica-podravina county, Croatia. *Slovenian Journal of Public Health*, 56: 47-54.
209. Siebelt L, Jackson C, McFadden A, Dyson L. Atkin K. (2017) Use of UK health services by Gypsies, Roma, and Travellers: triangulation of two mixed methods studies. *Lancet*, 390: 81.
210. Sika P, Vidová J, Rievajová E. (2020) Regional View on Housing of the Marginalized Roma Population in the Slovak Republic. *Sustainability*. 12: 5597.
211. Smith JS, Munoz N, Herrero R, Eluf-Neto J, Ngelangel C, Franceschi S, Bosch FX, Walboomers JMM, Peeling RW. (2002) Evidence for Chlamydia trachomatis as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer in Brazil and the Philippines. *J Infect Dis*, 185: 32431.
212. Solt Ágnes (2009) Élet a reményen túl. Szegregált telepen élők mentalitásvizsgálata. <https://docplayer.hu/38207815-Elet-a-remenyen-tul-szegregalt-telepen-elok-mentalitasvizsgalata-a-kutatast-keszितette-solt-agnes.html> (letöltés: 2023.01.26.)
213. Šprocha B. (2010) Abortion rate and structure of terminated pregnancies in selected Roma localities in Slovakia. *Slov Stat Demogr*, 20: 74- 109.
214. Strategic Report for Slovakia 2021.

- https://www.eeagrants.sk/site/assets/files/1023/strategic_report_2021_slovakia.pdf (letöltés: 2023.01.26.)
215. Stojisavljevic S, Grabez M, Stojanovski K. (2020) Unmet Health Needs of Roma Women in the Two Biggest Roma Communities in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina *Front. Public Health*, 8: 30.
 216. Šupínová M, Sonkolyová G, Klement C. (2020) Reproductive health of roma women in Slovakia. *Cent Eur J Public Health*, 28: 143–148.
 217. Svobodova I, Bobakova DF, Bosakova L, Veselska ZD. (2021) How to improve access to health care for Roma living in social exclusion: a concept mapping study. *International Journal for Equity in Health*, 20: 61.
 218. Szalai A. (2021) „»Nálunk a férfi Az első!« Társadalmi Nemi ideológiák gábor Roma közösségekben”. *Társadalmi Nemek Tudománya Interdiszciplináris eFolyóirat*, 11: 21-53.
 219. Szita Sz, Varga Á, Simon T, Farkas M. A cigányság a második világháború idején (1939-1945) Az üldöztetés tanintézeti feldolgozásához. Velcsov Bt. Budapest, 2002: 1-55.
 220. Szuhay P. A magyarországi cigányság kultúrája, etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája. Panoráma kiadó. Budapest, 1999: 11-12,120-130.
 221. Szuhay P. Magyar nyelvű cigányok a Kárpát-medencében Kisebbségi magyar közösségek a 20. században Gondolat Kiadó – MTA Kisebbségkutató Intézet. Budapest, 2008: 426-435.
 222. Hajdu T, Kertesi G, Kézdi G. (2019) Health Differences at Birth between Roma and Non-Roma Children in Hungary Long-Run Trends and Decompositions. *Population and Development Review*, 45: 631-657.
 223. Tesfay S. „Mi vagyunk a kalapos gábor cigányok, akik nem isznak...” A gábor cigány közösség belső és külső kapcsolatait szabályozó kognitív sémák. In: Bakó B, Papp R, Szarka L. (szerk.), *Mindennapi előítéletek. Társadalmi távolságok és etnikai sztereotípiák*. Balassi kiadó. Budapest, 2006: 65–90.
 224. Tombat K, Jitse P. van Dijk (2020) Roma Health: An Overview of Communicable Diseases in Eastern and Central Europe, 17: 7632.
 225. Tompos K. (2013) Cigány identitások. *Első század*, 12: 211-227.
 226. Tóth P. A magyarországi cigányság története a feudalizmus korában. A Bölcsész Konzorcium kiadása. Miskolc, 2008: 1–152.
 227. Tóth P. A varázsló cigányasszony a XVIII. századi forrásokban. In: Dobrossy I. (szerk.), *Borsod-Abaúj-Zemplén megye Levéltári Évkönyve, XII–XIII*. Miskolc, 2005: 61–68.
 228. Ungváry GY, Morvai V, Hegedűs I, Szakmár É, Plette R, Rudnai P. (2016) Etiology, Factors Modifying the Etiopathogenesis of Health Impairment Caused by Unemployment in Roma and non-Roma Unemployed in a Hungarian Small Area with High Density of Roma Population.

- Diseases caused by unemployment and unemployment-related diseases. *Centr. Eur. J. Occup. Environm. Med*, 22: 118-149.
229. Usera-Clavero M, Gil-González D, La Parra-Casado D, Vives-Cases C, Carrasco-Garrido P, Caballero P. (2020) Inequalities in the use of gynecological visits and preventive services for breast and cervical cancer in Roma women in Spain. *Int J Public Health*, 65: 273-280.
230. Vajda I. (2001) Az oláh és a beás cigányok szokás- és hiedelemvilágának összehasonlítása. *Barátság*, 8: 3147-3150.
231. Vasvári Z. A kártya a cigányság életében. In: Barna Gábor (szerk.), *Cigány Néprajzi Tanulmányok 1. Magyar Néprajzi Társaság*. Budapest, 1993: 174-185.
232. Várnagy E. A romák eredete és története a középkortól napjainkig. <https://docplayer.hu/1823366-A-romak-eredete-es-tortenete-a-kozepkortol-napjainkig.html> (letöltés: 2023.01.26.)
233. Vécsey K. (1995) Cigányok a székelyföldi Parajdon. *Regio-Kisebbség, politika, társadalom*, 6: 64-77.
234. Villani J, Daly P, Fay R, Kavanagh L, McDonagh S, Amin N. (2021) A community-health partnership response to mitigate the impact of the COVID-19 pandemic on Travellers and Roma in Ireland. *Glob Health Promot*. 28: 46-55.
235. Voicu M, Popescu R. Roma women- known and unknown family Life And The Position Of the roma woman: In the roma Communities https://www.euromanet.eu/upload/80/83/Research_Report_Roma_Women_engl_09___OSI-Romania_.pdf (letöltés: 2023.01.26.)
236. Wamsiedel M, Vincze E. Iustina Ionescu (2012) Roma Health Perspective of the actors involved in the health system – doctors, health mediators and patients Copyright© 2012 Romani CRISS.
237. Watson HL, Downe S. (2017). Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: A mixed-methods systematic review. *Reproductive Health*, 14: 1.
238. World Health Organization. Roma health mediation in Romania. (2013) https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/235141/e96931.pdf (letöltés: 2023.05.21.)
239. Zeman CL, Depken DE, Senchina DS. (2003) Roma health issues: a review of the literature and discussion Roma health issues: a review of the literature and discussion. *Ethn Health*, 8: 223–49.
240. Zsámbáné GK. (2016) Roma értelmiségi szereplehetőségek: Kultúra-koncepciók és szerepértelmezések összefüggései miskolci roma értelmiségiek körében. *Szellem és tudomány*, 7: 138-191.

9. Publikációk jegyzéke

Disszertációhoz kapcsolódó közlemények

Könyvfejezet

- Kocsis É, **Mózes N.** (2021) Romániai magyarok egészségmagatartási szokásai – fókuszban a romák. Kortárs kihívások a közegészségügyben. Presa Universitară Clujeană. pp. 41-51.
- **Mózes N**, Kocsis É. (2021) Romaromániai magyar ajkú romák lakáskörülményeinek, egészségi állapotának vizsgálata – fókuszban a roma nők. Kortárs kihívások a közegészségügyben. Presa Universitară Clujeană, pp. 79-91.

Folyóiratcikk

- **Mózes N**, Kocsis É, Feith HJ. (2021) A roma női populáció életkörülményeinek összehasonlító vizsgálata Magyarországon EGÉSZSÉGFELJESZTÉS 62(2);13-25.
- Kocsis É, **Mózes N**, Feith H J. (2021) Magyarországi helyzetkép táplálkozási szokásokról a kultúra és a hagyományok tükrében, különös tekintettel a romákra KALEIDOSCOPE 22: 109-122.
- **Mózes N**, Klesch L, Feith HJ. (2022) Minority within the minority: roma women trapped by origin and gender. KALEIDOSCOPE 25: 197-215.
- **Mózes N**, Feith HJ. (2023) A magyarországi, romániai és szlovákiai magyar ajkú, roma nők táplálkozásának vizsgálata hagyományaik tükrében ÚJ DIÉTA, 32: 27-31.
- **Mózes N**, Feith HJ. (2023) A méhnyakrák citológiai szűrővizsgálaton való részvételt befolyásoló tényezők összehasonlító felmérése Magyarországon roma és nem roma lakosság körében, összefüggésben szlovák és román eredményekkel. Orvosi Hetilap. 164: 36. 1424-1433.
- **Mózes N**, Takács J, Ungvári Z, Feith HJ. (2023) Screening Attendance Disparities Among Hungarian-speaking Roma and Non-Roma Women in Central and Eastern European Countries. FRONTIERS IN PUBLIC HEALTH; 11. doi: 10.3389/fpubh2023.1292598
- **Mózes N**, Takács J, Feith HJ. Life with ethnic minority disadvantages Comparative study of the living conditions and health problems among Hungarianspeaking Roma women in Hungary, Romania and Slovakia (JOURNAL OF RACIAL AND ETHNIC HEALTH DISPARITIES; kézirat, beadás alatt)

Előadások

- **Mózes N, Kocsis É.** Roma fiatalok egészségmagatartása, VIII. Iskola a társadalmi térben és időben Pécs, 2017. május 10. poszter
- **Mózes N, Kocsis É.** Roma fiatalok egészségmagatartása VI. Romológus Konferencia, Pécs, 2017. május 12. előadás
- **Mózes N.** Roma fiatalok egészsége IV. közegészségügyi konferencia Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem Marosvásárhely, 2018. szeptember 28-28.
- **Mózes N.** Fővárosi és vidéken élő roma fiatalok táplálkozási szokásainak összehasonlítása ÉMOT Kongresszus Budapest, 2019. február 15-16.
- **Mózes N.** A romániai roma lakosság és a többségi társadalom egészségfelmérése. V. közegészségügyi konferencia, Sapientia Erdélyi Magyar Tudományegyetem Marosvásárhely, 2019. november 22.
- **Mózes N, Kocsis É.** Romániai Roma lakosság egészségfelmérése. VIII. Romológus konferencia Pécs, 2019. május 10.
- **Kocsis É, Mózes N.** Határon túli Roma egészség. VIII. Romológus konferencia Pécs, 2019. május 10.
- **Molnár Zs, Sipos-Bordán D, Kocsis É, Mózes N, Feith HJ.** Romák és nem romák egészségmagatartásának, valamint személyi-, és lakáshigiénés helyzetének összehasonlítása. XXV. Korányi Frigyes Tudományos Fórum Budapest, 2021. május 6-7.
- **Sipos-Bordán D, Molnár Zs, Kocsis É, Mózes N, Feith HJ.** Laktóz-intolerancia és egészséges életmód vizsgálata nagykorú roma és nem roma populációban. XXV. Korányi Frigyes Tudományos Fórum Budapest, 2021. május 6-7.
- **Mózes N, Takács J, Feith HJ** Élet többszörös hátránnyal Összehasonlító tanulmány a magyarországi, a romániai és a szlovákiai magyar ajkú roma és nem roma nők életkörülményeiről összefüggésben az egészségi állapottal XVI. NKE Konferencia Miskolc, 2023. augusztus 28-30.

Disszertációtól független közlemények

- **Mózes N, Figler M, Gubicskóné Kisbenedek A.** (2016) Az óvodai közétkeztetés mennyiségi és minőségi változása Baranya megyében 2009-2015 között In: Egészségakadémia, 7: 81-93.
- **Mózes N, Kocsis É.** (2021) Roma fiatalok egészségmagatartása. Kortárs kihívások a közegészségügyben. Presa Universitară Clujeană, pp. 67-78.

10. Köszönetnyilvánítás

Hálás szívvel mondok mindazoknak köszönetet, akik támogattak a doktori tanulmányaim, kutatásaim alatt, valamint a publikációk és a doktori disszertációm írása során támaszt és segítséget nyújtottak.

Külön köszönettel tartozom

...**Dr. Feith Helga Juditnak**, aki olyan témavezető volt számomra, akire mindig is vágytam. Örökké hálával fogok rá gondolni, amiért bizalmába fogadott. Az ő támogatása, szakmai példamutatása nélkül ez a disszertáció nem készülhetett volna el. Külön köszönöm a számtalan hasznos javaslatát és a hatalmas munkabírását.

...**Kocsis Évának**, akivel együtt minden nehézséget áthidalva kiviteleztuk, ezt a hatalmas országokon átívelő kutatást. Köszönöm, hogy társam voltál és együtt járhattuk be doktorandusz hallgatóként a kutatás olykor nagyon rögzös útját.

...**Molnár Zsófinak, Sípos-Bordán Dorinának, Greksza Zorkának, Négyökrű Zsófinak**, hogy az SE Egészségtudományi kar hallgatóiként számtalan helyszínen segítségek nyújtottak a kutatás során.

...a települési és roma önkormányzatoknak, a Családsegítő Központoknak, a civil szervezeteknek, a Máltai Szeretetszolgálatnak különös tekintettel a Szatmárnémeti fiókjának, a Katolikus Karitásznak, valamint a Református Egyháznak, hogy segítettek a roma lakosság elérésében és a vizsgálati helyszíneket biztosították számunkra.

...**Dr. Takács Johannának és Bérczi Bálintnak** az adatok statisztikai feldolgozásában és a többváltozós elemzésben nyújtott segítségért.

...szívemnek oly drága **szüleimnek, nagymamámnak, testvéremnek és barátaimnak**, akik a rengeteg nehézség ellenére is mindig hittek bennem, biztattak és szeretettel támogattak a legnehezebb időkben.

...**Bandinak**, aki óvó szeretetével és odaadásával segített a hosszú munkával teli napok átvészelésében.

11. Mellékletek

Melléklet I. Kérdőív

Tisztelt Válaszadó!

Kocsis Éva és Mózes Noémi doktorandusz hallgatók vagyunk a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Iskolában. Doktori kutatásunk során a roma kisebbség egészségi állapotát vizsgáljuk, melyet a többségi társadalom tagjainak egészségi állapotával kívánunk összehasonlítani. Kérem, segítse munkánkat azzal, hogy kitölti a kérdőívünket. Válaszadása önkéntes és névtelen, kérjük, sehol se írjon nevet, monogramot. Az Ön adatait, válaszait titkosan kezeljük, azokat kizárólag a doktori munkánk elkészítéséhez fogjuk felhasználni. Tehát az Ön személye semmiképpen sem lesz visszakereshető és adatait csakis statisztikai célra használjuk.

1. Kérjük írja be az általunk megadott azonosító számát (Amennyiben nem kapott, csak kérdőívet tölt ki, nullát írjon be).....
2. Ön roma származásúnak vallja magát?
a, igen b, nem
3. Melyik országban él?
a, Magyarország b, Szlovákia c, Románia
4. Életkora:.....
5. Neme: a, férfi b, nő
6. Lakhely/Megye:.....
7. Település jellege szerint:
a, megyei jogú város b, város c, község d, tanya
8. Testmagassága cm-ben:
9. Testsúlya kg-ban:
10. Iskolai végzettsége?
a. 8 általános vagy kevesebb b. szakmunkás
c. érettségi d. főiskolai/egyetemi diploma
11. Házastársa / élettársa iskolai végzettsége? (Ha nincs, ne jelöljön semmit)
a. 8 általános vagy kevesebb b. szakmunkás
c. érettségi d. főiskolai/egyetemi diploma
12. Jelenleg dolgozik?
a. igen b. nem, munkanélküli vagyok c. nyugdíjas vagyok d. rokkantnyugdíjas vagyok
e. háztartásbeli vagyok f. GYES /GYED g. alkalmi munkából élek h, még tanulok
13. Ha igen, akkor mi a foglalkozása :
14. Mekkora a jövedelme havonta?
a. 50.000 Ft alatt b, 50.000-150.000, Ft között c. 150.000 – 200.000 Ft
d. 200.000- 300.000 Ft e. 300.000 Ft felett
15. Házastársa/ élettársa jelenleg dolgozik? (Ha nincs, ne jelöljön semmit)
a. igen b. nem, munkanélküli c. nyugdíjas d. rokkantnyugdíjas e. háztartásbeli
f. GYES /GYED g. alkalmi munkából él h. még tanul
16. Ha igen, akkor mi a foglalkozása (Ha nincs, ne jelöljön semmit).....
17. Házastársa /élettársa jövedelme havonta? (Ha nincs, ne jelöljön semmit)
a. 50.000 Ft alatt b, 50.000-150.000, Ft között c. 150.000 – 200.000 Ft
d. 200.000- 300.000 Ft e. 300.000 Ft felett
18. Háztartásában kikkel él együtt?
a. egyedül élek b. csak a házasság/élettársal c. házasság/élettárs + gyerekek
d. házasság/élettárs + gyerekek + nagyszülők e. egyik szülő + gyermek f. szüleimmel élek
19. Családi állapota:
a. nős/férfi b. elvált d. özvegy c. hajadon/nőtlen e. élettársi viszony
20. Hányan élnek egy háztartásban?

21. Hány gyermeke van?.....

22. Lakásának típusa:

- a. családi ház b. többlakásos sorház c. lakótelepi lakás
d. hagyományos parasztház e. szükséglakás

23. Az ingatlan: a, saját tulajdon b, bérlemény

24. Az épület falának típusa:

- a. téglá b. beton c. vályog d. vert

25. A falak állapotára jellemző:

- a. száraz b. nedves (alulról ázik) c. nedves (felülről ázik) d. penészes (alul látható) e. penészes (felül látható)

26. Szoba padozata (padló) milyen típusú?

- a. fa (hajópadló, parketta) b. kőlap c. döngölt (föld) d. linóleum e, padlószőnyeg

27. Hány szobás lakásban lakik?

28. Hányan alszanak egy szobában?.....

29. Szoba nagysága:.....nm

30. Fekvőhelyek száma.....

31. Van-e a lakásban

	igen	nem
konyha		
fürdőszoba		
folyóvíz (hálózati víz)		
melegvíz		
központi fűtés		
WC		
csatorna		
gáz		
villany		
gyerekeknek külön szoba		

32. Ön hogyan mosogat otthonában?

- a, folyóvízzel (csapból folyamatosan folyó vízzel) b, áztatással c, mosogatógéppel
d, melegítem a vizet (dézsa) e, csak hidegvízzel leöblítem (mosószer nélkül) f. hideg vízben mosószerrel

33. Állítsa fontossági sorrendbe az alábbiakat, az 1-es a legfontosabb, a 8-as a egyáltalán nem fontos legyen.

_ pénz, _ boldogság, _ család, _ szeretet, _ biztonság, _ munka, _ barátok, _ szabadidő kedv szerinti eltöltése

34. Van-e meleg, folyóvízes fürdési lehetőség? a, igen b, nem

35. Fürdésre csak hidegvíz áll rendelkezésre? a, igen b, nem

36. Hogyan tisztálkodik leggyakrabban?

- a. lavórban mosdom b. zuhanyozom c. fürdőkádban

37. Milyen gyakran zuhanyozik / fürdik kádban?

- a. naponta (van fürdőszoba) b. 2-3 naponta c. hetente, ahogy meg tudom oldani, nincs fürdőszoba d. havonta, ha van rá lehetőségem, mert nincs fürdőszoba e. sohasem

38. Milyen gyakran cseréli törölközőjét? a, naponta b, 2-3naponta c, hetente d, kéthetente e, havonta
39. Melyik jellemzi legjobban a kézmosási szokásait? (ha úgy gondolja, többet is jelölhet)
- a, hazaérkezést követően azonnal
 - b, állatokkal való érintkezést követően
 - c, ha piszkos munkát végzek, azt követően
 - d, csak toalet (WC) használat után
 - e, reggeli mosakodás során
 - f, esténként, a kinti tevékenységek elvégzését követően
 - g, ételkészítés előtt
 - h, ételkészítés közben/után
 - I, az esti mosdás során
 - j, ha látható szennyeződés van rajta
 - k, étkezések előtt
40. Mivel töröl kezet? a, textiltörölköző b, papír kéztörölő c, saját ruhanemű d, elektromos kézszáritó e, nem törölöm meg csak lerázom
41. Milyen gyakran mos fogat?
- a, minden étkezés után szigorúan
 - b, minden étkezés után, ha van rá lehetőségem
 - c, naponta kétszer (reggel- este)
 - d, naponta egyszer
 - e, sosem
42. Naponta hányszor étkezik?
- a, 1-szer b, 2-szer c, 3-szor d, 4-szer e, 5-ször vagy többször
43. Hétköznapi hol ebédel leggyakrabban?
- a, otthon b, munkahelyen c, egyéb helyen (gyors étterem, büfé) d, sehol sem ebédelek
44. Milyen gyakran étkezik gyorsétteremben? (McDonalds, KFC, BurgerKing)
- a, naponta b, hetente c, hetente többször c, havonta d, havonta többször e, sosem
45. Milyen gyakran fogyasztja az alábbi élelmiszereket?

	naponta többször	naponta	hetente többször	hetente	havonta	ritkábban	sosem
hús							
belsőség							
gyümölcs							
hal							
édesség (csoki, cukor)							
chips							
zöldség							
vitamin/étrendkiegészítő							
tej							
tejtermék							
kenyér							
felvágott							
péksütemény							

46. Milyen kenyeret fogyaszt rendszerint?
- a, fehér b, barna c, teljes kiőrlésű d, egyáltalán nem eszem kenyeret e, szénhidrát csökkentett, f, nem eszem kenyeret, csak kiflit, zsemlét

47. Melyiket fogyasztja leggyakrabban? Vagy keni a kenyérré?
a. zsír b. vaj c. margarin d. vajkrém e. zöldségkrém
48. Milyen húst eszik leggyakrabban? (Ha nem eszik húst ne jelöljön semmit)
a. baromfi b. sertés c. marha d. hal e. vad f. egyéb.....
47. Okoz-e Önnek bármilyen panaszt a tejfogyasztás? a. igen b. nem
48. Ha az előző kérdésre igennel válaszolt, melyek a leggyakoribb tünetei?
a. puffadás b. hasmenés c. hányinger d. hasi fájdalom
49. Hallott-e már a laktózérzékenységről? a. igen b. nem
50. Ön szerint mint jelent a laktózérzékenység?
a. tünetei bizonyos tejalapú ételek elfogyasztása után főként emésztőszervi zavarok formájában, rövid időn belül jelentkeznek. Súlyosságuk az elfogyasztott mennyiségtől függ
b. a szervezet immunrendszere azonnali védelmező reakcióval válaszol akár mikro mennyiségű allergén ételösszetevő (tej) elfogyasztása esetén
c. nem tudom
51. Önnél vagy a családjában fordul-e elő laktózérzékenység? a. igen, én az vagyok, de a családban másnál nincs b. én nem vagyok érzékeny de a családban előfordul
c. én is és a családtagjaim is érzékenyek vagyunk d. egyáltalán nem fordul elő.
52. Tartja-e az előírt diétát? a. igen b. nem c. próbálom rá odafigyelni
53. Ha nem tartja a diétát milyen oka vannak?
a. kellemetlennek érzem társaságban b. nincs rá elegendő pénzem
c. nincs lehetőségem a közelben beszerezni a termékeket d. nem tudom pontosan mire kellene odafigyelni
54. Ha lehetősége lenne rá, tartaná a megfelelő diétát? a. igen b. nem
55. Hallott-e már a szájon át szedhető laktáz enzimről? a. igen b. nem
56. Alkalmazta-e már ezt a készítményt? a. igen b. nem
57. Volt-e pozitív hatása a készítménynek?
a. igen, nem okozott gondot a tej, tejtermék fogyasztása
b. nem, ugyanúgy voltak panaszaim
58. Milyen gyakran fogyaszt az alábbiak közül

	naponta többször	naponta	hetente többször	hetente	havonta	ritkábban
kávé						
gyümölcsle						
tea						
szénsavmentes ásványvíz						
alkohol						
szénsavas üdítő						
csapvíz						
energiaital						
szénsavas ásványvíz						

59. Mit szokott napközben leginkább inni? a. vizet b. üdítőt c. gyümölcslevet d. teát e. sört/bort
60. Mennyi folyadékot iszik naponta? a. 1 liter alatt b. 1-1.5 l c. 1.5-2 l d. 2 l felett
61. Ha fogyaszt energiaitalt, akkor azt mióta fogyasztja rendszeresen?éve
62. Ha fogyaszt energiaitalt, hány dobozzal iszik naponta?dobozzal
63. Ha fogyaszt kávé, akkor hányszor iszik egy nap?alkalommal
64. Ha fogyaszt kávé, akkor mióta kávézik?éve

65. Mi jellemző alkohol fogyasztási szokásaira? a, rendszeresen b, alkalmanként c, sosem d, már nem, leszoktam róla
66. Mióta iszik alkoholos italt? éve
67. Mit fogyaszt leggyakrabban? a, sör b, bor c, égetett szesz d, likőr e, pálinka f, vermut
68. Amennyiben fogyaszt, akkor mennyi (hány egység) alkoholt iszik alkalmanként? 1 egység = 1 pohár sör = 1 dl bor = 3cl tömény
69. Ha nagyobb mennyiségű alkoholt fogyaszt, akkor annak mi az oka?
a, baráti ösztökélés b, ellazulás c, szórakozás d, otthoni stressz oldása e, munkahelyi stressz oldása d, nincs határozott oka e, nem iszom nagyobb mennyiségű italt
70. Otthon mindig odafigyel, hogy csak a saját poharából igyon? a, igen b, nem
71. Arra odafigyel-e, hogy más ne igyon bele az Ön poharából? a, igen b, nem
72. Milyen gyakran fordul elő, hogy többen is isznak egy üvegből? a, sosem b, néha előfordul c, gyakran d, mindig, mert így szoktuk
73. Ön dohányzik? a, igen b, nem, leszoktam c, sosem dohányoztam
74. Ha dohányzik, mióta?éve
75. Amennyiben dohányzik naponta hány szálát szív el? szál
76. Ha leszokott, mióta nem dohányzik?éve szoktam le
77. Amennyiben Ön dohányzik, hány évesen gyújtott rá először?
78. Tiltották-e valaha a szülei a dohányzást? a, igen b, nem
79. Lakásban rá szokott gyújtani? a, igen b, nem
80. Ahol csecsemő/kisgyermek van a lakásban Ön rágyújt? a, igen b, nem
81. Szokott valamilyen drogot fogyasztani? a, igen b, nem
82. Milyen gyakorisággal él drogokkal? a, soha b, nagyon ritkán c, gyakran d, nagyon gyakran
83. Milyen okból fogyaszt drogot? (Amennyiben nem fogyaszt drogot hagyja ki az ezzel kapcsolatos kérdéseket) a, baráti ösztökélés b, ellazulás c, szórakozás d, otthoni stressz oldása e, munkahelyi stressz oldása d, nincs határozott oka
84. Élete során melyeket próbálta már? Többet is jelölhet.
a, marihuána hasis b, opiátok c, amfetamin d, LSD e, Crack f, Kokain g, heroin h, szerves oldószer i, inhalánsok j, nyugtató, altató k, ecstasy l, fecskendő által bevitt drogok
85. Amennyiben használ drogot melyik típust részesíti előnyében? a, gyógyszerek (altató, nyugtató) a, inhalánsok b, LSD hallucinogének c, marihuána/hasis d, gyógyszerek e, fecskendő által bevitt drogok
86. Amennyiben használ drogot milyen gyakran él vele?.....
87. Hány évesen próbálta először a drogot?.....
88. Fordult-e már elő, hogy fecskendő által bevitt drogot használt? a, igen b, nem
89. Amennyiben igen milyen gyakran él vele?.....
90. Figyel-e arra, hogy mindig steril/új fecskendőt, tűt használjon? a, igen b, nem
91. Fordult-e már elő, hogy többen használtak egy tűt, fecskendőt? a, igen b, nem
92. Végez-e rendszeresen aktív testmozgást? a, igen b, nem c, néha
93. Fizikai aktivitását mi jellemezi általában? Válasszon egy számot 1-5-ig: 1=egyáltalán nem vagyok fizikailag aktív, 5=Minden nap igen aktív vagyok fizikailag (pl. 45 percet meghaladó, kimerítő edzés/nap)

Egyáltalán nem
vagyok fizikailag
aktív

1 2 3 4 5

Minden nap igen aktív
vagyok fizikailag

94. Milyen rendszeresen végez aktív testmozgást?

- a. naponta b. hetente többször c. hetente d. alkalmaként e. soha, nincs rá időm
e. soha, mert szerintem nem fontos

95. Amennyiben végez aktív testmozgást, ennyi időt tölt el naponta és milyen intenzitású mozgással? (mérsékelt vagy erős intenzitás).....

96. Mióta sportol rendszeresen, hány éve?

96. Ha nem sportol miért nem? a. nincs rá időm b. nincs kedvem hozzá c. nincs rá lehetőségem
d. sokba kerül e. egészségügyi problémám van

97. Milyen jellegű testmozgást végez?

98. Mennyire elégedett a jelenlegi edzettségi szintjével? 1- egyáltalán nem vagyok elégedett, 5-teljes mértékben elégedett vagyok.

egyáltalán nem
vagyok elégedett
semmit

1 2 3 4 5

teljes mértékben
elégedett vagyok.

99. Mivel tölti a szabadidejét legszívesebben?

- a. olvasok b. zenét hallgatok c. Tv/filmet nézek d. számítógépezek
e. barátokkal/ismerősökkel töltöm d. egyéb :.....

100. Amennyiben van gyermeke mennyire tartja fontosnak az alábbi állításokat:

	egyáltalán nem fontos	nem fontos	nem tudom eldönteni	általában fontos	nagyon fontos
iskolába járjon					
érettségit szerezzen					
legyen szakmája					
legyen diplomája					

101. Ön taníttatja-e /taníttatná-e gyermekét, hogy legyen

	igen	nem	talán
szakmája			
érettségije			
diplomája			

102. Ön szerint javít-e valamit egy roma származású egyén helyzetén, ha minél magasabb az iskolai végzettsége? a. igen b. nem c. nem tudom

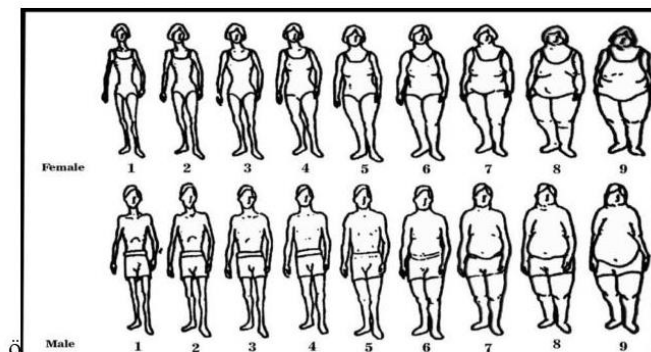
103. Ismeri-e az egészséges táplálkozás alapjait? a. igen b. nem

104. Ön egészségesen étkezik? a. igen b. nem c, nem vagyok biztos benne

105. Fontos-e Önnek a testsúlya? a. igen b. nem

106. A kép alapján Ön melyik kategóriába sorolná magát? Írja be a kép alatti számot! ...

107. A kép alapján Ön szerint melyik az ideális testalkat? Írja be a kép alatti számot!



108. Milyennek értékeli egészségi állapotát?

- a) mindig egészségesnek érzem magam.
- b) többnyire egészségesnek érzem magam.
- c) néha betegnek érzem magam.
- d) nagyon gyakran érzem magam betegnek

109. Szokott-e szűrővizsgálatokra járni? a. igen, rendszeresen b. igen, néha c. nem

110. Ha nem, miért nem? a. messze van b. nem tartom fontosnak c. sokba kerülne az utazás
d. félek a fájdalomtól e. nem is tudok róluk f. félek a vizsgálatától g. nem szeretek orvoshoz járni h. nincs egészségbiztosításom

111. Ön fontosnak tartja-e a szűrővizsgálatokat? 1- egyáltalán nem fontos, 5-nagyon fontos

egyáltalán nem
fontos

1 2 3 4 5

nagyon fontos

112. Ön szerint a táplálkozás minősége befolyásolja-e az egészségi állapotot? a. igen b. nem c. nem tudom

113. Ön szerint hány éves kortól megengedett a dohányozás?

114. Ismeri-e a dohányzás egészségügyi következményeit? a. igen b. nem

115. Milyen mértékben ismeri Ön a dohányzás káros hatásait? (1-es egyáltalán nem ismeri - 5 Teljes mértékben tisztában vagyok a hatásaival)

egyáltalán nem
ismeri

1 2 3 4 5

Teljes mértékben
tisztában vagyok a
hatásaival

116. Van-e ismert. orvos által megállapított betegsége? a. van b. nincs

117. Milyen típusú betegséget diagnosztizáltak önnél? a. Szív-érrendszer betegség

b. Mozgásszervi megbetegedés c. Légúti betegség d. Anyagcsere betegség

e. Idegrendszer-neurológiai megbetegedés f. Urológia-nőgyógyászati betegség

g. Daganatos megbetegedés h. Fogyatékoság I. Emésztőrendszer betegsége

118. Ha igen, mi ez/ezek?

119. Szed-e rendszeresen gyógyszert? a. igen b. nem

120. Amennyiben szed gyógyszert, mit?

121. Amennyiben kellene szednie gyógyszert, de mégsem szedi, ennek mi az oka?

- a. nincs rá pénzem
- b. anélkül is meggyógyulok
- c. inkább más megoldást keresek

122. Milyen gyakran jár

	naponta	hetente	havonta	ritkábban	soha
házi orvoshoz					
szakrendelőbe					
kórházba					

123. Feküdt-e már kórházban betegség miatt? a. igen b. nem

124. Volt-e szűrővizsgálaton az elmúlt 1 évben? a. igen b. nem

125. Ha lenne lehetősége elmenne (helybe jönne a szűrőbusz)? a. igen b. nem

126. Ellenőriztetni rendszeresen a vérnyomását, általános egészségi állapotát? a. igen b. nem

127. Ha betegnek érzi magát rögtön orvoshoz fordul? a. igen b. nem

128. Ha nem, miért nem?

- a. messze van b. népi gyógymódban hiszek c. nem szeretek orvoshoz járni d. sokba kerül az utazás és a gyógyszerek e. úgy gondolom, hogy majd elmúlik f. nincs egészségbiztosításom

129. Jelenleg kezelik-e valamilyen betegséggel? a. igen b. nem

130. Milyen gyakran szokott Önnél előfordulni

	hetente	havonta	félévente	évente/ritkábban
nátha/megfázás				
hasmenés				
hányinger/hányás				
lázás állapot				
torokfájás/gyulladás				
bőr gennyes. gyull. fertőzése (pattanás)				
felfázásos tünet (gyakori vizezés)				
köhögés				
tüdőgyulladás				
égető, csípő érzés vizelelkor				
gennyes folyás				
fejbőr viszketése				
testszerte a bőr viszketése (hajlatokban)				

131. Fordult-e elő fejtetvesség az ön családjában? a. igen b. nem

132. Fordult-e rühesség ön környezetében? a. igen b. nem

133. Ismeri-e, hogy a fejtetű és a rüh hogyan terjed (több választ is jelölhet)

- a, fejtetű-közös eszköz használata (fésű, törölköző) b, mindkettő közvetlen érintkezéssel, Összebújás ölekezés c, a fejtetű cseppfertőzéssel terjed d, a rüh szexuális úton terjed e, állatról emberre terjed mindkettő f, mindkettő- tömegközlekedési eszközön g, rüh- ágynemű, ruházat

134. Az alábbi lehetőségek közül válassza ki a fejtetvesség kezelési módját (többet is jelölhet)

- a, hajszesz b, tetű elleni sampon c, hajvágás d, antibiotikum e, fertőtlenítőszer f, sampon és balzsam együtt

135. Az alábbi lehetőségek közül válassza ki a rüh kezelésmódját (többet is jelölhet)

- a, klór tartalmú lemosó b, mosószappan c, tusfürdő d, antibiotikum

136. Jelölje be a fejtetvesség tüneteit

- a, erős fejiszketés b, fokozott hajhullás c, vérfolt a párnán d, korpaszerű tapadás képződmény a hajon e, rendszeres tüszőgés f, rossz közérzet fejfájás

137. Jelölje be a rüh tüneteit (többet is jelölhet)

- a, köhögés b, éjszaka erősödő viszketés c, hajlatokban piros járatok
d, égő csípő érzés a bőrön e, láz d, fájdalom

138. Amennyiben nem pusztítják el a kezelés során a serkéket (fejtetű petéje) kiújul a fertőzés ?

- a, igaz b, hamis

139. Van-e egészségügyi biztosítása?

- a. igen b. nem

140. Az alábbi tünetek közül Önnél előfordul-e valamelyik rendszeresen az elmúlt 3 hónapban? (többet is megjelölhet) Kérem húzza alá választát!

Fejfájás, szédülés, fáradtság, álmatlanság, végtag fájdalom, zsibbadás, puffadás, teltségérzet, fokozott izzadás, éjszakai izzadás, állandó szomjúságérzet, bőrvizketés, lassan gyógyuló seb, lábdagadás, hasi fájdalom, légszomj, nehézlégzés, köpetürítés, fulladás, mellkasi fájdalom, feledékenységi, sárgaság, étvágytalanság, fogyás, gyomorégés, hízás, székrekedés

141. Mi jellemzi a fogazatát?

- a, teljesen egészséges, rendszeresen járok fogorvoshoz b, van 1-2 tömött fogam
c, 3-nál több fogtömésem van d, van lyukas fogam, de félek betömötni/kihúztatni
e, már nincs ép fogam f, nincs felül fogam, csak alul g, nincs alul fogam, csak felül
h, egyáltalán nincs fogam, és nem hordok protézist i, egyáltalán nincs fogam, protézist hordok
j, van még fogam, de hordok protézist is

142. Van-e tetoválása? (csak sminktetoválás esetén nemet jelöljön) a. igen b. nem

143. Észlelte-e az elmúlt 6 hónapban valamilyen változást a tetoválásán?

- a. nem változott b, viszket rendszeresen c. kisebesedett d. begyulladt, hólyagos, gennyes e. fáj
f. duzzanat g. csomók, göbök keletkeztek rajta h. váladékozik

144. Hogyan jellemezné egészségi állapotát? (1-Kitűnő, 2-Nagyon jó, 3-Jó, 4-Tűrhető, 5-Rossz)

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

Kitűnő

Rossz

145. Az egy évvel ezelőttihez képest milyennek tartja egészségi állapotát most? (1-Most sokkal jobb, mint egy évvel ezelőtt/ 2-Most valamivel jobb, mint egy évvel ezelőtt/ 3-Nagyjából olyan, mint egy évvel ezelőtt/ 4-Most valamivel rosszabb, mint egy évvel ezelőtt/ 5-Most sokkal rosszabb, mint egy évvel ezelőtt)

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1 2 3 4 5

Most sokkal jobb

Most sokkal rosszabb

146. A következő felsorolás olyan fizikai tevékenységeket tartalmaz, amelyek egy átlagos napon előfordulhatnak. Korlátozza-e egészségi állapota ezek elvégzésében most? Ha igen mennyire?

	Igen, nagyon korlátoz	Igen, kicsit korlátoz	Nem, egyáltalán nem korlátoz
Megerőltető fizikai tevékenység, pl.: futás, nehéz tárgyak emelése, megterhelő sportok			
Közepesen megterhelő tevékenység, pl.: porszívózás, kertészkedés, kirándulás			
Bevásárló szatyor felemelése vagy cipelés			
Több emeletnyi lépcsőn felmenni			
Az első emeletre gyalog felmenni			
Előrehajlás, lehajolás vagy letérdelés			
1 kilométernél hosszabb séta			
Több száz méter séta			
Száz méter séta			
Önálló fürdés vagy öltözködés			

147. Az elmúlt négy hét során testi egészsége miatt előfordultak-e az alábbiak, munkája vagy más rendszeres tevékenysége során?

	Igen (1)	Nem (2)
Csökkentenie kellett a munkával vagy más elfoglaltsággal töltött időt		
Kevesebbet végzett, mint amennyit szeretett volna		
Bizonyos típusú munkát vagy tevékenységet nem tudott elvégezni		
Csak nehézségek árán tudta elvégezni munkáját vagy más tevékenységeit (például az külön erőfeszítésébe került)		

148. Az elmúlt négy héten lelki gondok (például lehangoltság vagy idegeskedés) miatt előfordultak-e az alábbiak munkája vagy más rendszeres tevékenysége során?

	Igen (1)	Nem (2)
Csökkentenie kellett a munkával vagy más elfoglaltsággal töltött időt		
Kevesebbet végzett, mint amennyit szeretett volna		
Nem olyan gondosan végezte munkáját vagy más tevékenységét, ahogyan szokta		

149. Az elmúlt négy hét során mennyire zavarta testi egészsége vagy lelki gondjai szokásos kapcsolatát családjával, barátaival, szomszédaival azaz másokkal?

a, Egyáltalán nem b, Alig c, Közepesen d, Meglehetősen e, Nagyon is

150. Milyen erős testi fájdalmai voltak az elmúlt négy hét során?

a, Nem voltak b, Nagyon enyhe c, Enyhe d, Közepes e, Erős f, Nagyon erős

151. Az elmúlt négy hét során a fájdalom mennyire zavarta megszokott munkájában (beleértve a munkahelyi és a házimunkát)?

a, Semennyire b, Egy kicsit c, Közepesen d, Meglehetősen e, Nagyon

152. A következő kérdések arról érdeklődnek, hogy az elmúlt négy héten hogyan érezte magát. Minden kérdésnél kérjük, azt az egy választ jelölje meg, amely a legközelebb áll Önhöz.

	Mindvégig (1)	Az idő legnagyobb részében (2)	Meglehetősen sokat (3)	Az idő kis részében (4)	Az idő nagyon kis részében (5)	Egyáltalán nem (6)
Tele volt életkedvvel?						
Nagyon ideges volt?						
Annyira maga alatt volt, hogy semmi sem tudta felvidítani?						
Nyugodtnak és békésnek érezte magát?						
Tele van energiával						
Szomorúnak és kedvetlennek érezte magát?						
Kimerült volt?						
Boldog embernek érezte magát?						
Fáradt volt?						

153. Az elmúlt négy hét során befolyásolta-e testi vagy lelki állapota személyes kapcsolatai (például barátok, rokonok meglátogatása, stb.)

- a, Mindvégig b, Az idő legnagyobb részében c, Az idő kis részében
d, Az idő nagyon kis részében e, Egyáltalán nem

154. Mennyire IGAZAK a következő állítások az Ön esetében?

	Teljesen igaz (1)	Többnyire igaz (2)	Nem tudom (3)	Inkább nem igaz (4)	Egyáltalán nem igaz (5)
Könnyebben betegszem meg, mint mások					
Olyan egészséges vagyok, mint bárki más					
Romlik az egészségem					
Makkegészséges vagyok					

155. Hány évesen volt az első szexuális aktusa?évesen

156. Milyen gyakorisággal él nemi életet? a, naponta b, hetente 4-6 alkalom c, hetente 2-3 alkalom
d, hetente egyszer e, havonta néhányszor d, ritkábban e, sosem

157. Az elmúlt egy évben hány szexuális partnere volt?

158. Ön szerint hány partner az ideális egyszerre?

- a, Mindenképpen csak egy, el se tudnám képzelni, hogy egyszerre több személlyel legyen szexuális kapcsolat
b, egy, maximum kettő, de ne tudjanak egymásról
c, minél több, annál jobb

159. Az elmúlt 3 hónapban milyen védekezési módszert alkalmazott? (Több választ is jelölhet)

- a, óvszerrel b, eseményutáni tablettával c, fogamzásgátlóval d, megszakításos módszerrel
e, naptári módszerrel f, hüvelykúppal g, hüvelygyűrűvel h, spirállal i, sehogy, mert nem tartom fontosnak
j, nem védekezek, mert gyermeket szeretnék k, nem védekezek, mert nem élek szexuális életet

160. Miért ezt a védekezési módszert használ? a, ismereteim alapján ez a legbiztonságosabb

b, kényelmes és biztonságos c, gyakran cserélem a partnereimet így ez a legjobb megoldás d, nehogy teherbe essék/ essen a lány e, nem foglalkozom vele d, ez az olcsóbb megoldás

161. Milyen szexuális úton terjedő betegségeket ismer? (Több választ is jelölhet) a, HPV b, Sziifilisz
c, Gonorrhoea (tripper, kankó) d, AIDS/HIV e, Klamidia f, Trichomonas okozta gyulladás
g, Bakteriális vaginózis h, Candida okozta fertőzés i, egyiket sem

161. Diagnosztizáltak-e Önnél az elmúlt 3 hónapban bármilyen szexuális úton terjedő fertőzést?

- a, igen b, nem c, tüneteim ellenére nem fordultam orvoshoz

162. Ha igen, akkor mit?

163. Tart-e attól, hogy elkap valamilyen szexuális úton terjedő betegséget? a, igen b, nem

164. A saját szexuális élete alapján melyik szexuális úton terjedő betegség kockázatának van kitéve?

- a, egyiknek sem, mert mindig figyelek és a megfelelő védekezési módszert alkalmazom b, HPV
c, AIDS/HIV d, Sziifilisz (tripper, kankó) e, Bakteriális vaginózis f, Candida okozta fertőzés
g, Gonorrhoea h, Chlamydia

165. Szexuálisan terjedő betegséget kapott-e el valaha a foglalkozásából eredően?

- a, igen, régen előfordult b, igen, most is kezelnek c, nem, sosem d, nem foglalkoztam sosem
prostitúcióval

166. Véleménye szerint melyik a leggyakrabban diagnosztizált szexuális úton terjedő betegség Magyarországon / Romániában/Szolákiában? a, HPV b, Szifilisz c, Gonorrhoea (tripper, kankó) d, AIDS/HIV e, Klamidia f, Trichomonas okozta gyulladás g, Bakteriális vaginózis h, Candida okozta fertőzés

167. Az alábbiak közül Ön szerint melyek jellegzetes roma ételek? Karikázza be!

Több választ is megjelölhet!

rántott hús	vakarc/vakaró/punya	legényfogó káposztaleves
töltött káposzta	lecsó	Rigó Jancsi
halászlé	sült csirke	fehér leves
paradicsomsaláta	mákos tészta	párolt zöldség
tökfőzelék	túrós tészta	kucurapörkölt

168. Ön szerint az idősebb romáknál befolyásolja-e a tekintélyt a nagyobb testsúly?

a. igen b. nem c. nem vagyok biztos benne

169. Ön szerint fontos-e, hogy a romák továbbra is őrizzék és kövessék a hagyományaikat?

a. igen, nagyon fontos b. általában fontos c. nem tudom eldönteni d. kevésbé fontos
e. egyáltalán nem fontos

170. Hogyan vélekedik az alábbi állításról? A roma felnőtt akkor jómódú, ha ez látszik a külsején is. Ha telt, akkor jól él, ha sovány, akkor szegény sorban él.

a, így gondolom b, nem így gondolom

171. Ön szerint egy roma család akkor tehető, ha minden nap bőségesen étkeznek?

a. igen b. nem

172. Ön szerint a romáknál a gazdaságot mutatja, ha minden nap hús van az asztalon?

a, igen b, nem

173. Ismer-e régi roma /cigány hagyományokat? a. igen b. nem

174. Amennyiben ismeri, melyeket?.....

175. Ön követi-e ezeket a szokásokat? CSAK AKKOR VÁLASZOLJON, HA ÖN ROMA SZÁRMAZÁSÚ!

a. igen,nagyon b. van amit követünk, van amit már nem c. általában nem d. egyáltalán nem

176. Melyik szokás/szokások megtartását tartja fontosnak?

.....
.....
.....

177. Melyik szokást / szokásokat tartatná meg minden roma/cigány származású emberrel?.....

.....
.....
.....

178. Milyen gyakran fogyaszt jellegzetesen roma ételt?

a. naponta b. hetente c. hétvégén d. havonta e. ritkábban

179. Véleménye szerint hogyan bánik Önnel az egészségügyi személyzet esetenként? Több választ is megjelölhet!

a. nagyon kedvesek b. sokat váratnak c. nem kapok tiszteletet d. az orvos a hívásra nem jön ki házhoz e. sokszor kiabálnak, gúnyolódhatnak velem f. nem vizsgál meg rendesen, mert nem akar hozzámérni g. elkülönítettek a többi betegtől h. nem hitték el a panaszaimat i. nem kezeltek rendesen j. nem figyelnek a vizsgálat fájdalmasságára, hogy az nekem mennyire fáj k. vizsgálatokat, szűréseket nem végeztek el l. lekezelően beszélnek velem j, sokszor lecigányoznak

180. Az ellátása során mit tapasztalt, hogy a többi beteg hogyan viszonyul Önhöz? (többet is jelölhet)

a, Kedvesek, barátságosak velem b, Segítőkeszsek c, Nem éreztetik velem a roma származásomat d, Sokat beszélgetnek velem e, Elkerülnek engem f, Gorombák, elutasítóak velem g, Nem akarnak velem egy kórterembe feküdni h, Előítéletesek velem

181. Ha kórházba kerül, az alábbi lehetőségek közül melyik szobát választaná szívesebben?

a, ahol csak romák vannak b, ahol nem fekszik roma származású személy c, mindegy, hogy van-e a kórteremben roma, vagy nincs

182. Melyik csoportba sorolja Ön magát? CSAK AKKOR VÁLASZOLJON, HA ÖN ROMA SZÁRMAZÁSÚ!

a. romungro b. oláh c. beás d. egyéb:.....

Csak nőkre vonatkozó kérdések

183. Intim testrész tisztálkodásához mit használ? (Többet is megjelölhet!)

- a. intim mosakodógél b. hüvelyöblítés c. intim törülőkendő
d. általános tusfürdő, szappan e. pH semleges tusfürdő, szappan f. csak víz

184. Hány terhessége volt?

185. Szüléskor ki volt jelen Önnel a szülőszobában? (többet is választhat)

- a, egyedül voltam b, férjem volt velem c, édesanyám volt velem d, anyósom volt velem
e, testvérem volt velem f, barátnőm volt velem

186. Volt-e valaha vetélése? a, igen b, nem

187. Amennyiben volt hány esetben fordult elő?.....

188 Volt-e valaha abortusza? a, igen b, nem

189. Amennyivolt hány esetben fordult elő?.....

190. Volt-e valaha koreszülése? a, igen b, nem

191. Amennyivolt hány esetben fordult elő?.....

192. Gyermekek / gyermekek születési súlya?.....

193. Milyen gyakran jár nőgyógyászhoz? a. évente mindig b. csak ha beteg vagyok c. csak ha terhes vagyok d. 2-5 évente e. sosem

194. Ha nem jár, akkor annak mi az oka? a. nincs betegbiztosításom b. nem érzem szükségét c. nem illik d. nincs rá pénzem e. messze van

195. Mikor volt utoljára nőgyógyásznál? a. 1 hónapon belül b. fél éven belül c. 1 éven belül d. nem emlékszem

196. Nőgyógyászati vizsgálatnál mennyire tolerálja, hogy férfi orvos végezze a vizsgálatot?

- a, nem vizsgálhat férfi orvos
b, ha lehetőségem van rá, nem választok férfi orvost
c, megvizsgálhat, de csak ha sürgős
d, vizsgálhat ha van kísérem és végig teljesen le vagyok takarva
e, csak akkor vizsgálhat meg, ha bekísér valaki a családból
f, nincs jelentősége, csak szakmai tapasztalat alapján választok orvost

197. A nőgyógyászati vizsgálat során ki tartózkodik bent Önnel a vizsgálóban?

- a, egyedül vagyok bent b, férjem bekísér c, édesanyám bekísér d, testvérem bekísér
e, anyósom bekísér

198. Ön mennyire tartja fontosnak a méhnyakrák szűrést? 1- egyáltalán nem fontos 5- nagyon fontos

Egyáltalán nem
fontos

1 2 3 4 5

Nagyon fontos

199. Ön mennyire tartja fontosnak a HPV elleni védőoltást? 1- egyáltalán nem fontos 5- nagyon fontos

Egyáltalán nem
fontos

1 2 3 4 5

Nagyon fontos

200. Jelenleg van-e valamilyen nőgyógyászati panasza? a. igen b. nem

201. Ha igen, akkor mi az?

202. Fordult-e / tervezi-e hogy fordul orvoshoz jelen panasza miatt? a. igen b. nem

**Melléklet II. Szociodemográfiai jellemzők a roma és nem roma nők körében
Magyarországon, Romániában és Szlovákiában**

	Magyarország (n=616)			Románia (n=441)			Szlovákia (n=309)		
	Roma (n=322)	Nem Roma (n=294)	p[ES]	Roma (n=258)	Nem Roma (n=183)	p[ES]	Roma (n=146)	Nem Roma (n=163)	p[ES]
Életkor M±SD	44,70±13,99	46,29±15,07	0,174[0,11]*	39,37±14,25	40,6±16,64	0,406[0,08]	39,32±15,0	39,67±14,19	0,833[0,02]
Iskolázottság, gyakoriság (%)									
általános iskola	194(60,2)	44(15,0)		210(81,4)	53(29,0)		89(61,0)	9(5,5)	
szakmunkásképző	64(19,9)	33(11,2)	<0,001	38(14,7)	18(9,8)	<0,001	31(21,2)	21(12,9)	<0,001
érettségi	41(12,7)	87(29,6)	[0,56]**	9(3,5)	48(26,2)	[0,64]	23(15,8)	52(31,9)	[0,70]
főiskola/egyetem	23(7,1)	130(44,2)		1(0,4)	64(35,0)		3(2,1)	81(49,7)	
Lakóhely									
megyei jogú város	65(20,2)	60(20,4)	0,008	42(16,3)	50(27,3)	<0,001	51(34,9)	55(33,7)	0,150
város	129(40,2)	150(51,0)	[0,13]	30(11,6)	43(23,5)	[0,24]	24(16,4)	41(25,2)	[0,11]
község/falu	128(39,8)	84(28,6)		186(72,1)	90(49,2)		71(48,6)	67(41,1)	
Anyagi helyzet									
átlag alatti	281(87,3)	141(48,0)	<0,001	245(95,0)	124(67,8)	<0,001	99(67,8)	146(31,9)	<0,001
átlagos	38(11,8)	134(45,6)	[0,42]	13(5,0)	34(18,6)	[0,38]	32(21,9)	50(46,6)	[0,36]
átlag feletti	3(0,9)	19(6,5)		0(0)	25(13,7)		15(10,3)	74(21,5)	
Családi állapot									
egyedülálló	55(17,1)	52(17,7)		48(18,6)	44(24,0)		26(17,8)	31(19,0)	
házas	105(32,6)	114(38,8)	0,072	95(36,8)	84(45,9)	0,001	58(39,7)	78(47,9)	0,382
élettársi viszony	79(24,5)	47(16,0)	[0,12]	84(32,6)	27(14,8)	[0,21]	45(30,8)	36(22,1)	[0,12]
elvált	42(13,0)	48(16,3)		9(3,5)	11(6,0)		9(6,2)	7(4,3)	
özvegy	41(12,7)	33(11,2)		22(8,5)	17(9,3)		8(5,5)	11(6,7)	
Háztartás összetétele									
egyedül él	51(15,8)	65(22,1)		16(6,2)	22(12,0)		15(10,3)	20(12,3)	
csak házas/élettársal él	48(14,9)	85(28,8)		33(12,8)	35(19,1)		39(26,7)	39(23,9)	
házas/élettárs + gyerekek(ek)	131(40,7)	82(27,9)	<0,001	105(40,7)	60(32,8)	<0,001	53(36,3)	66(40,5)	0,698
házas/élettárs + gyerekek(ek) + nagyszülő(k)	22(6,8)	11(3,7)	[0,23]	52(20,2)	13(7,1)	[0,28]	9(6,2)	7(4,3)	[0,10]
egyik szülő + gyermek(ek)	49(15,2)	28(9,5)		27(10,5)	12(6,6)		10(6,8)	6(3,7)	
születelvel él	21(6,5)	23(7,8)		25(9,7)	41(22,4)		20(13,7)	25(15,3)	
Gyerekszám, M±SD	2,56(1,82)	1,64(1,38)	<0,001[0,57]	2,99(2,00)	1,50(1,53)	<0,001[0,82]	1,79(2,00)	1,29(1,10)	0,006[0,31]
Háztartásban élők száma, M±SD	3,76(2,27)	2,69(1,45)	<0,001[0,56]	5,12(2,81)	3,26(1,52)	<0,001[0,79]	3,42(1,97)	3,17(1,40)	0,189[0,15]

Megjegyzések. * ES: Hedges' g, ** ES: Cramer's V

Melléklet III. A roma és nem roma nők életkörülményei Magyarországon, Romániában és Szlovákiában

	Magyarország (n=616)			Románia (n=441)			Szlovákia (n=309)		
	Roma (n=322)	Nem Roma (n=294)	p[ES]	Roma (n=258)	Nem Roma (n=183)	p[ES]	Roma (n=146)	Nem Roma (n=163)	p[ES]
Ház típusa									
gyakoriság (%)									
családi ház	222(68,9)	185(62,9)		136(52,7)	121(66,1)		92(63)	117(71,8)	
többlakásos sorház	36(11,2)	25(8,5)		2(0,8)	10(5,5)		10(6,8)	17(10,4)	
lakótelep lakás	24(7,5)	69(23,5)	<0,001 [0,25]	37(14,3)	36(19,7)	<0,001 [0,32]	32(21,9)	25(15,3)	0,039 [0,18]
hagyományos parasztház	24(7,5)	6(2)		39(15,1)	14(7,7)		8(5,5)	4(2,5)	
szükséglakás	16(5)	9(3,1)		44(17,1)	2(1,1)		4(2,7)	0(0)	
Épület falának típusa									
tégla	220(68,3)	221(75,2)		101(39,1)	107(58,5)		92(63)	130(79,8)	
beton	24(7,5)	39(13,3)	<0,001 [0,18]	22(8,5)	23(12,6)	<0,001 [0,23]	26(17,8)	23(14,1)	0,001 [0,22]
vályog	78(24,2)	34(11,6)		135(52,3)	53(29)		28(19,2)	10(6,1)	
Falak állapota									
van probléma	221(68,6)	255(86,7)	<0,001 [0,22]	102(39,5)	156(85,2)	<0,001 [0,46]	92(63)	152(93,3)	< 0,001 [0,37]
nincs probléma	101(31,4)	39(13,3)		156(60,5)	27(14,8)		54(37)	11(6,7)	
Komfort									
alacsony	62(19,3)	13(4,4)	<0,001 [0,23]	186(72,1)	34(18,6)	<0,001 [0,53]	46(31,5)	7(4,3)	<0,001 [0,36]
magas	260(80,7)	281(95,6)		72(27,9)	149(81,4)		100(68,5)	156(95,7)	

megjegyzések. ES: Cramer's V/Phi

Melléklet IV. Személyi higiénia a roma és nem roma nők körében Magyarországon, Romániában és Szlovákiában

	Hungary (n=616)			Románia (n=441)			Szlovákia (n=309)		
	Roma (n=322)	nem Roma (n=294)	p[ES]	Roma (n=258)	nem Roma (n=183)	p[ES]	Roma (n=146)	nem Roma (n=163)	p[ES]
Mosogatás, gyakorítás (%)									
folyóvízzel	197(61,2)	159(54,1)		54(20,9)	114(62,3)		44(30,1)	78(47,9)	
áztatással	40(12,4)	32(10,9)		43(16,7)	13(7,1)		41(28,1)	25(15,3)	
mosogatógéppel	26(8,1)	90(30,6)	<0,001 [0,34]	8(3,1)	27(14,8)	<0,001 [0,53]	13(8,9)	55(33,7)	0,039 [0,49]
melegített vízzel (dézsza)	54(16,8)	13(4,4)		143(55,4)	29(15,8)		37(25,3)	4(2,5)	
hideg vízben	5(1,6)	0(0)		10(3,9)	0(0)		11(7,5)	1(0,6)	
Tisztálkodás									
zuhanyzik	168(52,2)	208(70,7)	<0,001 [0,21]	46(17,8)	111(60,7)	<0,001 [0,54]	83(56,8)	112(68,7)	0,001 [0,38]
fürdőkádban ülve	117(36,3)	76(25,9)		37(14,3)	45(24,6)		20(13,7)	46(28,2)	
lavórban	37(11,5)	10(3,4)		175(67,8)	27(14,8)		43(29,5)	5(3,1)	
Tisztálkodás gyakorítása									
naponta (van fürdőszoba)	264(82)	272(92,5)		64(24,8)	113(61,7)		82(56,2)	129(79,1)	
2-3 naponta	42(13)	15(5,1)	0,001 [0,16]	88(34,1)	52(28,4)	<0,001 [0,42]	33(22,6)	27(16,6)	<0,001 [0,29]
hetente	5(1,6)	3(1)		26(10,1)	8(4,4)		12(8,2)	4(2,5)	
havonta/sohasem	11(3,4)	4(1,4)		80(31)	10(5,5)		19(13)	3(1,8)	
Törülköző cseréje									
naponta	178(55,3)	47(16)		126(48,8)	61(33,3)		80(54,8)	25(15,3)	
2-3 naponta	100(31,1)	131(44,6)	<0,001 [0,43]	74(28,7)	76(41,5)	0,001 [0,19]	25(17,1)	54(33,1)	<0,001 [0,42]
hetente	38(11,8)	99(33,7)		44(17,1)	42(23)		28(19,2)	68(41,7)	
kéthetente/havonta	6(1,9)	17(5,8)		14(5,4)	4(2,2)		13(8,9)	16(9,8)	
Fogmosás gyakorítása									
minden étkezés után	18(5,6)	9(3,1)		11(4,3)	4(2,2)		14(9,6)	12(7,4)	
minden étkezés után, ha lehetséges	19(5,9)	31(10,5)	<0,001 [0,29]	5(1,9)	15(8,2)	<0,001 [0,47]	11(7,5)	30(18,4)	<0,001 [0,35]
naponta kétszer	129(40,1)	184(62,6)		53(20,5)	107(58,5)		42(28,8)	82(50,3)	
naponta egyszer	109(33,9)	58(19,7)		97(37,6)	45(24,6)		61(41,8)	36(22,1)	
sohasem	47(14,6)	12(4,1)		92(35,7)	12(6,6)		18(12,3)	3(1,8)	

Megjegyzések. ES: Cramer's V/Phi

Melléklet V. A betegségek gyakorisága a roma és nem roma nők körében Magyarországon, Romániában és Szlovákiában

gyakoriság (%)	Magyarország (n=616)			Románia (n=441)			Szlovákia (n=309)		
	Roma (n=322)	Nem Roma (n=294)	p[ES]	Roma (n=258)	Nem Roma (n=183)	p[ES]	Roma (n=146)	Nem Roma (n=163)	p[ES]
Megfázás									
hetente/havonta	41(12,7)	19(6,5)	0,010	85(32,9)	23(12,6)	<0,001	32(21,9)	21(12,9)	0,049
félévente/ritkábban	281(87,3)	275(93,5)	[0,11]	173(67,1)	160(87,4)	[0,23]	114(78,1)	142(87,1)	[0,12]
Hasmenés									
hetente/havonta	42(13)	36(12,2)	0,809	39(15,1)	23(12,6)	0,489	41(28,1)	31(19)	0,079
félévente/ritkábban	280(87)	258(87,8)	[0,01]	219(84,9)	160(87,4)	[0,04]	105(71,9)	132(81)	[0,11]
Hányás									
hetente/havonta	39(12,1)	21(7,1)	0,042	105(40,7)	29(15,3)	<0,001	30(20,5)	17(10,4)	0,017
félévente/ritkábban	283(87,9)	273(92,9)	[0,08]	153(59,3)	154(84,2)	[0,27]	116(79,5)	146(89,6)	[0,14]
Láz									
hetente/havonta	5(1,6)	1(0,3)	0,219	22(8,5)	6(3,3)	0,029	18(12,3)	11(6,7)	0,118
félévente/ritkábban	317(98,4)	293(99,7)	[0,06]	236(91,5)	177(96,7)	[0,11]	128(87,7)	152(93,3)	[0,10]
Torokfájás									
hetente/havonta	37(11,5)	15(5,1)	0,005	79(30,6)	21(11,5)	<0,001	25(17,1)	14(8,6)	0,026
félévente/ritkábban	285(88,5)	279(94,9)	[0,12]	179(69,4)	162(88,5)	[0,23]	121(82,9)	149(91,4)	[0,13]
Köhögés									
hetente/havonta	97(30,1)	38(12,9)	<0,001	104(40,3)	40(21,9)	<0,001	36(24,7)	23(14,1)	0,021
félévente/ritkábban	225(69,9)	256(87,1)	[0,21]	154(59,7)	143(78,1)	[0,19]	110(75,3)	140(85,9)	[0,13]
Égő vizezés									
hetente/havonta	24(7,5)	8(2,7)	0,010	59(22,9)	19(10,4)	0,001	17(11,6)	9(5,5)	0,065
félévente/ritkábban	298(92,5)	286(97,3)	[0,11]	199(77,1)	164(89,6)	[0,16]	129(88,4)	154(94,5)	[0,11]
Hüvelyi folyás									
hetente/havonta	15(4,7)	5(1,7)	0,042	27(10,5)	3(1,6)	<0,001	15(10,3)	9(5,5)	0,139
félévente/ritkábban	307(95,3)	289(98,3)	[0,34]	231(89,5)	180(98,4)	[0,53]	131(89,7)	154(94,5)	[0,49]

Megjegyzések. ES: Cramer's V/Phi

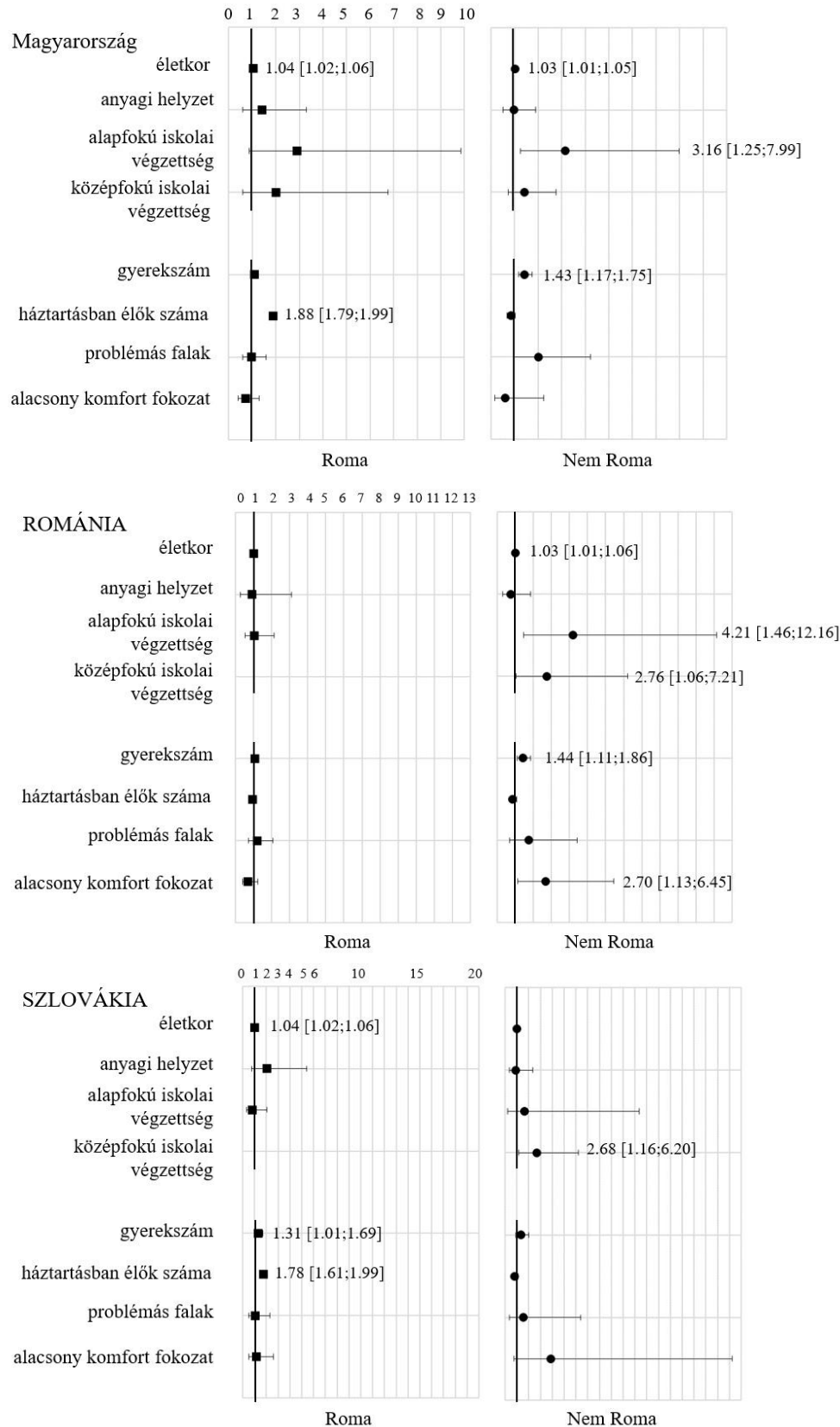
Melléklet VI. Az alacsony és magas komfortfokozat aránya lakóhely szerint a roma és nem roma nők körében (N=1366)

Magyarország	Roma			Nem Roma		
százalék%	megye székhely	város	község	megye székhely	város	község
alacsony komfort	20 	17.8 	20.3 	6.7 	3.3 	4.8 
magas komfort	80 	82.2 	79.7 	93.3 	96.7 	95.2 

Románia	Roma			Nem Roma		
százalék%	megye székhely	város	község	megye székhely	város	község
alacsony komfort	45.2 	40 	83.3 	4 	7 	32.2 
magas komfort	54.8 	60 	16.7 	96 	93 	67.8 

Szlovákia	Roma			Nem Roma		
százalék%	megye székhely	város	község	megye székhely	város	község
alacsony komfort	31.4 	58.3 	22.5 	5.5 	2.4 	4.5 
magas komfort	68.6 	41.7 	77.5 	94.5 	97.6 	95.5 

Melléklet VII. A társadalmi-gazdasági és életkörülmények, valamint a szubjektív egészségi állapot közötti összefüggés egyváltozós/többváltozós elemzése országonként és etnikai hovatartozásonként



Melléklet VIII. Az életkörülmények és a szubjektív egészségi állapot közötti összefüggés egyváltozós/többváltozós elemzése

	Magyarország		Románia		Szlovákia	
	Roma	nem Roma	Roma	nem Roma	Roma	nem Roma
lakáskörülmények	OR (95%CI)		OR (95%CI)		OR (95%CI)	
gyermekszám	1.04 [0.92,1.18]	1.35 [1.12,1.63]	1.07 [0.95,1.21]	1.57 [1.25,1.96]	1.12 [0.95,1.34]	1.20 [0.85,1.70]
háztartásban élők száma	0.90 [0.81,1.00]	0.96 [0.80, 1.15]	0.99 [0.90,1.08]	0.96 [0.78,1.17]	0.92 [0.76,1.11]	0.92 [0.69,1.21]
falak állapota						
nincs problém	ref	ref	ref	ref	ref	ref
van probléma	0.93 [0.58,1.50]	1.84 [0.92,3.68]	1.12 [0.68,1.86]	2.81 [1.22,6.46]	1.18 [0.58,2.40]	1.59 [0.40,6.37]
komfortfokozat						
magas	ref	ref	ref	ref	ref	ref
alacsony	0.77 [0.44,1.36]	1.08 [0.32,3.60]	0.74 [0.43,1.28]	4.83 [2.19,10.64]	1.31 [0.63,2.72]	3.28 [0.70,15.48]

Melléklet IX. A felmérést megelőző évben az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel és az egészségbiztosítás, a szubjektív egészségi állapot, a krónikus betegség(ek), a dohányzás és a fizikai aktivitás közötti összefüggések a roma és nem roma nők körében országonként.

Magyarország		Roma		χ^2	p	Φ	Nem Roma		χ^2	p	Φ
		Részvétel egészségügyi szűrésen					Részvétel egészségügyi szűrésen				
		igen	nemNo				igen	nem			
Egészség biztosítás	igen	58.4(167)	41.6(119)	2.535	0.152	0.09	69.1(183)	30.9(82)	1.309	0.295	0.07
	nem	44.4(16)	55.6(20)				58.6(17)	41.4(12)			
Krónikus betegség(ek)	igen	54.5(90)	45.5(75)	0.721	0.431	0.05	69.2(148)	30.8(66)	0.463	0.574	0.04
	nem	59.2(93)	40.8(64)				65.0(52)	35.0(28)			
Egészségi állapot	egészséges	62.0(129)	38.0(79)	6.443	0.013	0.14	70.4(119)	29.6(50)	1.041	0.315	0.06
	beteg	47.4(54)	52.6(60)				64.8(81)	35.2(44)			
Dohányzás	igen	51.6(99)	48.4(93)	5.383	0.022	0.13	62.0(44)	38.0(27)	1.578	0.243	0.07
	nem	64.6(84)	35.4(46)				70.0(156)	30.0(67)			
Fizikai aktivitás	aktív	61.7(66)	38.3(41)	1.536	0.234	0.07	68.9(84)	31.1(38)	0.065	0.899	0.02
	inaktív	54.4(117)	45.6(98)				67.4(116)	32.6(56)			
Románia		Roma		χ^2	p	Φ	Nem Roma		χ^2	p	Φ
		Részvétel egészségügyi szűrésen					Részvétel egészségügyi szűrésen				
		igen	nem				igen	nem			
Egészség biztosítás	igen	34.0(34)	66.0(66)	6.079	0.019	0.15	31.6(50)	68.4(108)	2.540	0.156	0.12
	nem	20.3(32)	79.7(126)				16.0(4)	84.0(21)			
	igen	24.0(23)	76.0(73)	0.212	0.768	0.03	32.4(34)	67.6(71)	0.977	0.413	0.07

Krónikus betegség(ek)	nem	26.5(43)	73.5(119)				25.6(20)	74.4(58)			
Egészségi állapot	egészséges	31.9(53)	68.1(113)	9.849	0.002	0.20	33.3(35)	66.7(70)	1.733	0.195	0.10
	beteg	14.1(13)	85.9(79)				24.4(19)	75.6(59)			
Dohányzás	igen	24.8(39)	75.2(118)	0.116	0.771	0.02	26.1(12)	73.9(34)	0.346	0.709	0.04
	nem	26.7(27)	73.3(74)				30.7(42)	69.3(95)			
Fizikai aktivitás	aktív	24.0(18)	76.0(57)	0.139	0.755	0.02	41.7(25)	58.3(35)	6.344	0.016	0.19
	inaktív	26.2(48)	73.8(135)				23.6(29)	76.4(94)			
		Roma					Nem Roma				
Szlovákia		Részvétel egészségügyi szűrésen		χ^2	p	Φ	Részvétel egészségügyi szűrésen		χ^2	p	Φ
		igen	nem				igen	nem			
Egészség	igen	80.2(105)	19.8(26)	20.350	<0.001	0.37	79.7(122)	20.3(31)	2.169	0.224	0.12
biztosítás	nem	26.7(4)	73.3(11)				60.0(6)	40.0(4)			
Krónikus betegség(ek)	igen	76.4(84)	23.6(26)	0.686	0.508	0.07	79.0(98)	21.0(26)	0.078	0.824	0.02
	nem	69.4(25)	30.6(11)				76.9(30)	23.1(9)			
Egészségi állapot	egészséges	81.2(69)	18.8(16)	4.570	0.036	0.18	84.7(72)	15.3(13)	4.021	0.056	0.16
	beteg	65.6(40)	34.4(21)				71.8(56)	28.2(22)			
Dohányzás	igen	54.8(23)	45.2(19)	12.336	0.001	0.29	69.0(20)	31.0(9)	1.913	0.221	0.11
	nem	82.7(86)	17.3(18)				80.6(108)	19.4(26)			
Fizikai aktivitás	aktív	77.8(49)	22.2(14)	0.570	0.565	0.06	82.7(62)	17.3(13)	1.411	0.256	0.09
	inaktív	72.3(60)	27.7(23)				75.0(66)	25.0(22)			

Megjegyzések. Az adatok százalékban és gyakoriságban vannak megadva, χ^2 : chi-négyzet teszt, p: p-érték, Fisher's exact test, Φ : Phi effect size index

Melléklet X. Az általános szűrővizsgálaton történő megjelenést befolyásoló (✓) tényezők (p<0,005) az egyes országok és a roma státusz tekintetében (N=1366)

VIZSGÁLT VÁLTOZÓK	roma			nem roma		
	HU*	RO**	SK***	HU*	RO**	SK***
Egészségbiztosítotti jogviszony	-	✓	✓	-	-	-
Krónikus betegség	✓	✓	✓	-	-	-
Szubjektív egészség	-	-	-	-	-	-
Dohányzás	✓	-	✓	-	-	-
Fizikai aktivitás	-	-	-	-	✓	-

Megjegyzések. * Magyarország, ** Románia, *** Szlovákia

Melléklet XI. A roma és nem roma nők egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételének előrejelzői országonként

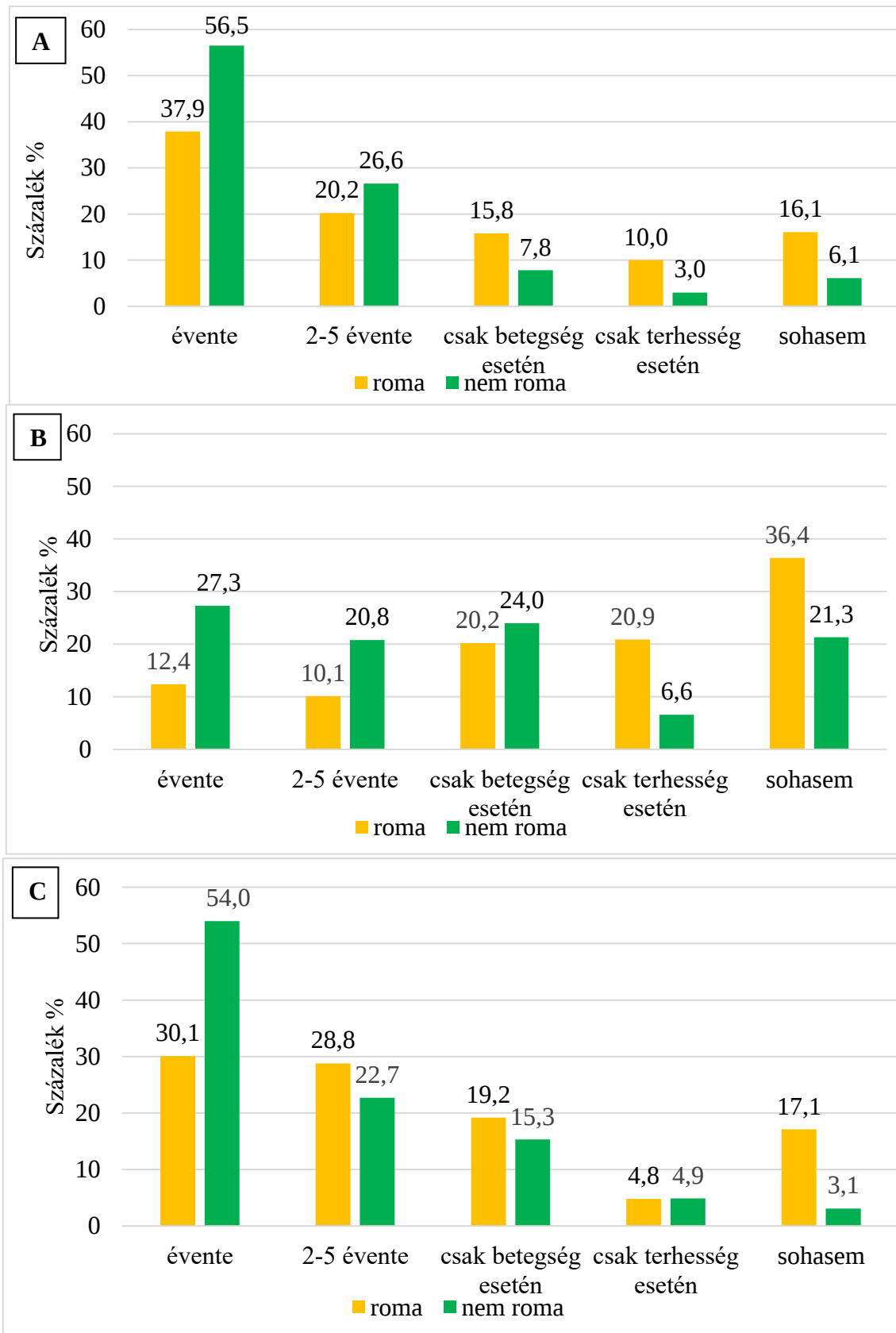
		Magyarország		Románia		Szlovákia	
		Roma	Nem Roma	Roma	Nem Roma	Roma	Nem Roma
		OR [95%CI]		OR [95%CI]		OR[(95%CI]	
Egészség biztosítás	igen	ref	ref	ref	ref	ref	ref
	nem	0.60 [0.29;1.22]	0.64 [0.29;1.42]	0.50 [0.27;0.91]	0.49 [0.15;1.56]	0.09 [0.02;0.36]	0.36 [0.09;1.43]
Krónikus betegség(ek)	igen	1.71 [1.01;2.90]	1.41 [0.83;2.39]	2.87 [1.44;5.72]	1.76 [0.86;3.61]	1.73 [0.72;4.14]	2.52 [1.12;5.66]
	nem	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Egészségi állapot	egészséges	ref	ref	ref	ref	ref	ref
	beteg	1.07 [0.64;1.79]	0.78 [0.43;1.41]	0.93 [0.49;1.74]	0.62 [0.31;1.27]	1.02 [0.36;2.89]	0.82 [0.33;2.01]
Dohányzás	igen	0.57 [0.35;0.91]	0.74 [0.42;1.31]	1.07 [0.58;1.96]	0.96 [0.43;2.11]	0.25 [0.11;0.61]	0.44 [0.17;1.14]
	nem	ref	ref	ref	ref	ref	ref
Fizikai aktivitás	aktív	ref	ref	ref	ref	ref	ref
	inaktív	0.76 [0.47;1.23]	0.96 [0.58;1.59]	1.10 [0.57;2.13]	0.48 [0.25;0.95]	0.70 [0.29;1.68]	0.69 [0.31;1.55]

Melléklet XII. Az etnikai hovatartozás és a nőgyógyászati szűrővizsgálatokon való részvétel, valamint a méhnyakrákszűrés és a HPV elleni oltás fontosságának összefüggései a három országban

Vizsgált változó		Magyarország (n=616)			Románia (n=441)			Szlovákia (n=309)		
		roma (n=322)	nem roma (n=294)	p [ES]	roma (n=258)	nem roma (n=183)	p [ES]	roma (n=146)	nem roma (n=163)	p [ES]
Nőgyógyászati vizsgálat gyakorisága az elmúlt 1 évben (%)	igen	165(51,2)	185(62,9)	p=0,003	82(31,8)	82(44,8)	0,005 [0,11]**	79(54,1)	106(65,0)	0,05
	nem	157(48,8)	109(37,1)	[0,12] **	176(68,2)	101(55,2)		67(45,9)	57(35,0)	[0,11] **
Méhnyakrákszűrés fontossága, M±SD		4,39(1,07)	4,61(0,79)	0,022 [0,23] *	3,34(1,5700)	4,30(1,12)	<0,001 [0,69] *	3,88(1,26)	4,58(0,83)	<0,001 [0,66] *
HPV elleni oltás fontossága M±SD		4,12(1,20)	4,03(1,12)	<0,001 [0,06] *	2,94(1,57)	3,98(1,23)	<0,001 [0,72] *	3,27(1,45)	4,01(1,16)	<0,001 [0,55] *

Megjegyzések. * ES: Hedges' g, ** ES: Cramer's V

Melléklet XIII. A roma és a nem roma lakosság nőgyógyászhoz járási gyakorisága Magyarországon n=616 (A), Romániában n=441 (B) és Szlovákiában n=309 (C) %-ban



Melléklet XIV. A roma és nem roma lakosság összefüggései a női kérdésekben országonként (N=1366)

Vizsgált változó	Magyarország (n=616)			Románia (n=441)			Szlovákia (n=309)		
	roma (n=322)	nem roma (n=294)	p [ES]	roma (n=258)	nem roma (n=183)	p [ES]	roma (n=146)	nem roma (n=163)	p [ES]
Első szexuális aktus M±SD	16,45(2,1)	17,64(2,51)	<0,001 [0,52] *	15,66(2,57)	18,99(3,39)	<0,001 [1,15] *	15,59(2,14)	17,35(3,85)	<0,001 [0,56] *
Terhesség M±SD	4,90(4,67)	3,09(2,63)	<0,001 [0,47] *	7,06(5,14)	3,55(3,48)	<0,001 [0,75] *	3,98(4,01)	2,17(1,14)	<0,001 [0,61] *
Koraszülés M±SD	1,39(0,77)	1,43(1,12)	0,675	1,35(0,79)	1,06(0,25)	0,132	1,19(0,49)	1,00(0,0)	0,365
Abortusz, M±SD	3,24(4,94)	2,30(3,37)	0,023 [0,21] *	4,53(4,43)	2,73(2,75)	<0,001 [0,42] *	2,59(3,58)	1,29(0,86)	0,011[0,42] *
Vetélés, M±SD	2,32(3,52)	1,73(1,18)	0,780	1,65(1,02)	1,87(1,92)	0,604	1,78(1,69)	1,25(1,14)	0,133

Megjegyzések. * ES: Hedges' g,

Melléklet XV. A szexuális egészségtudatosság jelenlétében egyes kimenetek esélyei (N=1366)

SZE1	Roma		Nem roma	
	p	OR [95%CI]	p	OR [95%CI]
	Abortusz	0,036	0,65[0,44;0,97]	0,520
Elmúlt 3 hónapban nemi betegség tünete	0,022	0,60[0,39;0,93]	0,806	1,117[0,46;2,71]
SZE2				
Abortusz	0,005	0,65[0,484;0,88]	0,010	0,54[0,34;0,86]

SZE1	Magyarország		Románia		Szlovákia	
	p	OR [95%CI]	p	OR [95%CI]	p	OR [95%CI]
	Nőgyógyászati panasz	0,99	1,522 [0,94;2,46]	0,045	2,714 [0,83,8,90]	0,609
Abortusz	0,238	0,721 [0,42;0,24]	0,007	0,517 [0,32;0,83]	0,783	0,869 [0,32;2,362]
Elmúlt 3 hónapban nemi betegség tünete	0,871	1,07 [0,49;2,33]	0,323	0,78 [0,47;1,28]	0,042	0,323 [0,11;0,96]
SZE2						
Abortusz	0,001	0,516 [0,36;0,75]	0,001	0,43 [0,92;0,64]	0,452	0,78 [0,40;1,50]

SZE1	Magyarország		Románia		Szlovákia	
	Roma	Nem Roma	Roma	Nem Roma	Roma	Nem Roma
	p; OR [95%CI]	p; OR [95%CI]	p; OR [95%CI]	p; OR [95%CI]	p; OR [95%CI]	p; OR [95%CI]
Nőgyógyászati panasz	0,274 1,98[0,58;6,74]	0,998 -----	0,033 1,99[1,06;3,75]	0,998 -----	0,914 1,09[1,06;3,75]	0,999 -----
SZE2						
Abortusz	0,052 0,63[0,40;1,00]	1,104 0,57[0,29;1,12]	0,610 0,88[0,53;1,46]	0,003 0,30[0,14;0,66]	0,735 0,876[0,41;1,90]	0,319 2,88[0,36;23,02]