

Debreceni Egyetem  
Egészségügyi Kar

Dr. Kósa Zsigmond

# HELYZETKÉP A MAGYARORSZÁGI ROMÁKRÓL



Debreceni Egyetem  
Egészségügyi Kar

**Dr. Kósa Zsigmond**

# HELYZETKÉP A MAGYARORSZÁGI ROMÁKRÓL



Debreceni Egyetemi Kiadó  
Debrecen University Press  
2016

**Szerkesztő:**

Dr. Kósa Zsigmond

**Szerzők:**

Balogh Erzsébet, Dr. habil Dávid Beáta,  
Prof. Dr. Fónai Mihály, Dr. Huszti Éva,  
Dr. Hüse Lajos, Dr. Kósa Zsigmond,  
Lukács Ágnes, Nagy Józsefné,  
R. Dr. Fedor Anita, Rákóczi Ildikó,  
Dr. Sárváry Attila

**Lektorálta:**

Prof. Dr. Fónai Mihály  
Dr. Pénzes Mariann

Minden jog fenntartva.

© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,  
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

ISBN 978 963 318 587 2

Kiadta a Debreceni Egyetemi Kiadó, az 1795-ben alapított  
Magyar Könyvkiadók és Könyvterjesztők Egyesülésének a tagja  
[www.dupress.hu](http://www.dupress.hu)

Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi

Nyomdai munkálatokat

a Debreceni Egyetem sokszorosítóüzeme végezte 2016-ban.

## Tartalom

1. Prof. Dr. Fónai Mihály: Az etnikai identitás kérdései .....	6
1. 1. Bevezetés.....	6
1. 2. Etnikai határok.....	10
1. 3. Ki a cigány? A hazai klasszifikációs vita.....	12
2. Dr. Kósa Zsigmond, Nagy Józsefné: Romák Magyarországon és a kibővült Európában.....	17
2. 1. A hazai roma közösségek kialakulása .....	17
2. 2. A romák csoportjai .....	21
2.3. A roma integrációt segítő intézkedések.....	22
3. R. Fedor Anita–Balogh Erzsébet: A cigány gyerekek szocializációja a szakirodalom tükrében .....	28
3.1. Bevezető .....	28
3. 2. A szocializációról általában, a szocializáció főbb elméleti vonatkozásai.....	29
3. 3. Az etnikai kisebbségekhez tartozó társadalmi csoportok szocializációjának főbb jellemzői .....	32
3. 4. A család szerepe a gyermeknevelésben .....	36
4. Dr. Hüse Lajos: Az iskolai motivációt befolyásoló tényezők kutatása telepi roma családok körében .....	45
4. 1. Bevezetés.....	45
4. 2. A családi háttér .....	48
4. 3. Az iskolával kapcsolatos motiváció.....	49
4. 4. Összefüggések és következtetések.....	52
4. 4. 1. A szülői háttér és az iskolai motiváció összefüggései .....	52
4. 4. 2 A dolgok megbeszélésének kapcsolódása az iskolai motivációhoz.....	53
4. 4. 3. A szülői monitoring fontossága .....	54
4. 4. 4. Az iskolai erőfeszítések támogatása .....	55
4. 4. 5 A vallásosság és az iskolai motiváció összefüggései .....	59
4. 4. 6. Az életcélok és az iskolai motiváció összefüggései.....	61
4. 5. Összegzés.....	62
5. Dr. habil. Dávid Beáta–Dr. Huszti Éva–Lukács Ágnes: A társas kapcsolatok jelentősége a társadalmi integrációban.....	67
5.1 Bevezetés.....	67
5. 2. Elméleti áttekintés.....	68
5. 2. 1 Társadalmi tőke, kapcsolati tőke .....	68
5. 2. 2 A társas támogatást nyújtó személyes kapcsolatháló, a szolidaritás kis körei.....	70
5. 2. 3 A kapcsolathálózat összetétele, struktúrája .....	73
5. 2. 4 A társas kapcsolatok hiánya .....	74

5. 2. 5 A romák személyes kapcsolatainak jellemzői.....	74
5. 3. A Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat hallgatóinak vizsgálata.....	76
5. 3. 1. „... a cigányoknak túl magyar, a magyaroknak túl cigány...” .....	77
5. 3. 2 Régi és új kötések a roma egyetemisták kapcsolathálózatában .....	79
5. 4. Összegzés.....	81
6. Dr. Sárváry Attila, Rákóczi Ildikó: A roma újszülöttek és a roma anyák egészségi állapota és egészségmagatartása .....	87
6. 1. A roma újszülöttek és a roma anyák egészségi állapota Magyarországon .....	87
6. 1. 1 A csecsemőhalandóság jellegzetességei a romák körében .....	87
6. 1. 2 A roma és nem roma újszülöttek születési testtömege és a befolyásoló tényezők vizsgálata .....	88
6.2. A roma újszülöttek és a roma anyák egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban .....	96
6. 2. 1 Az etnicitás szerepe a csecsemőhalálozásban.....	96
6. 2. 2. A roma újszülöttek születési testtömege .....	96
6. 2. 3 A roma anyák egészségmagatartása .....	97
7. Dr. Sárváry Attila: A roma gyermekek egészségi állapota és egészségmagatartása .....	101
7.1 A roma gyermekek egészségi állapota, egészségmagatartása Magyarországon.....	101
7. 1. 1 A roma gyermekek egészségmagatartása .....	101
7. 1. 2. A roma gyermekek egészségi állapota .....	117
7. 1. 3. Egészségügyi ellátás.....	118
7. 2. A roma gyermekek egészségi állapota, egészségmagatartása nemzetközi összehasonlításban .....	118
7. 2. 1. Egészségmagatartás.....	119
7. 2. 2 Szubjektív jóllét.....	120
7. 2. 3 Egészségi állapot.....	121
7. 2. 4 Egészségügyi ellátás.....	122
8. Dr. Kósa Zsigmond: A romák egészségi állapota .....	126
8.1 Nemzetközi és hazai kutatások .....	126
8.2 A telepszerű körülmények között élők egészségmagatartásának felmérése .....	136
9. Nagy Józsefné: A védőnői munka lehetőségei a roma családok egészségkultúrájának fejlesztésében .....	156
9.1. Bevezetés.....	156
9.2 A hátrányos helyzet és a romák .....	158
9.3 A védőnő egészségfejlesztési, nevelési tevékenységének lehetőségei és eszközei.....	160
9.3.1 Családlátogatás.....	160
9.3.2 A védőnői tanácsadás.....	161
9.3.3 A folyamatos egészségnevelés következő pillére: az óvoda .....	163

9.3.4 Az iskolai egészségnevelés .....	164
9.3.5 A tudatformálás a prekonceptcionális gondozásban .....	166
9.4 Családtervezés.....	166
9.5 Az egészségnevelés tartalmi kérdései.....	167
9.6 A védőnő szerepe a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében (emlőszűrés, méhnyak szűrés)..	169
9.7 Közösségi egészségnevelés települési, kistérségi szinten .....	169
9.8 Az egészségterv .....	170
9.9 Összefoglalás .....	172

DUPress

# 1. Az etnikai identitás kérdései

Prof. Dr. Fónai Mihály

## 1. 1. Bevezetés

„Kérdezzük meg azoktól, akiket cigányoknak nevezünk, minek tartják magukat, és ők azt felelik, hogy 'mánus vagy szintó vagyok', 'rom vagyok', 'szintó vagy háló vagyok', 'voájázsőr vagyok'” (Williams, Prónai, 2000 alapján).

Akiket cigányoknak neveznek, egy olyan, kívülről definiált társadalom tagjai, akik nem azonosulnak egymással olyan, átfogó elnevezések révén, mint a cigány, a zsitán, azaz nem jelölik az egy társadalomhoz való tartozásukat – homogén egységként csak a szomszédos népcsoportok képzeletében léteznek, legfeljebb hallgatólagosan elfogadják odatartozásukat ahhoz a csoporthoz, melyhez megkülönböztetésként sorolják őket – hangsúlyozza Formoso (Formoso, 2000: 32). A külső elnevezések megkülönböztető és homogenizáló szerepét emelik ki a cigányok klasszifikációjával, a cigányok etnikai identitásával foglalkozó szerzők. Fraser is azt hangsúlyozza, hogy az a nevük, amit a külvilág aggatott rájuk; cigánynak valakit az életmódja alapján kell tekinteni, függetlenül kulturális, vagy etnikai gyökereitől (Fraser, 2006:13). Az etnicitás fogalmának elemzése előtt lássuk, mit is jelent az *identitás*.

Az identitással összefüggő fogalmak egyike a *személyes identitás*, mely kialakult azonosságtudatot jelent, ennek segítségével kerekedik felül a személy a változásokon, és megteremti a maga alapvető változatlanóságának a fikcióját. Az identitásélmény révén a személy határt von a külső és a belső világ közé, miközben az utóbbit nagyobb mérvű konzisztenciával ruházza fel, és az identitásélmény hatására az én valódinak, igazinak, léttel bírónak észleli magát, és önmaga létéről nyert bizonyosságra elválaszthatatlan a másiktól, az altertől (Csepeli, 1997). A bizonytalanságtól való menekülés szükségét elégíti ki a *társadalmi identitás* által teremtett hovatarozási élmény, melyre a kategorizációs műveletek gyakorolnak hatást. Ide sorolhatók a nemzeti, etnikai, vallási, nemi, generációs és világnézeti kategóriák, melyeket a szocializáció folyamatában sajátítunk el, s ezt követően magától értetődően alkalmazzuk önmagunk és mások társadalmi helyének a megállapítására. Csoportközi helyzetekben a *kategorizáció* racionális megismerési eljárásból irracionális, elfogult osztályozássá válhat, melynek egyik oka, hogy az észlelő maga is csoporttag, így érvényesíti a saját csoport és az idegen csoport közötti különbséget a kategorizációban, beleértve az értékkülönbségek

feltételezését is. E folyamat eredménye a „mi” és „ők” megkülönböztetése, mely a társadalmi nagycsoportok esetében a saját csoport pozitív irányú abszolútizálását, és más csoportok leértékelését eredményező etnocentrizmust alakítja ki. Ebben az értelemben az etnikai identitást olyan társadalmi, csoportidentitásként értelmezhetjük, mely konstruált identitás, lényeges szerepet játszik kialakulásában a saját csoport és a „másik” konstruálása, fontos eleme a kollektivitás, a közös történelem, hagyományok, szokások, a kultúra és a nyelv, alkalmas intenzív érzelmek felkeltésére, azaz egy adott csoporthoz tartozást jelent. Az etnikai identitás felvállalását meghatározza, hogy jár-e, és ha igen, milyen előnyökkel, illetve hátrányokkal az egyénre nézve.

Az *eticitás* az etnikai kisebbségekre vonatkozik, az etnikai identitást és a társadalmi struktúrában elfoglalt helyet jelenti. Külső nézőpontból, a többségi társadalom nézőpontjából, a „másik” meghatározására szolgál, a kizárás, kirekesztés, a hierarchikus viszonyok felépítésének és a határok megtartásának az eszköze. Az *eticitás* belülről az etnikai identitást, a saját identitás felépítését jelenti, a saját határok megrajzolását, annak védő, óvó funkciójával (Neményi, 2000). Az etnikai identitás a szociális identitás része, azt mutatja, mennyire van tudatában a kisebbségi személy a csoport-hovatartozásának, és mennyire elkötelezett saját csoportja etnikai, kulturális örökségével kapcsolatban, milyen ismeretei vannak az adott csoportról. Kialakulása egy fejlődési folyamat eredménye, mely során a többségi társadalom által megkülönböztetett kisebbségi csoportok etnikai identitása a mindennapi tapasztalatok hatására alakul, tapasztalva azokat a korlátozott lehetőségeket, mely során nem fér hozzá olyan szolgáltatásokhoz és gyakorlatokhoz, tevékenységekhez, melyek a többségi társadalom tagjait megilletik (Neményi, 2007: 31).

Az *eticitás* esszencialista, vagy primordiális megközelítése az *eticitást* statikus és természeti jelenségként értelmezik, melyre a nyelv, a leszármazás és a territoriális tényezők gyakorolnak nagy hatást. A szociális konstruktivista értelmezés a kulturális eszközökre helyezi a hangsúlyt, ebben a megközelítésben az *eticitást* kulturális elemek konstruálják, és célja a gazdasági, valamint társadalmi kontroll, e folyamat során nagy szerepet kapnak szimbolikus eszközök, a viták, a csoportpszichológia és a társadalmi határok. (Koulish, 2005:312). Lényeges, hogy a csoport tagjai azonosulnak a csoporttal, azzal azonosítják magukat, elfogadva a csoporthatárok értelmezését is. Az *eticitás* így azoknak az embereknek az ön-észlelésen alapuló inklúziója, akik közös tradíciókat tartanak fenn, melyeket nem osztanak meg másokkal. Az ön-azonosság aktusa ellát a közös eredet, értékek és hitek rendszerével, a túlélés közösen átélt érzésével. Az *eticitás* megtestesíti a célokat, a kulturális jellegzetességeket és a szubjektív ön-azonosságot is.

Az *eticitás* konstrukcionista értelmezései nem fogadják el a primordialiszmus állítását, így pl. azt, hogy egy társadalomba való születésből eleve adódik az összetartozás egy bizonyos módja,



vagy tudata, azaz nem a kulturális tartalom az elsődleges, amelyet egy csoporttal azonosnak vagy egy csoportot reprezentálónak gondolnak, hanem az, ahogyan a kulturális különbségek *társadalmilag szerveződnek* (Feischmidt, 1997:16). A társadalmi identitást konstituáló folyamatok három szinten szerveződnek: mikroszinten az egyéni tapasztalat integrálja az embert ért hatásokat. Mikroszinten a hangsúly azokon a személyeken, interakciókon, eseményeken van, melyek viszonylatában az egyén bizonyos mintákat elfogad, másokat elutasít, így megalkotja társadalmi hovatartozásait. Az etnicitás a mindennapi kapcsolatokban alakul ki két csoport között, akik a kulturális különbség szimbólumain keresztül határolódnak el egymástól – mikroszinten az egyén választási lehetősége a kategóriákból és diskurzusokból. A középszinten szerveződő társadalmi identitás a társadalmi rétegződésből következik, a rétegződés és a ráépülő intézmények reprodukálják az etnikai különbségeket. Ide tartozik az értékes és szűkös erőforrásokért folyó verseny, pl. a munkahelyekért és a lakásokért – e versenyben az egyes csoportok esélyei nem egyformák, vagy a társadalmi csoportok hegemoniája más csoportokhoz képest a közjavakhoz való hozzáférés korlátozásán keresztül. A makroszintű szerveződés az állami és globális diskurzusokat és ideológiákat jelenti, melyek hozzájárulnak az identitás kategóriáinak a létrehozásához, pl. jogok és tilalmak rendszere, és a szimbolikus hatalom. Nem véletlen, hogy az etnikai, kisebbségi identitáspolitika célja a szimbolikus uralom befolyásolása, az identitást alkotó és értékelő elvek feletti rendelkezés.

A társadalmi konstrukció az identitással, a csoport formálódással és a kategorizációval összefüggő probléma és folyamat, a szelekció és a jelentéssel felruházás folyamatát írja le. A csoport a szelektálás során a lehetséges kritériumok közül csak azokat választja ki, melyeket jelentősnek tart. Egy csoport formálódhat olyan, szelektált jellemzők szerint, mint bőrszín, születési hely, vagy vallásos hitek – a gyakorlatban általában nem egy kritériumot választanak, együtt, kombináltan alkalmazzák azokat. A társadalmi konstrukció változást hoz a jelentést adó személyek között, létrehozák a képzet és a sztereotípa terminusait, valamint a keretek és a határok terminusait is, melyekben a sztereotípiák elnyerik jelentésüket. Kialakítják a „másikhoz” való kapcsolatot, azokat az eszméket, elképzeléseket melyek az identitással, a határokkal és reprezentációval, a befogadással és a ki-rekesztéssel függnek össze.

*Az etnikai identitás* társadalmi konstrukciója a különböző csoportok tagjai közötti összeütközéseket is tükrözi, ebben az értelemben a klasszifikációs harcok eredménye is. A kisebbséget ebben az ellenséges viszonyrendszerben megfosztják pozitív önazonosságától. A sztereotípiák, előítélet és a diszkrimináció hatására a kisebbségi csoportok tagjai, így a romák gyakran akarnak szabadulni azonoságuktól, és megpróbálják átlépni a határokat (Csepeli – Simon, 2004).

Az (etnikai) identitás a stigmatizáció, az előítéletek és a sztereotip kategorizáció eredményeképp negatív identitássá alakul, erősödik a rejtőzködés tendenciája, ami végső soron az identitás megtagadásához vezet (Blénesi, 2003). E folyamatok eredményeként alakulhat ki a *kettős identitás*, melynek sajátossága, hogy a mások által alávetett, megvetett és megbélyegzett, nem kívánatos, kellemetlen emberek tudatában vannak saját helyüknek és értéküknek, érzékelve a megvetést is. Az etnikai identitás főbb kategóriái mindezek hatására a következők: *erős etnikai identifikáció*, a tradíciók, a kultúra, a család és a közös eredet, a közös értékek elfogadásával, *kettős kulturális identitás*, a társadalom két etnikai csoportjával való azonosulás, melyek közül az egyik a főáramlat, a másik a saját kulturális csoport, és a *mainstream* társadalommal való azonosulás (Blénes, 2003).

A romák *etnikai identitásának* jellemzője, hogy sok, és komplikált identitáskérdéssel kell szembeülniük. Így pl. a nem romák negatív jellemzőkkel írják le a romákat, míg más tényezők az alacsony társadalmi-gazdasági státusz stigmatizáló hatásával függnek össze. A romák hagyományos világa is felbomlott, így a stabil identitás, melyet a stabil rokonsági rendszerek, a definiált társadalmi szerepek és mítoszok, valamint hitek jellemeznek, is felbomlott, bizonytalanná téve a közösség tagjait és helyüket a világban (Blénesi, 2003).

A romák etnikai identitására jelentős hatást gyakorol a nem romák romaképe; ez utóbbi a romáknak *tulajdonított* rassz jellegű, társadalmi-kulturális „sajátosságokon” alapul, melyek aztán – utólag – a romák azonosítását, illetve lényegük meghatározását szolgálják. A legtöbb esetben a bőrszín az, amely révén eldöntik, hogy valaki roma-e, vagy sem. A bőrszín olyan, genetikusan meghatározott viselkedésre és életmódra utal, amit kulturálisan és társadalmilag *konstruálnak* gondolnak (Kligman, 2001). E tulajdonságok és viselkedésmódok jellegzetes toposzai a következők: „koszosak”, „civilizálatlanok”, „megbízhatatlanok”, „erkölcstelenek”, „tolvajok”, szegények, és azok is maradnak, mert nem végeznek „becsületes munkát”, másokból élnek (koldulás, lopás, szociális segélyek), másképp öltöznek, életvezetésükben nem követik a konvenciókat, azaz: a többitől elkülönülnek, és mások. Az, hogy a romákat hogyan *azonosítják*, nagyon fontos, hisz ennek az eredménye lesz a „*másik*”, egy olyan homogénnek látott csoport, amely egyébként heterogén; a homogénnek látott csoport a cigányok, vagy romák csoportja. A nem romák számára így a cigányok *kollektíven felismerhetővé válnak* etnikai jellegzetességeik, elsősorban *bőrszínük* miatt, vagy a sztereotípiákban elképzelt és stigmatizált *életmódjuk* alapján.

## 1. 2. Etnikai határok

A cigányok, mint *kívülről definiált etnikai csoport* esetében különösen élesen merülnek fel az etnikai határokkal kapcsolatos kérdések, melyek az etnikai identitás meghatározó elemei is. A határokat a saját csoport, és a külső csoport is meghúzza, a külső csoport, a nem cigányok számára a cigányok mint egységes, homogén etnikai csoport jelenik meg, ám a cigányok is a nem cigányokat egységesen kezelik, mint gádzsókat. Ugyanakkor az egyes cigány etnikai csoportok egymás között is meghúzzák a határokat, a saját etnikai csoportot „igazi” cigányként kezelve.

A cigányok és nem cigányok viszonyát gyakran azok a fogalmak és definíciók írják le, amit a másik csoport jellemzésére használnak. A „cigány”, vagy „roma(nish)” az emberek számos, egymástól eltérő csoportjára vonatkozik, akiket együttesen neveznek cigánynak, attól függetlenül, hogy ők hogyan nevezik meg önmagukat; ez felveti a cigányok és egyéb csoportok viszonyát, valamint azt, ahogyan ők saját magukat meghatározzák más cigányokhoz képest. *Sutherland* hangsúlyozza, hogy akiket „cigánynak” neveznek, önmagukat „romaként” határozzák meg, mint a gádzsók ellentétét, a határvonalak az egyéb cigány csoportok, a saját csoport és a gádzsók között húzódnak meg (*Sutherland, 1975*). Ha ezek az emberek nem gádzsók, akkor nem teljesen olyanok, mint ők, és nem teljesen romák, „nem igazi cigányok” – ami azt jelenti, hogy vannak „igazi cigányok”, ami a saját csoportot jelenti.

*Acton* is kiemeli a cigány csoportok önpercepciójának közös pontját, azt, hogy magukat tartják az „igazi” cigányoknak. A saját csoport „igazi” cigányként való meghatározásának egyik oka a védelmi funkció a kívülállókkal szemben: ha megvádolják őket, válaszuk arra vonatkozik, hogy egy igazi cigány nem tesz ilyen dolgot (*Acton, 1974*). *Acton* is hangsúlyozza, hogy a cigányok nem alkotnak homogén csoportot, csoportjuk a legkevesbé egységes, és nehezen meghatározható, csak kívülről, a gádzsók látják őket egységesnek, ezt mutatja az egységes megnevezés is, a gypsy, holott magukat Angliában *travellers*-nek, vagy *Romany*-nak hívják. A *travellers* a legszélesebben használt és befogadó szó, az ön-és csoport azonosságot is kifejezi, az angliai cigányok között.

A *világ kettéosztása* mind a cigányokra, mind a nem cigányokra jellemző. A nem cigányok homogén etnikai csoportnak látják a cigányokat, akik gyakran kényszerűségből fogadják el a nem cigányoknak az ő csoportjukra vonatkozó megnevezését. Ugyanez a helyzet a cigányok nem cigány képével is: homogén közösségként írják le a gádzsókat (gádzsókat, pájókat, dzsordzsiókat), tehát egymás környezetét kölcsönösen homogénnek tekintik, globalizált képeket alakítanak ki, egybeolvasztják a meglévő különbségeket. A cigányok a nem cigányokkal ugyanúgy járnak el, mint velük a nem cigányok: a gádzsó a nem cigányok *külső megnevezése*, azt az érintettek önmagukra nézve nem

használják (Formoso, 2000:32.). Így kialakul a „cigány – gádzsó” szimbolikus ellentéte, melynek az alapja az idegen és letelepült paraszt ellentéte volt.

Piasere az „emberek osztályozásaként” mutatja be a romák kapcsolatát más csoportokkal. A gádzsók és a romák együtt alkotják a „manusát”, az emberek világát. A gádzsók mindazok, akik nem romák; anonim, és ismeretlen csoport, amelyre azonban gazdasági, politikai és szimbolikus értelemben szüksége van a romáknak, hisz gazdaságilag a gádzsóktól, a gadzsikano világtól függenek, mely rendelkezik a fennmaradáshoz szükséges forrásokkal. A romák között megkülönböztetik a „mare romákat” (a mi romáink) és az „aver romákat” (ők). A mare roma a saját csoport, mely a rokonsági kapcsolatokon alapul, az aver romák olyan más csoportok, melyekkel nem áll fenn rokonsági kapcsolat, velük a közvetlen kapcsolatot mellőzik, azokat konkurens csoportként értelmezik, nem tartják figyelemreméltónak őket, és különbséget is tesznek az egyes csoportok (racák) között, egyeseket fontosnak, utánozni valónak, másokat megvetni valónak tartanak (Piasere, 2002).

A romáknak a saját csoportra vonatkozó meghatározása elsődlegességét emeli ki *Williams* is. Azok közül, akiket cigánynak hívunk, soha, senki nem adja a „Ki vagy te” kérdésre a „cigány vagyok” feleletet, mindig a saját csoportra hivatkoznak, márcsak azért is, mert a többi cigány csoportra vonatkozó osztályozásuk viszonylagos, nem is ismerhetik egymást. *Williams* példája a párizsi roma közösség, ahol a közösség minden tagja magát romnak hívja, míg más romák őket rom parizszoszkónak. A párizsi romák, a kelderások más romákat szintónak neveznek, akik magukat manusnak, szintónak, jennisnek, vagy ungarosznak hívják, és akiket a párizsi rom cigányok nem sorolnak a rom cigányok közé (*Williams*, 2005). *Williams* tanulmánya rámutat arra, hogy a cigányok nemcsak a gádzsóktól különböztetik meg magukat, és húzzák meg az etnikai határokat, hanem más cigány etnikai csoportok esetében is érvényesítik a határokat, azaz van a saját csoport (az „igaz cigányok, romák”), más cigány csoportok, és a gádzsók.

*Szuhay Péter* a külső és a belső meghatározás különbségeit a következő módon érzékelteti: „akiket cigányoknak neveznek, akik magukat romának, muzsikusnak vagy beásnak mondják” (*Szuhay*, 2002: 9.) A cigány megnevezést a „cigánynak nevezett csoportok” megnevezéseként értelmezi, mely nem belső népelnevezés, de kényszerűen elfogadott elnevezés lett. Az egyes cigány etnikai csoportok saját használatra, gyakran a többségi társadalom felé is üzenve, rendelkeznek egy önálló népelnevezéssel is. A cigány csoportok kapcsolatát a „parasztokhoz” (gádzsókhöz) fűződő viszony, az érvényesülési stratégiák, az „autentikus cigány” létre vonatkozó vélemények, valamint a többségi társadalom, és politikai, hatalmi intézmények által alakított cigány képhez való viszony alakítja. *Szuhay* a három, hazai cigány csoport között számos, szétválasztó törekvést lát, melyek lényege, hogy megkülönböztessék magukat más cigány etnikai csoportoktól, és elhárítsák a más

csoportokra vonatkozó, de a rá is kiterjesztett minősítéseket. A három csoport, a magyar cigányok, az oláh cigányok és a beások viszonyát a gádzsókhoz való viszony megítélése mellett a saját csoport sikerességének megítélése, és az „igazi rom” identitás és kultúra megőrzése alakítja.

Az etnikai határok, a cigányok és nem cigányok, az egyes cigány csoportok viszonyát érinti *David Mayall* (Mayall, 2004). A „cigány” szó a jelentések széles sorát, az embereknek és életmódjuknak olykor provokatív képét idézi fel a nem cigányokban, a kívülállókban. Ezeknek a képeknek a végpontjait a bűnöző, parazita, fenyegető, veszélyes cigányok, illetve a romantikus, szabadon élő, szabadon szerető, a természetet követő, azzal együtt élő romák jelentik. Ebben a kontextusban fontos az a kérdés, hogy „ki a cigány”, melynek kapcsán arra kell tekintettel lenni, ki és miért kérdezi ezt, hogyan határozzák meg és ábrázolják a cigányokat. Mayall válasza erre a kérdésre az, hogy cigány az, akit az író, vagy beszélő annak gondol („Gypsies are who the writer or speaker thinks they are.”). A „cigányok alternatív arcait”, azaz, hogy hogyan *határozzuk meg* a cigányokat, illetve ők hogyan határozzák meg magukat, Mayall két csoportba sorolja; az első faji „arc”, amikor a hangsúly az „igazi cigányon”, a Romanyn, a „tisztavérű” cigányokon van. Ennek feltétele a kulturális gyakorlat folyamatossága, a jellemző attitűdök és viselkedés, a nyilvánvaló fizikai különbségek, a bőr, a haj és szemszín, a nomadizmus, a vándorlás, az, hogy képtelen a négy fal közötti maradásra. A másik megközelítés, „arc” kombinálja az életmódot az alacsony társadalmi-gazdasági és szociális státusszal, és tipikusan elfogadja a „cigány” címkét. Ebben az esetben nem az eredet és az „idegenség” a meghatározó, hanem a nomád életmód, a nomadizmus ugyanis azonos azzal, hogy „cigánynak lenni azt jelenti, hogy nomádnak lenni”. Ugyancsak meghatározó a történelmi és jelenidejű elnyomás, üldözés és áldozattá válás. Végül soron a cigány „arca” etnikai, kulturális arcként határozható meg, ami *belülről jön, maguk a cigányok határozzák meg így magukat*, hisz a cigány identitás elemei az önfoglalkoztatás, a csoport nyelvének az ismerete, az utazás, vándorlás ideológiája, a viselkedés, a ruha, a tisztasági rituálék, a közösen elfogadott és osztott értékek, ideológiai elkülönülés a cigányok és nem cigányok között (Mayall, 2004: 7).

### **1. 3. Ki a cigány? A hazai klasszifikációs vita**

A cigány, roma kutatások alapkérdése a „*ki a cigány*” kérdése, azaz, kit tekintünk cigánynak, romának, kikre vonatkozzon a kutatásunk, azaz mi az alapsokaság, és kik tartoznak abba. 1997-ben Ladányi János és Szelényi Iván "Ki a cigány"? címmel publikált tanulmányt (Ladányi – Szelényi, 1997), amely a klasszifikáció kérdésével, és több hazai cigánykutatás elemzésével kiterjedt vitát

gerjesztett a hazai romakutatók körében<sup>1</sup>. A szerzők abból indulnak ki, hogy az a kérdés, "ki a cigány", tudományosan megválaszolhatatlan - csak az állapítható meg, hogy egy adott időpontban, valamilyen szempontok alapján, ki tartja magát cigánynak. *Mérhető* az is, hogy a népesség (a kutatók által) kiválasztott csoportja *kit tekint cigánynak*. Arról a kérdésről azonban, hogy egy etnikai csoport "objektíve" mekkora létszámú, az *empirikus társadalomkutatás módszereivel lényegileg semmit sem lehet mondani*. Ladányi és Szelényi szerint az empirikus kutatások a különböző "*klasszifikációs rendszerekről*" szólnak, és a "klasszifikátorokat" jobban jellemzik, mint a "klasszifikáltakat" - azaz, az empirikus társadalomtudományi kutatások objektuma nem maga az etnikum, hanem az *etnikai klasszifikációs rendszer* (Ladányi – Szelényi, 1997). Ezzel függ össze egy etnikai csoport önminősítésének a kérdése, amit a kutatók rendszerint megbízhatatlannak tekintenek, és a klasszifikációt az önminősítés mellett, vagy helyett kérdezőbiztosokra, vagy közigazgatási, szociális, oktatási szakemberekre bízják. A "klasszifikáció" e sajátosságaiból következik az, hogy pl. a cigányok számára és arányára vonatkozó kutatások egymástól lényegesen eltérő adatokat közölnek a cigány népesség becsült arányára. Ennek illusztrálására Ladányi és Szelényi öt hazai cigánykutatás mintavételi eljárását, a klasszifikáció módját, és a kutatások eredményeit elemzi. A szerzők a cigánykutatások neuralgikus területeként értelmezik a cigány - nem cigány besorolás bizonytalanságait, pl. az etnikailag vegyes házasságok, vagy az "átmeneti életvitelű" egyének és csoportok esetében. Ezek az esetlegességek és klasszifikációs problémák szerintük azt jelentik, hogy a minősítést végzők, többnyire a kérdezőbiztosok az *integráltság eltérő fokait minősítik*. Mindezek eredményeként a cigány - nem cigány népesség nem alkot egyértelműen definiálható és egymást kölcsönösen kizáró csoportot.

Ladányi és Szelényi írására Havas Gábor, Kemény István és Kertesi Gábor több válaszcikkben reagált, melyekre újabb válaszcikkek születtek. E reagálások a Ladányi-Szelényi szerzőpáros tudásszociológiai problémafelvetését a *relativizálás* eseteként értékelték. Bírálatukat Szelényiekhez hasonlóan szimbolikusan is megfogalmazták, amikor a "relatív cigányról" beszélnek a klasszifikációs küzdőtéren. Kertesi pedig a szerzők "lehetetlenségi tételéről" ír, amely szerint a nagyszámú definíció miatt nem lehet megmérni a cigány lakosság lélekszámát. Keményék a vita során a saját klasszifikációs nézőpontjukat argumentálják igen részletesen, Kertesi önálló tanulmánya pl. kifejezetten a klasszifikációnak a mintaválasztásra gyakorolt hatását, és a mintaválasztással összefüggő problémáit taglalja. Keményék lényegesnek tartják, hogy a vita során hivatkozott és a vitázók által részletesen bemutatott öt romakutatás során az ő kutatásuk célja lényegesen eltért a többitől, hisz ők a cigánynak nevezett emberek társadalmi helyzetét vizsgálták olyan társadalmi közegben, amelyben

---

<sup>1</sup> A vita összefoglalása: Cigánynak születni. Tanulmányok, dokumentumok (Szerk.: Horváth Ágota, Landau Edit, Szalai Júlia). Aktív Társadalom Alapítvány, Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2000.

a magát *nem cigánynak* tekintő többségi társadalom tagjai határozottan megkülönböztetik magukat azoktól, akiket cigánynak tekintenek (Havas – Kemény – Kertesi, 1998). Ehhez támpont azon emberek ítélete, akik *rendszeres kapcsolatban* állnak cigányokkal, azaz kapcsolatuk nem alkalmi, mint a kérdezőbiztosoké. Hasonlóan érvel Kertesi is, amikor azt emeli ki, hogy a cigány népesség lehatárolásához azoknak az ítélete nyújt támpontot, akik mindennapi életük során rendszeresen érintkezésben állnak, egy közösségben élnek cigány (általuk cigánynak tekintett) emberekkel (Kertesi, 1998). E megközelítés az interakció - tétellel bíró vélekedés - kommunikációval terjedő véleményelemekből épül fel, ami Kertesi szerint is kizárja az "alkalmi kérdezőbiztosok" klasszifikációján alapuló cigánykutatókat.

Az 1998-as klasszifikációs vita a hazai romakutatások alapkérdéseiről szólt: a klasszifikációról, annak elveiről, és magáról a kutatásról, a mérésről. Ladányi és Szelényi az etnikai kutatások alapproblémájára hívta fel a figyelmet, ezzel a hazai romakutatások klasszifikációs "tervezésére" gyakoroltak jelentős hatást. Keményék a korrekten tervezett romakutatások klasszifikációjára, és mintaválasztási módjára gyakoroltak meghatározó hatást, így pl. Kemény István 1971-es, majd az MTA Szociológiai Intézete 1993-94-es kutatása nyomán a hazai romakutatók meghatározó része elfogadta a "cigány az, akit nem cigány környezete annak tart" klasszifikációs elvet.

A vitához részlegesen kapcsolódva Hablicsek László szemléletesen foglalja össze a cigányság statisztikai meghatározására, a nem-roma népességtől való megkülönböztetésére alkalmazott módszereket (azaz, klasszifikációs elveket - a szerzők). Eszerint lehet szólni 1) cigány *anyanyelvű* népességcsoportról, 2) cigány *nemzetiségű* résznépességről - ezek az információk általában csak *önbevallásból* származhatnak. Lehet - de csak szigorúan statisztikai célokra, egyének megkülönböztetésére nem - valakiket cigánynak minősíteni: 3) statisztikai adatfelvétel során a *kérdezőbiztos véleménye* alapján, vagy 4) az illető egyének, háztartások *lakókörnyezetének véleménye* alapján. Mindkét esetben a minősítés történhet a kérdezettel együttműködve, vagyis rákérdezve, hogy ez a minősítés elfogadható-e számára (Hablicsek, 2000: 244.)

## Irodalomjegyzék

- Acton T.: Gypsy politics and social change. The development of ethnic ideology and pressure politics among British gypsies from Victorians reformism to Romany nationalism. London and Boston: Routledge & Kegan Paul, 1974
- Blénesi Éva: Processes of Formation of Roma Identity in East Central Europe. In Salo, Sheila and Csaba Prónai ed: *Ethnic Identities in Dynamic Perspective. Proceedings of the 2002. Annual Meeting of the Gypsy Lore Society*. Budapest: Gondolat, Roma Research Group, Ethnic and National Minority Studies Institute, Hungarian Academy of Sciences, 203-209.
- Feischmidt Margit (szerk.): *Multikulturalizmus*. Osiris Kiadó – Láthatatlan Kollégium, Budapest, 1997
- Formoso B.: Cigányok és letelepültek. In Prónai Csaba szerk.: *Cigányok Európában 1. Nyugat-Európa. Kulturális antropológiai tanulmányok*. Válogatás Bernard Formosos, Patrick Willimas, Leonardo Piasere tanulmányaiból. Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2000., 29-180.
- Fraser, Sir Angus: *A cigányok*. Osiris Budapest, 2006.
- Hablicsek László: Kísérlet a roma népesség előreszámítására 2050-ig. In Horváth Ágnes – Landau Edit – Szalai Júlia szerk.: *Cigánynak születni. Tanulmányok, dokumentumok*. Aktív Társadalom Alapítvány, Új Mandátum Könyvkiadó. Budapest, 2000. 243-275.
- Havas Gábor – Kemény István – Kertesi Gábor: A relatív cigány a klasszifikációs küzdelemben. *Kritika*, 1998, 3. 31-33.
- Kertesi Gábor: Az empirikus cigánykutatások lehetőségéről. *Replika*, 1998. 29: 201-224.
- Kligman, G.: A „mátság” társadalmi felépítése: a „roma” azonosítása a poszt szocialista közösségekben. *Szociológiai Szemle*, 2001. 4: 66-84.
- Koulis R.: Hungarian Roma Attitudes on Minority Rights. The Symbolic Violence of Ethnic Identification. *Europe-Asia Studies*, 2005. 2: 331-326.
- Ladányi János – Szelényi Iván: Ki a cigány? *Kritika*: 1997. 2.
- Mayall D.: Gypsy Identities 1500-2000. From Egipcians and Moon-men to the Ethnic Romany. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group. 2004.



- Neményi Mária: Az egészségre ható tényezők strukturális, etnikai és kulturális összefüggései. MTA Doktori disszertáció. Budapest: MTA Kézirattár. 2000.
- Neményi Mária: Serdülő roma gyerekek identitás-stratégiái. *Educatio*, 2007. 1: 84-98.
- Piasere L.: In Prónai Csaba szerk.: *Cigányok Európában 2. Olaszország*. Válogatás Jane Dick Zatta, Leonardo Piasere, Francesca Manna, Elisabeth Tauber, Paola Trevisan tanulmányaiból. Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2002. 213-382.
- Prónai Csaba (szerk.): *Cigányok Európában. Nyugat-Európa*. Válogatás Bernard Formoso, Patrick Williams, Leonardo Piasere tanulmányaiból. Új Mandátum Kiadó. Budapest, 2002a.
- Sutherland A.: *Gypsies. The Hidden Americans*. Tavistock Publications. London, 1975.
- Szuhay Péter: Akiket cigányoknak neveznek: akik magukat romának, muzsikusnak vagy beásnak mondják. In Reisz Terézia – Andor Mihály szerk.: *A cigánység társadalomismerete. Iskolakultúra Könyvek 13*. Pécs: Iskolakultúra, 2002. 9-32.
- Williams P.: *Cigány házasság. Cigányok Európában 3*. Franciaország. szerk.: Prónai Csaba. L'Harmattan – Új Mandátum Kiadó – MTA ENKI, Budapest, 2005.

## 2. Romák Magyarországon és a kibővült Európában

Dr. Kósa Zsigmond, Nagy Józsefné

### 2. 1. A hazai roma közösségek kialakulása

A romák, vagy más néven cigányok Európa olyan egyedülálló kisebbsége, amelynek nincs történelmi értelemben vett elismert anyaországa. Eredetük is nagymértékben vitatott, mivel csak a nyelvi gyökerek és a kis számú történelmi feljegyzések utalnak arra, hogy Európába Perzsián és a Kaukázuson keresztül vándoroltak be a IX. és a XIV. század között Észak- Indiából. Az első írásos feljegyzések a romák közép és kelet-európai jelenlétéről a XII. századból származnak (Crowe 2006). Magyarországi jelenlétüket Zsigmond király egy menlevele említi először. A romáknak számos alcsoportjuk van, melyet a nyelvük, foglalkozásuk és a vallásuk határoz meg.

A török hódoltság idején (1526-1686) a magyarok oldalán vettek részt a küzdelmekben, főleg, mint fegyverkészítők és fegyverjavítók, de a nagy távolságokat bejáró karavánok fontos szolgálatokat tettek a végvárok közötti hírek, üzenetek közvetítésében is.

A Rákóczi szabadságharcban is részt vettek. A fejedelem rendelkezése alapján a cigányok élére vajdákat neveztek ki, akiknek engedelmességgel tartoztak a többiek. A cigányok bizonyos csoportjai vándorló életmódot folytattak, egyes csoportjaik letelepedtek, de szokásaikat és viselkedésüket a letelepedést követően részben megtartották. A letelepedettek a városok-falvak igényeit kielégítő foglalkozások voltak jellemzőek. Nagyobb arányú betelepülés csak a hódoltság után, a XVIII. században következett be, a felvilágosult abszolutizmus korában, amikor is Mária Terézia intézkedései nyomán szisztematikusan jöttek a romák főleg az Alföld térségébe. Újabb és újabb hullámban érkeztek ún. oláh cigány népcsoportok Havasalföldről, Moldvából. A királynő elképzelése az volt, hogy a török hódoltság következtében kipusztult vagy elmenekült magyar lakosság helyére telepíti a romákat, A négy dekrétum, amit Mária Terézia adott ki a cigányok letelepedésére és a beolvasztása többnyire meghiúsult. A cigányok átnevelése, és felügyelet alá vonása volt a cél. II. József, az uralkodónő fia folytatta anyja terveinek a megvalósítását (megkísérelték a cigányprobléma globális és általános szabályozását) az 59 pontos "Hautregulaiót" rendeletével a magyarországi és erdélyi cigányok helyzetét szabályozta. Mária Terézia és II. József asszimilációs rendeletei megtiltották számukra az egymás közötti házasságot, a gyerekeiket paraszti családoknak adták, megtiltották a vándorlást, elvették lovaikat, megtiltották a népviselet, a nyelv, a zene, a roma népvégek használatát.

A törvények és a szigorú intézkedések, melyek nem csak a cigányokra vonatkoztak, a közbiztonság javítását igyekeztek szolgálni akkor, amikor különböző időben érkező és már többféle cigány csoport élt Magyarországon. A bevezetett rendeletek, és II. József főherceg törekvései a céljukat nem érték el (a cigányok teljes letelepítéséhez és átneveléséhez). Az 1848-49-es forradalom és szabadságharcban a cigányok újra a magyarok oldalán vettek részt. Az eltelt évtizedek a politikai zavargások időszaka elterelte a cigány problémáról a figyelmet.

Az 1900-as évek nagy társadalmi változásai, átrendeződései társadalmi feszültségeket is keltek, melyek során még inkább felerősödött a cigányokkal szembeni negatív közvélekedés, de fellelhető az etnikai tolerancia és az elfogadási készség is. A XIX. század végéig foglalkozásaikkal (zenész, vályogvető, fémműves, teknővájó, kereskedő, közvetítő) a magyar társadalomnak döntően a paraszti-kézműves ipari rétegihez kapcsolódtak. Az ipari forradalom nyomán kialakuló tömegtermelés ezt a hagyományos kapcsolatot megszüntette, feleslegessé tette. Az I. világháború, az azt követő békeszerződések és területvesztés, majd a II. világháború során az országot ért megrázkódtatások minden esetben érintették a cigány lakosságot is. *Roma Holokauszt* a cigányok koncentrációs táborba hurcolt tízezrek közül csak kevesen maradtak életben. A II. világháború előtt különösen a '30-as évek elejétől romlott a romák gazdasági helyzete. Nagy csoportok elszegényedtek, sokan megélték az éhezést, nélkülözést. Gyermekek és felnőttek alultápláltakká váltak, betegséggel szembeni ellenállásuk csökkent.

A II. világháború után, új politikai rendszer reformokat vezetett be, a cigányokat élőszködőnek tartották, akik illegális, vagy alkalmi munkából tartják fenn magukat. Üldöztetésük a kommunista rendszerben sem szűnt meg. Az 1945 utáni a cigánykérdést „réteg”, illetve „szociális” problémaként kezelték. A földosztásból a cigányok csaknem teljes egészében kimaradtak. A megélhetési, elhelyezkedési lehetőségek lakóhelyüktől távol eső nagyobb ipari és építkezési centrumok felé vonzották a munkaképes felnőtt lakosságot. A szocialista iparosítás és a teljes foglalkoztatottság sok munkaképes cigány embernek biztosított munkát. Az alacsony iskolai végzettség csak alacsony jövedelmi és társadalmi státusz elérését tette lehetővé.

Életmódjukban változás következett be, nagyrésztük letelepedett, elsősorban a nagyvárosok felé vették az irányt. Az 50-60-as években tűnt fel a hatóságoknak a romák katasztrofálisnak ítélt anyagi, gazdasági és egészségügyi helyzete, mikor is az ország lakosságának életszínvonala emelkedni kezdett. Az Egészségügyi Minisztérium 1955-ben a cigány lakosság helyzetének megjavítására tervet készített, melyben a cigánytelepek helyzete (szociális, kulturális, gazdasági, pénzügyi, rendészeti) mint összetett probléma feltárásra került és a probléma halmaz megoldására feladatokat fogalmaztak meg. Az 1960-as években a társadalmi felzárkóztatást a teljes asszimiláci-

óval kívánták végrehajtani. A cigányok kultúráját nem tartották haladó szellemiségűnek, azt gondolták leghasznosabb túllépni rajta. Helyzetük javulni kezdett: a gyerekek maradéktalanul megkapták a védőoltásokat, megkezdték a nyomortelepek fölszámolását, egyre többen vállaltak és kaptak munkát. Jó ütemű volt az óvodáztatás és az iskoláztatás. Az eddig éhezők elfogadható élelemhez jutottak, körülményeik javultak, lassan megindult a társadalmi felemelkedés.

A rendszerváltással a cigányság elnyerte nemzetiségi státuszát, nyíltan beszélhettek a problémákról és vállalhatták roma identitásukat. Kultúrájuk, nyelvi helyzetük fejlesztésére is lehetőségek nyíltak. A gazdasági élet területén a cigányság egyike a rendszerváltás nagy veszteségeinek is, mivel legnagyobb részük kiszorult a munkaerőpiacról, megnövekedtek a jövedelmi különbségek a roma és nem roma népesség között. Ezeknél a családoknál nemcsak az alulképzettség, a munkanélküliség, a rossz jövedelmi viszonyok, a szegénység a meghatározó tényező, hanem a települési hátrányok, rossz lakásviszonyok, a magas eltartottak száma, valamint sújtja őket az előítéletről adódó rejtett vagy nyílt diszkrimináció is. Egy tanulmány megfogalmazása alapján „ők alkotják a magyar társadalomnak a szegénység által leginkább veszélyeztetett részét, és egyben minden bizonnyal ők a rendszerváltás legnagyobb vesztesei. A biztató jelek a visszájára fordultak a rendszerváltást követő évtizedekben. Az utóbbi időben újabb szegényedési hullám vette kezdetét. Nő a telepek lakóinak száma, zsúfolt házakban élnek, életminőségük romlik. A szegények” testileg és szellemileg is alultápláltak”. Egyre nagyobb számban ismét felütik fejüket azok a betegségek, melyeket a rossz szociális körülmények indukálnak. Kedvező folyamatok kismértékben megfigyelhetők a rendszerváltás követően a kisebbségi érdekképviselők tekintetében, de az esélyek és lehetőségek tekintetében a cigány családok jelentős részének az élete rosszabbá és kilátástalanabbá vált. A politikai érdekérvényesítés lehetőségét a Nemzeti és Etnikai kisebbségekről szóló 1993. évi LXXVII. törvény megszületése tette lehetővé (ez a törvény ma már hatályát veszítette). A romák által létrehozott egyesületek, szervezetek sora kiemelkedő számot mutat, ezek az új szervezetek egyre hatékonyabban érvényesítik a kollektív kisebbségi jogokat. Ilyen szervezet például a Phralipe, a Roma Polgárjogi Alapítvány, az Ariadne Egyesület, az Amalipe, a Roma Parlament és a Lungo Drom. Fontos esemény volt a kisebbségi önkormányzatok létrejötte. 1994 decemberében az első kisebbségi önkormányzati választás megtörtént hazánkban, a következő az általános önkormányzati választásokkal egy időben, 1998 októberében és majd azt követően minden önkormányzati választás alkalmával. A cigányság fő törekvésévé vált (1990-es évek második felében) roma származású képviselőket bejuttatni a parlamentbe és a települési önkormányzatokba. Az Országgyűlésben néhány roma képviselő helyet is kapott, Romaügyekért felelős politikai államtitkárság is alakult.

A kisebbségi kérdés megoldása is jelentős szerepet kapott az Európai Unióhoz való csatlakozás feltételként. Születtek új törvények és kormányhatározatok, amelyek a cigányság integrációját, életkörülményeinek javítását tűzték ki célul. Hosszú- és középtávú programok hoztak kis előrelépést, de nem oldották meg az élethelyzet javítását és az égető problémákat. A programok megvalósulását követően kevés pozitív jel megfigyelhető, de ez kevés és sokkal többre lenne szükség a cigányok mindennapi problémáinak a kezelésre.

A roma népesség számának, illetve egy adott országon belüli arányának megítélésében jelentős eltérések mutatkoznak meg. Hivatalosan elfogadott az a kritérium, mely szerint romának nevezik azokat az embercsoportokat, amelyek a roma nyelvet beszélik és/vagy közös etnikai identitással, kultúrával és történelemmel rendelkeznek. A népszámlálási adatok alapján a roma származás vállalása, s még inkább a cigány anyanyelv ismerete igen alacsony szintű, ezért a különböző becslések alkalmazása elfogadott. A „jó helyismerettel rendelkező számlálóbiztosok” az életvitel alapján osztályozzák a háztartásokat, így a „roma életvitelű háztartásban” élőket tekintik roma származásúaknak. Egy másik – etikai szempontból vitatható – megközelítés alapja, hogy a nem roma környezet romának tekinti-e az adott személyt. Magyarországon a cigányság kutatásával foglalkozó szociológus kutatók elfogadottnak tartják, hogy a roma származás megítélése a környezet meghatározásán alapul, melynek alapvető kritériuma az életvitel és a társadalmi integráció foka. A roma származás meghatározásának jogi és gyakorlati kérdései jelentősen kihatnak a romák egészségét vizsgáló kutatások hitelességére, összehasonlíthatóságára és relevanciájára. A cigány anyanyelv használata Kemény felmérése alapján igen alacsony, Magyarországon mindössze a roma lakosok egyötödére érvényes. (Kemény, Jankó, Lengyel 2004)

A nyelvi asszimilációt illetően hasonló a helyzet a többi olyan európai országban is, ahol nagyszámú cigányság él (pl. Spanyolországban, valamint a Dél-Franciaországban élő cigányok döntő többsége spanyol, vagy katalán anyanyelvű). A roma lakosság létszámának meghatározása igen jelentős mérési nehézségeket okoz a társadalmi felmérésekben. A hivatalos demográfiai jelentések, felmérések rendszeresen alábecsülik a romák számát, mert sok roma el akarja kerülni a stigmatizációt, s nem vallja magát romának. A becslések alapján a legnagyobb etnikai kisebbséget képviselő romák száma ma Európában 7-9 millióra tehető, amely megegyezik pl. Ausztria teljes népességével.

Az Európai Unió jelenlegi tagállamai közül igen jelentős a roma népesség száma Magyarországon, Szlovákiában, Spanyolországban és Franciaországban; a tagállamok országai közül pedig Romániában és Bulgáriában (Orgovanova 2006; Liegeois, Gheorghe

1995; Gil-Robles 2006). Az egyes országokban a népesség 6-9 %-ra tehető romák részaránya a magas születési arányszám, illetve a többségi populációra jellemző alacsony termékenységi arányszám miatt a közeljövőben várhatóan jelentősen növekedni fog.

## 2. 2. A romák csoportjai

Hagyományaik, kultúrájuk és nyelvhasználatuk alapján hazánkban három nagy csoport különböztethető meg. A magyar cigányok (romungro) csak magyarul beszélnek, részarányuk a legmagasabb, mintegy 70 %. Más, később bevándorolt csoportok – összefüggésben a vándorló életmóddal és a kötöttebb, vérségi társadalom szerveződéssel is – megőrizték eredeti nyelvüket és magyarul is beszélő un. oláh cigányok (romani), arányuk kb. 21 %. A harmadik csoport történetében a nyelvi asszimiláció román nyelvű közegben zajlott le, e csoport tagjai a XVIII-XX. században mint román anyanyelvűek érkeztek Magyarországra, ők az un. románcigányok (beás), arányuk a roma populációban 8-9 %, de a dél-dunántúli közösségekben sokkal magasabb.

Kemény felmérése alapján a romák Magyarország egész területén szétszóródva élnek, de eloszlásuk nem egyenletes. Az északi (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád) és keleti (Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú-Bihar, Békés) régióban él a romák közel 50 %-a. A roma lakosság 71 %-a magyar, 21 %-a cigány, 8 %-a román anyanyelvű. A Környezetvédelmi Minisztérium által támogatott országos felmérés alapján hazánk 19 megyéjében közel 134 000 roma él a feltérképezett 758 telepen. A telepszerű körülmények között élők 33 %-a az észak-alföldi, 32,6 %-a pedig észak-magyarországi régióban található (Kósa, Daragó, Fülöp, Ádány 2002). A telepen élők 76,5 %-a vallotta magát romának.

Magyarországon az 1990-es népszámlálási adatok szerint 142 683 fő vallotta magát cigány nemzetiségűnek, a 2001-es népszámlálás során 190 046, (Kemény, Jankó, Lengyel 2002) a 2001-es népszámlálás során pedig 316 000 fő. Roma csoportok és nem roma kormányzati szervek 400 000 és 500 000 fő közé teszik ezt a számot, néha pedig egyenesen 800 000-re. Kemény és munkatársai 1971-ben, 1993-ban és 2003-ban 2, 2 és 1 %-os reprezentatív mintavétel alapján végeztek becsléseket a magyarországi romák létszámára vonatkozóan. Az 1971-es vizsgálat közel 320 000 főre becsülte a cigány népesség számát. Az 1993-ban elvégzett kutatás szerint 1994. január 1-én 456 646 cigány élt Magyarországon (egy kicsivel kevesebb, mint a lakosság 5 %-a). 24 év alatt tehát a roma lakosság száma 44 %-os növekedést mutat, szemben az összlakosság körében ugyanazon időszak alatt megfigyelt 3-4 %-os fogyásával. A jövőben további eltolódás várható; Kemény az élveszületési arányszámot cigányoknál 28,7-re becsüli, míg az összlakoságnál ez az érték tartósan csökken, és 10 alatt van ezer lakosra számolva. 2003-ban a cigány népesség számát 570 000 főre

becsülték. Előrejelzések alapján a cigány lakosság létszáma 10 év múlva elérheti a 700 000 főt – amely az ország csökkenő lélekszámát figyelembe véve – a lakosság 7 %-át is elérheti.

2011-ben a népszámlálási adatai szerint 315 583-en tartották a nemzetiséghez tartozónak magukat, ez másfélszer magasabb arányt mutat, mint 10 évvel korábban.

A nemek szerinti bontásban a férfiak száma: 159 644 fő, nők száma: 155 939. A cigányokra napjainkban is jellemző a férfi többlet. A nemek arányát vizsgálva a férfiak száma meghaladja a nyers adatok alapján (3705 fővel) a nők létszámát, ez a tendencia fiatalabb korosztályokra jellemző. (A magyar lakosságot vizsgálva a nők száma magasabb a 2001 és a 2011 népszámlálási mutatók szerint.) Ezer férfira jutó nők aránya 977 a roma populációban, a 60-69 éves korcsoportba 151 fővel több a nők száma ezer főre vetítve. 70-79 évesek esetén már 581 fővel több. A 80 évet betöltötték körében 1000 férfira már 2811 nő jut. A korcsoportonkénti bontás vizsgálva a cigány nemzetiséget bevallók körében 2011 népszámlálási adatai alapján a 10-19 éves korosztály a legmagasabb létszámú (68500fő), 0-9 éves korosztály létszáma 1399 fővel kevesebb a legmagasabb létszámú 10-19 éveseknél..

0-30 éves korosztály az összes roma lakosság 59,6%-a, az idősek aránya (a 60éven feletti romák) alacsony, viszonyítva a populáció számához csak 4,6%. A hazai átlag ehhez képest 23,5% a 60 éven felüli lakosságot tekintve.

A területi eloszlás nagyon eltérő népesség számot mutat, kiegyensúlyozatlan a megyei eloszlás. A legnagyobb arányban Borsod-Abaúj-Zemplén (58 376fő) és Szabolcs-Szatmár-Bereg (44 738fő) megyében élnek a 2011 évi népszámlálási adatok alapján. A legkevesebben Győr-Moson-Sopron megyében vallották be a számlálóbiztosoknak a roma nemzetiségüket (2 685fő). Régiós bontásban vizsgálva az arányokat legtöbben Észak-Magyarországon élnek ez a közel 30%-a a roma közösségnek. Ehhez az értékhez (26%) közelít Észak-Alföld cigány lakossága. A legkevesebb roma ember a Nyugat–Dunántúlon él.

### **2.3. A roma integrációt segítő intézkedések**

A roma közösségekre jellemző a szegénység, a munkanélküliség, valamint az alacsony iskolai végzettség magas szintje; egészségi állapotuk igen kedvezőtlen. Az ENSZ fejlesztési programjának (United Nations Development Programme – UNDP) tanulmánya alapján a közép és kelet-európai térség cigányságának születési rátái magasabbak, mint a többséget alkotó populációé (ENSZ Fejlesztési Programja 2002). A romák öregedési indexe 15 (100 emberből nem egészen 15 fő a 65 évnél idősebbek száma). A roma népesség magas aránya a fiatalabb korcsoportokban, és az

alacsony iskolázottság azt eredményezhetik, hogy 10-15 év múlva gyakorlatilag foglalkoztathatatlan lesz a térség országai munkaerőpiacának jelentős része.

Az emberi jogok és a társadalmi igazságosság fokozott érvényesítésének igénye; a gazdasági növekedés és a fenntartható fejlődés szükségessége a bővülő Európai Unióban mind nemzetközi, mind nemzeti szinten az érdeklődés középpontjába helyezi a roma kisebbség helyzetét. A lehetőségek kiszélesítésére irányuló erőfeszítések különösen a szegregálódott, részben a kényszerből az aszimilációt választó roma közösség esetében igen fontos valamennyi politikai csoport számára. Az integráció elősegítése érdekében fel kell ajánlani a kirekesztett és lecsúszott közösségeknek a felemelkedést, illetve a függőségtől való megszabadulás lehetőségét és felelősségét. Ezen célok elérése érdekében az UNDP, a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (International Labour Organization – ILO), a Világbank (World Bank – WB), az Európai Bizottsági és Együttműködési Szervezet (Organization for Security and Co-operation in Europe – OSCE), a Nyílt Társadalom Intézet (Open Society Institute – OSI), az Európai Unió (European Union – EU), az Európai Roma Jogok Központja (European Roma Rights Center – ERRC) és más roma civil szervezetek tanulmányokat készítettek és programokat fogalmaztak meg (Ringold, Orenstein, Wilkens 2003) A szegénység, a képzetlenség és a munkanélküliség okozta egészségi problémák ismerete, az egészségi állapotban jelentkező hátrányok egyértelmű bemutatása igen fontos annak érdekében, hogy az egészségügy területén is megfogalmazódjanak a roma lakosság helyzetét javító programok.

Az 1993-ban elfogadott, a nemzeti és etnikai kisebbségek jogairól szóló törvény lehetőséget teremtett arra, hogy a romákat valóban partnernek tekintve bevonjuk az őket érintő ügyekbe, így ösztönözve részükről az aktivitást és a felelősségvállalást. Az új nemzetiségi törvény ezeket a jogokat kiterjeszti és megerősíti (parlamentari képviselő). Az utolsó önkormányzati választásokkal egy időben megtartott kisebbségi választáson több mint 130 ezer roma regisztrált önkéntesen, és szerzett választási jogosultságot (az összes kisebbségi választó 58%-a). Ők, több mint 6 ezer helyi képviselőt választottak, akik megválasztották a 20 területi (megyei és Budapest) roma kisebbségi önkormányzatot, valamint az Országos Roma Önkormányzatot. Ennek elnökével, Farkas Flóriánnal a Kormány nevében Orbán Viktor miniszterelnök 2011. májusában aláírt egy „Keretmegállapodást”, mely konkrét vállalásokat rögzít a romákat érintő legfontosabb kérdésekben. Ez a legmagasabb szinten aláírt dokumentum egyrészt jelzi a többségi, nem-roma magyar társadalom felé a Kormány elköteleződését a romák felzárkóztatására, másrészt azt üzeni Magyarországnak legnagyobb etnikai kisebbségének (az új Alkotmány szerint „nemzetiség”), hogy számíthatnak a partneri együttműködésre.



A Kormány programjának „A cigányság körülményeinek javítása, társadalmi beilleszkedésének elősegítése” című fejezetében célként határozta meg, hogy a cigányság problémáit nemzeti ügyként, s nem pusztán szegénypolitikaként kezeli. Ennek érdekében – igazodva a Nemzeti Roma Stratégiák 2020-ig tartó Unió keretrendszeréhez – a Kormány célja 10 éves időtávtalban meghatározni a szegénységben élők, köztük a romák társadalmi és munkaerő-piaci integrációja középtávú kihívásait, céljait és a szükséges beavatkozási irányokat.

(<http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2010658%2020%20INIT>)

A hatékony társadalmi felzárkózást szolgáló programok tervezéséhez és végrehajtásához szükséges a hazai cigányság helyzetének jobbítását szolgáló eddigi programok módszeres áttekintése, és a romák helyzetét érdemben javító cselekvési terv megalkotása is, mely egyszerre céloz meg minden szegénységben élő, de külön nevesíti azokat a módszereket és intézkedéseket, melyek biztosítják a romák valóságos bevonását.

Ennek érdekében a Kormány a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiával egyidejűleg megtárgyalta a Stratégiához kapcsolódó, 2012-2014. évekre vonatkozó kormányzati intézkedési tervet, amely a gyermekek jól-léte, az oktatás, a foglalkoztatás, az egészségügy, a lakhatás, valamint az érintettek bevonása, szemléletformálás és diszkrimináció elleni küzdelem területein határozza meg a konkrét feladatokat, felelősöket és határidőket. (Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia)

Amint a Kormányprogram több helyütt is rámutat, az elmúlt időszakban a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok problémáinak kezelése igen kevés eredményt hozott. Tovább nehezítette a sebezhető társadalmi csoportok helyzetét a gazdasági válság okozta romló munkaerő-piaci helyzet, valamint a szükséges – a szociális rendszereket is érintő – fiskális kiigazító intézkedések. Súlyosbodtak és élesebbé – olykor kifejezetten tragikussá – váltak azok a romákkal kapcsolatos konfliktusok, erőszakos cselekmények is, amelyek az egész magyar társadalmat megrázták és foglalkoztatják.

A szegénység, a társadalmi kohézió ügye – a gazdasági fejlődéssel szoros összefüggésben – az Európai Unió politikájában is egyre hangsúlyosabb. Az Unió 2020-ig megfogalmazott stratégiájában az öt fő cél egyike a szegénység és társadalmi kirekesztődés elleni küzdelem, amelyet a gazdasági, foglalkoztatási politikákkal összhangban kell kezelni. Az uniós stratégia átfogó célja, hogy 20 millióval csökkenjen a szegénységben vagy társadalmi kirekesztettségben élők száma. Magyarország ehhez kapcsolódó vállalása mintegy félmillió ember kísérete a szegénységből.

A magyar uniós elnökség jelentős sikere hozzájárult az uniós roma keretstratégia kialakításához. Az Európai Tanács 2011. június 24-én megerősítette az érintett szektorális tanácsban május 19-én elfogadott tanácsi következtetéseket a nemzeti romaintegrációs stratégiák uniós keretrendszeréről, s

ezzel a tagállamok elkötelezték magukat a részvétel mellett a keretstratégiában. Ennek nyomán a tagállamoknak el kellett készíteniük, illetve felül kellett vizsgálniuk a romák integrációját célzó nemzeti stratégiájukat, és azt 2011. december végéig be kell nyújtaniuk a Bizottságnak, s nem pusztán szegénypolitikaként kezeli. Ennek érdekében – igazodva a Nemzeti Roma Stratégiák 2020-ig tartó Uniós keretrendszeréhez – a Kormány célja 10 éves időtávlatban meghatározni a szegénységben élők, köztük a romák társadalmi és munkaerő-piaci integrációja középtávú kihívásait, céljait és a szükséges beavatkozási irányokat.

A hatékony társadalmi felzárkózást szolgáló programok tervezéséhez és végrehajtásához szükséges a hazai cigányság helyzetének jobbítását szolgáló eddigi programok módszeres áttekintése, és a romák helyzetét érdemben javító cselekvési terv megalkotása is, mely egyszerre céloz meg minden szegénységben élő, de külön nevesíti azokat a módszereket és intézkedéseket, melyek biztosítják a romák valóságos bevonását.

A tíz évre szóló stratégia és a hozzá tartozó három éves intézkedési terv közvetlenül kapcsolódik a Magyarország Európai Unió elnökségének egyik fő vállalásaként elfogadott uniós roma keretstratégiához. Az Európai Bizottság 2011. április 5-én bocsátotta ki közleményét „*A nemzeti roma integrációs stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig*” címmel. Az ebben vázolt, uniós roma keretrendszerre reagált a Tanács 2011. május 19-én elfogadott tanácsi következtetéseivel, mellyel a tagállamok elkötelezték magukat a keretstratégiában való részvétel mellett, vagyis hogy 2011 végéig benyújtják az EU Bizottságnak 2020-ig tartó, nemzeti roma integrációs stratégiáikat vagy intézkedési terveiket, melyek kapcsolódnak az Európa 2020 Stratégia foglalkoztatási, oktatási és társadalmi befogadással kapcsolatos prioritásaihoz is. Az e prioritások mentén elfogadott magyar számszerű vállalások – 2020-ra a 20-64 éves korosztály foglalkoztatási rátájának 75 %-ra történő emelése, a korai iskola-elhagyók arányának 10%-ra csökkentése, illetve a szegénységben és társadalmi kirekesztettségben élők számának fél millióval történő csökkentése – az e Stratégiában foglalt beavatkozási irányok követése és céljainak elérése esetén teljesíthetőek csak.

A Stratégiában kiemelt szerepet kap az egészségfejlesztés és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása.

A hátrányos helyzetű társadalmi csoportok egészségvédelme, a megelőzési programok, célzott tájékoztató kampányok alapvetőek mind a munkavállalást érintő készségek, képességek helyreállítása, fenntartása szempontjából, mind a gyermekek iskolai teljesítményét tekintve.

A megelőzés lényegében már a higiéniai neveléssel az óvodában elkezdődik, a szülők partnerként történő bevonásával. Az emberközeli, megértő prevenciós kampányokban a célcsoport közvetlen

tájékoztatására, civil szervezetek bevonásával pedig – személyes minta, pozitív példák bemutatásával, vagy akár motiválással is – ösztönzésére van szükség. A megelőzés másik fontos eleme lehet az egészségtudat erősítése, az egészséges életmódra ösztönzés.

Programokat kell indítani a népegészségügyi szűréseken való részvétel ösztönzésére, aminek egyik eszköze lehet a mobil szűrőállomások hálózatának kiépítése. Az életminőség-javítással, egészségfejlesztéssel kapcsolatos kampányokra van szükség, különös tekintettel a gyermekekre, a szegregált lakókörnyezetben és a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben élőkre, köztük a roma népességre. Kiemelt célcsoport a roma nők köre: őket elsősorban a tudatos családtervezés, a korai terhesség, illetve az egészséges terhességre való felkészülés témáival foglalkozó kampányokkal kell megcélozni. El kell érni továbbá, hogy minden gyerekes család hozzáférjen az egészségügyi ellátásokhoz és birtokában legyen az ellátási rendszerekre és szolgáltatásokra vonatkozó információknak. Kiemelt célcsoportként kell kezelni a 0-3 éves korosztályt.

A programok sikere érdekében fontos a helyi civil szervezetek bevonása a lebonyolításba; a másik oldalról pedig az egészségügyi szakemberek bevonása érzékenyítő tréningekbe. A hozzáférés esélyegyenlőségének és a hatékonyságnak növelése egyaránt megkívánja, hogy a területi és szakmai aránytalanságokat az ellátórendszer fokozatos, a helyi szükségletekhez igazodó átalakításával, megújításával korigálják. A rendszer alapját egyrészt a rutin statisztikai adatgyűjtési rendszerek, másrészt az alapellátásban elvégezhető egyéni szükségletfelmérés adja. Az adatbázisok, kapacitástérképek fejlesztése során figyelemmel kell lenni a felzárkózás politika szempontjaira és célcsoportjaira. Biztosítani kell az egyenlő bánásmódot, az egyenlő egészségügyi szolgáltatást mindenkinek. A szolgáltatásokat elérhető közelségbe kell hozni. Ösztönözni szükséges a helyi, területi és szolgáltatói együttműködés elmélyítését a praxisközösségek, kistérségi alapellátási központok kialakítása, illetve a védőnői hálózat, valamint az otthoni szakápolást, hospice ellátást és szociális gondozást végző önkormányzati, civil és egyházi szervezetek munkájának szorosabb integrációja irányában.

A hátrányos helyzetű családok/nők körében tapasztalható, az átlagosnál gyakoribb művi terhességmegszakítások számának visszaszorítása érdekében ki kell dolgozni a különböző fogamzásgátló eszközök egyénre szabott, rászorultságon alapuló – ingyenes vagy kedvezményes – hozzájutásának módját, amely – az eszköz hatékonyságát növelve – minden esetben a családtervezéssel és fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretbővítéssel együtt valósulna meg.

## Irodalomjegyzék

- A függőségi csapda elkerülése, ENSZ Fejlesztési Programja, Pozsony, 2002.
- An EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020. Council Conclusions 10658/11, <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2010658%202011%20INIT>
- Crowe D. A History of the Gypsies of Eastern Europe and Russia, New York, St. Martin's Griffin, 2006.
- European Commission. Directorate General for Employment and Social Affairs. The situation of Roma in an enlarged European Union. Brussels: Commission of the European Communities, 2004.
- Fraser A. The Gypsies, Blackwell, Oxford, 1995.
- Gil-Robles A. On the human rights situation of the Roma, Sinti and Travellers in Europe. Final report for the Council of Europe, 2006.  
[http://www.coe.int/T/DG3/RomaTravellers/documentation/Education/CommDH\(2006\)1\\_en.asp](http://www.coe.int/T/DG3/RomaTravellers/documentation/Education/CommDH(2006)1_en.asp)  
accessed April 20, 2006.
- Kemény István., Janky Béla, Lengyel Gabriella. A cigányok Magyarországon, 1971-2003. Gondolat Kiadó – MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet, Budapest, 2004.
- Liegeois JP, Gheorghe N. Roma/Gypsies: A European minority. Minority Rights Group International, 1995.
- Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia Budapest 2011 KIM  
<http://romagov.kormany.hu/download/8/e3/20000/Strategia.pdf>
- Orgovanova K. Roma in Slovakia. [The guide to the Slovak Republic.]  
<http://www.slovakia.org/society-roma.htm> accessed March 9, 2006  
<http://www.minorityrights.org/admin/Download/Pdf/Romareport.pdf> accessed April 20, 2005.
- Ringold D, Orenstein MA, Wilkens E. Romák a bővülő Európában Washington DC: World Bank, 2003. <http://Inweb18.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/docbyid/EDF5EC59184222F8C1256D4F0053DA41?Opendocument&Start=1&Count=5>

### 3. A cigány gyerekek szocializációja a szakirodalom tükrében

R. Fedor Anita – Balogh Erzsébet

#### 3.1. Bevezető

Jelen írásunkban a cigány gyerekek szocializációja témakör bemutatását vállaltuk. A szakirodalmi források után kutatva azonban azt tapasztaltuk, hogy a témát körbejáró empirikus alapokon nyugvó elemző munkák száma nem túlságosan bő, ezért a cigány gyerekek szocializációjának bemutatásában elsősorban Forray R. és Hegedűs 1998, 2003 munkáira hivatkozunk. Azonban azt ki kell emelni, hogy a cigánygyerekekkel foglalkozó pedagógiai aspektusú intézményi nevelésre, oktatásra fókuszáló, a gyerek iskolai teljesítményét (kudarcat) bemutató szakirodalom meglehetősen számottevő.

Mindez azt közvetíti a téma iránt érdeklődő kutatók irányába, hogy lassan-lassan eljött az ideje egy hiánypótló a roma családok szocializációs hatásait fókuszba állító empirikus vizsgálat lebonyolítására, melynek segítségével általánosítható eredmények, következtetések vonhatók le az említett témában.

Fentiek értelmében, tanulmányunkban korábbi írások, kutatások eredményeit, tapasztalatait foglaljuk össze. Írásunk első részében általánosságban szólnunk a szocializációról, annak jelentőségéről, megközelítési lehetőségeiről, szintereiről, majd a második részben a cigány gyerekek szocializációja felé irányítjuk a figyelmet. Témánkat több szempontból is fontosnak tartjuk. Egyrészt a szakemberek felhívják a figyelmet arra, hogy a cigány gyerekek iskolai kudarcainak sokrétű okai között igen fontos szerepet játszik a nyelvi hátrány, előítélet, szegregáció mellett az eltérő családi szocializáció, a család és az intézmények közötti rossz viszony (Fejes 2005, Károlyi 2009). Kertesi és Kézdi (1996) szintén amellet érvel, hogy az iskolai nehézségek okai az iskolás kor előtti családi szocializációban, illetve a gyerekek iskolaéretlenségében keresendő (szerzők: mely nagy valószínűséggel szintén kapcsolható az iskoláskor előtti családi szocializációhoz). Mindemellet úgy gondoljuk, hogy a cigány etnikai csoportokkal szembeni előítélet enyhítésében meghatározó jelentőségűek azok az írások melyek ismereteket közölnek – jelen esetben – egy kisebbségi kultúra bizonyos szegmensének jellemzőiről a többségi társadalom felé, hangsúlyozva azt, hogy egymás elfogadásának az alapja, hogy megismerjük és elfogadjuk egymás értékeit, viselkedési formáit.

### 3. 2. A szocializációról általában, a szocializáció főbb elméleti vonatkozásai<sup>2</sup>

A szocializációs folyamat olyan viselkedésrendszer elsajátítása, mely a társadalom működéséhez szükséges, így alapvető szerepe van egy adott társadalom folyamatos fennmaradásában (Vajda és Kósa 2005). A társadalom folyamatos működésének biztosítása mellett a szocializáció további jellemzője, hogy bár a generációk a kultúra által adott keretek közé születnek, azonban viselkedésükkel és visszajelzésükkel ők maguk is alakítják magát a folyamatot (Somlai 1997).

A gyermekek szocializációjához, neveléséhez kapcsolódó érdeklődés egyidős az emberiséggel, azonban a szocializáció fogalma a 19. század végén került a társadalomtudományok szótárába (Somlai 1997). A szocializáció tudományos igényű leírására, magyarázatára a 20. századtól kezdődően került sor, mikor a társadalomtudományok - elsősorban a pszichológia, a kulturális antropológia és a szociológia - e jelenségkör felé irányították figyelmüket (Vajda és Kósa 2005).

A szocializációs folyamat értelmezésekor három szemléletmód különíthető el. Az első, a strukturalista-funkcionalista szociológiát, a tudásszociológia számos változatát, és több pszichológiai és kulturális antropológiai elméletet összefogó *rekonstruktivizmus*. Eszerint a nemzedékek átadják egymásnak a kulturális és szociális mintázatokat. Az egyén (passzívan) elfogadva ezeket, beilleszkedik a társadalom normatív rendjébe. A második szemléletmódhoz tartozó *kritikai irányzatok* (reformpedagógiák, kritikai szociológiai, pszichológiai, antropológiai irányzatok) szerint, a társadalmi beilleszkedés nem természeti adottságok mentén, hanem történelmileg kialakult változó viszonyok között zajlik. A *konstruktivizmus* szemléletmódja azt hangsúlyozza, hogy a társadalmi beilleszkedés folyamatában az egyének nem passzív befogadók, hanem ők maguk is befolyásolják azt (Somlai 1997).

A 19. század végén a szociológia alapkérdései: *Hogyan működik a társadalom? Hogyan lehetséges, hogy egyes individumok saját, egyedi céljaik ellenére együttműködnek, stabil, társas környezetet létrehozva ezáltal? S hogyan lehet, hogy egy közösség túléli azokat, akik tagjai voltak?* (Kozma 1994; Vajda és Kósa 2005). A felvetett kérdéseket a különböző tudományágak szocializációs elméletei válaszolják meg, melyek szinte teljesen egybecsengenek (dolgozatunk tartalmi és terjedelmi korlátai miatt nem térünk ki a szocializációs elméletek teljes körű bemutatására).

---

<sup>2</sup> *A szocializációról általában, a szocializáció főbb elméleti vonatkozásai* című rész R. Fedor Anita (2015): Egyensúlyban? A munkaerő-piaci karriertől a familiarizmusig c. könyvének részét képezi, a téma bővebben kifejtve ugyanott olvasható.

A *szociális tanulás elméletek* szerint a szociális tanulás olyan folyamat, mikor az egyén személyközi interakciók során konkrét és direkt megtapasztalás által új cselekvéstípusokat, viselkedésformákat sajátít el. „A szociális tanulás révén, voltaképpen mások alapos megfigyelésének alapján tanuljuk meg egyfelől a viselkedési szabályokat, normákat és szokásokat, másfelől pedig az azoknak megfelelő konkrét szociális viselkedési formák és készségek egész rendszerét” (Fodor 2008:1). Ilyen értelemben a szocializáció nem más, mint a kulturális értékek és hagyományok fiatalabb nemzedékekre történő áthagyományozásának legfontosabb eszköze (uo). A szociális tanulás fogalmát Miller és Dollárd (1941) használta először, mikor azt vizsgálták, hogy a gyerekek hogyan sajátítják el azokat a viselkedésformákat, melyek a közösség számára kívánatosak. A szociális tanulás elméletének legrészletesebb kidolgozói Bandura és Walkers (1963), akik a szociális tanulás folyamatát a személyiség fejlődésének vonatkozásában tanulmányozták (Andorka 2006).

Cooley (1964) a család, szomszédság és a kortárs csoportok szerepét emelte ki az emberi jólétben, a személyiségfejlődésben. Ezekben az elsődleges csoportokban működő szolidaritás kiterjed a helyi közösségekre és a nemzetekre (Cooley 1964). Mead (1973) a szimbolikus interakcionizmus atyja, Cooleyhoz hasonlóan az emberek közötti kapcsolatot állította a szociológiai kutatások középpontjába. Szerinte az egyének szocializációja a másokkal való kapcsolatokon keresztül valósul meg úgy, hogy az emberek az egymástól kapott visszajelzéseken keresztül sajátítják el azokat a szerepeket, melyeket a társadalom elvár tőlük (Mead 1973). A Mead által megfogalmazott szocializációs folyamat mechanizmusai a mai napig a szociológia alapvető ismeretei közé tartoznak (Andorka 2006).

Az egyén és a kulturális mintákat megtestesítő társas viszonyok kapcsolódási pontjaival foglalkozik az egyén fejlődését természetes életközegben vizsgáló irányzat, az ökológiai megközelítés. Azt szemléli, hogy a különböző csoportok és az ezekhez tartozó egyének környezettel kapcsolatos struktúrája milyen (Vajda és Kósa 2005). Az *ökológiai modell* megalkotója, Bronfenbrenner (1979) kiemeli, hogy a fejlődés csak a komplex társadalmi környezet figyelembevételével érhető el. Bronfenbrenner az embert körülvevő környezetet egyre szélesedő koncentrikus körökre osztotta, melynek segítségével a társadalmi hatások rendszerének négy szintjét különítette el, a mikro-, mezo-, az exo-, és a makrorendszert. A mikrorendszert az egyén közvetlen környezete alkotja. A gyerekek számára a család, a kortárs csoportok, az óvoda, iskola az a mikrokörnyezet, ahol a személyek közötti interakciók folynak. A gyermek mikrokörnyezetében megszerzett tapasztalatait és élményeit jelentősen befolyásolják a velük kapcsolatba kerülő személyek és csoportok jellemzői. A mezorendszer mint kapcsolati háló fogható fel, mely a mikrorendszer egyes egységei között jön létre. A mezorendszer erőssége attól függ, hogy a mikrokörnyezet alkotóelemei mennyire illeszked-

nek jól egymáshoz. Az egyes közegek közötti kiegyensúlyozott viszonyt a kölcsönösség és a hasonlóság szavatolja. Ez azt jelenti, hogy a gyermek számára fontos csoportok, mint például a család, a kortárs csoportok vagy az iskolai környezet alapvető értékei és elvárásai azonosak legyenek, ugyanis ez támogatólag hat a gyermek fejlődésére. Az exorendszert azok az intézmények és szociális struktúrák jelentik, melyek direkt vagy indirekt módon befolyásolják az egyén szocializációját. Ilyenek például, a tömegkommunikáció vagy az oktatás és nevelés társadalmi intézményei. Az exorendszer tulajdonképpen magába foglalja a mezorendszert. A makrorendszer a legszélesebb környezeti keret, egy adott társadalom kulturális értékeinek, hiedelmeinek, meggyőződéseinek az összessége, mely a történelem során mélyen beivódik az egyének és a társadalom gondolkodásába (Bronfenbrenner 1979; N. Kollár és Szabó 2004). Így, az adott kultúrára jellemző gyermekkorfelfogás meghatározza a gyermekek társadalomban betöltött szerepét, lehetőségeit. Az ökológiai modell azt hangsúlyozza, hogy a mikrorendszer által közvetített értékek, viselkedési formák és tapasztalatok alapjául szolgálnak minden további rendszer működésének. Társadalmanként, de akár társadalmi csoportonként is változó, hogy az egyén milyen szerepelvárásokkal találkozik, hogyan viselkedik bizonyos helyzetekben, s miként vesz részt a közösség életében (N. Kollár és Szabó 2004). Az ökológiai modell ilyen értelemben a családi környezet elsődlegességét hangsúlyozza a szocializációban. Ezzel összefüggésben Bernstein (1971) a szocializáció rétegspecifikusságára mutat rá. Szerinte a gyerekek iskolai teljesítménye családi eredetű. Meglátása szerint a különböző társadalmi rétegből származó gyerekek, különböző nyelvi miliót hoznak magukkal. Rámutatott, hogy az iskolai teljesítményt az ismeretátadás mikéntje, a kommunikáció módja határozza meg. Ennek Bernstein két típusát különböztette meg, a korlátozott és a kidolgozott nyelvi kódot, melyek véleménye szerint rétegspecifikusan fordulnak elő. A korlátozott kódban inkább a kommunikáció nem verbális eszközei a döntőek, míg a kidolgozott kódban a beszéd, a nyelv kap kitüntetett szerepet. Megfigyelései szerint a kidolgozott nyelvi kód használata a középosztályra jellemző, a korlátozott pedig, a munkásosztályra. Mivel az iskolai nevelésben a kidolgozott nyelvi kódot használják, így a munkásgyerekek hátrányt szenvednek az iskolában, melynek hatására újratermelődik a társadalmi struktúra (Bernstein 1971).

Összességében a szocializációs elméletek a szocializációt úgy határozzák meg, mely folyamat által az egyén biológiai lényből társadalmi lényé válik, aki egyben elsajátítójává és aktív aktorává válik a szociális rendszereknek, intézményeknek valamilyen kultúrának (Somlai 2008). A szocializáció egész életünk során tart, „fokozatosan kiterjed az ember teljes életútjára” (Kozma 1994:61), azonban a téma szakértői a gyermekkorat tekintik a legfontosabb életszakasznak (Kozma 1994; Somlai 1997; Farkas 2006). A szocializáció során az adott társadalomra jellemző kulturális



értékek átörökítését a szocializációs ágensek közvetítik az egyén felé. A gyermekkori szocializáció alapvetően a család keretei között történik, de meghatározó szerepe van a kortárs csoportoknak, szomszédságnak, iskolának, tömegkommunikációnak.

A szocializációnak két formáját különböztetjük meg, az elsődleges és másodlagos szocializációt. A szocializációs folyamat elsődleges színtere a család, majd a gyermek fejlődése során egyre nagyobb szerephez jutnak a különböző nevelő funkciót betöltő intézmények (bölcsőde, óvoda, iskola) és a kortárs csoportok (Kozma 1994). Az elsődleges szocializáció időszaka a gyermek első néhány meghatározó éveire tehető, mely alapját képezi minden későbbi szocializációs folyamatnak. Az elsődleges szocializációban szerepet játszó személyek adottak, azok alkotják, akik tagjai annak a családnak, melybe a gyermek „beleszületett”. Ebben az életszakaszban a különböző értékek és normák, magatartás és kulturális minták átadásában, társadalmi szerepkészlet elsajátításában a családi kapcsolatok a leginkább meghatározók. Az itt megtapasztalt viselkedésformákat a gyermek elsajátítja, interiorizálja (Bánlaky 2005; N. Kollár és Szabó 2004).

A másodlagos szocializáció legfontosabb szereplői a kortárs csoportok, az iskola, későbbi életszakaszban a munkahely. A másodlagos szocializációban szerepet játszó személyek már nem adottak. Az egyén választásán múlik, hogy kikkel kerül meghatározó viszonyba, kit, kiket tekint barátjának, példaképének (N. Kollár és Szabó 2004). Gyermekkorban, a másodlagos szocializáció legfontosabb helyszíne az óvoda, iskola. A család mellett ezek az intézmények jelentik a kulturális tőke átörökítésének és képzésének legfontosabb színtereit (Somlai 1997). A másodlagos szocializáció akkor igazán hatékony, ha ráépül az elsődleges szocializációra (N. Kollár és Szabó 2004). Ezért is fontos, hogy a család, mint elsődleges szocializációs szint és az iskola, mint másodlagos szocializációs szint által képviselt és közvetített értékek azonosak legyenek, egymásra épüljenek erősítve egymás hatását.

### **3. 3. Az etnikai kisebbségekhez tartozó társadalmi csoportok szocializációjának főbb jellemzői**

A kisebbségekhez tartozó társadalmi csoportok szocializációjának főbb jellemzőit a következő modellek segítségével érthetjük meg (Forray R.-Hegedűs 1998):

1. a **kulturális deficit modell: mely szerint a többségi társadalom kultúrájától eltérő szubkultúra értékei és normái szerint működő egyének és társadalmi csoportok kultúrája hiányos, mely hiányt a nevelés és oktatás eszközeinek segítségével pótolni kell. A modell**

legnagyobb problémája, hogy az etnikai sajátosságokat figyelmen kívül hagyva egy standard kultúrát feltételez és az ettől való eltérést deficitként értelmezi.

2. a **kulturális különbségekre** apelláló modell: mely a fentebb bemutatott modelltől eltérően a kisebbségi kultúrák sajátosságait, egyedi jellemzőit helyezi a középpontba, kizárva értelmezési köréből azt, hogy egy társadalomnak éppúgy része a többségi, mint a kisebbségi kultúra.
3. **bikulturális szocializáció/ kettős szocializáció** modell: mely a fent említett két modell jellemzőit ötvözi. Lényege, hogy egyszerre mindkét kultúrát érvényesnek tartja. A szocializáció folyamatában jelenik meg egyfajta kettősség, ebből adódik, hogy a modell nagy hangsúlyt fektet az egyes szocializációs szinterek által közvetített értékekre, normákra. A kisebbségi csoporthoz tartozók beleszületve saját kultúrájukba, az elsődleges és legfontosabb szocializációs szintéren keresztül, a családban és annak tágabb környezete segítségével elsajátítják kultúrájuk uralkodó értékeit, normáit, szokásait, hagyományait, majd a másodlagos szocializációs szinterek, mint például az iskola, tömegkommunikáció által közvetített tartalmak segítségével válnak a többségi kultúra részesévé. A két szintéren történő szocializációs folyamat egymással párhuzamosan illetve az időben kissé eltolódva zajlik, az életkori sajátosságoknak megfelelően.

A kettős szocializáció sikerét befolyásoló tényezőket Furray R. és Hegedűs (1998; 2003) alapján az alábbi hat pontban foglalható össze.

1. A kettős szocializáció létrejöttének feltétele, hogy a két kultúrának legyen valamilyen kapcsolódási pontja, legyenek azonosságok a két kultúra vonatkozásában. Minél több hasonlóság jelenik meg a többségi és a kisebbségi kultúrában, annál inkább valószínűsíthető a sikeres integráció. A különbségek száma és mértéke azonban nehezítheti, gátolhatja ezt a folyamatot. A különbségek tekintetében az egyik legtöbbet hangoztatott tényező, az időhöz való viszony. Az idő, mely strukturálja mindennapi tevékenységeinket, s melyhez ily módon alkalmazkodni szükséges. Adott időpontban kezdődik az iskolában a tanítás, az iskolai ünnepség, a legtöbb munkahelyen a munkavégzés kezdő és záró időpontja is meghatározott. Azonban szinte minden cigányvizsgálatban megjelenik a kisebbségi kultúrához kötődő eltérő időszemlélet. Furray R. és Hegedűs (1998, 2003) mellett, Szuhay (1999) is kiemeli, hogy a cigány családok időről való gondolkodása eltér a nem cigány családokétól. Általában jellemző a családi élethez tartozó tevékenységek strukturátlansága, mely abból adódik, hogy

a cigány családok rugalmasan kezelik az időt, ez azonban konfliktust eredményez olyan esetekben, amikor ebben a kötetlen napirendben megjelenik egy határozott időköttiséget jelentő tevékenység. Fejes (2005) hozzáteszi, hogy mivel a cigány gyerekek napirendje nem kötött; „általában maguk irányítják egész napos programjukat. Kevés az esélye annak, hogy kialakuljon az a biológiai óra, amely pszichofiziológiai alapja lesz a rendes életnek, tervezésnek, előrelátásnak” (Fejes 2005:4; Forray R. és Hegedűs 2003) Mindez azonban segíti annak a rugalmas szemléletmódnak a kialakulását, melyet Károlyi (2009) tapasztalt horenykai cigány családok vizsgálata során. Terepkutatásának egyik eredményeként kiemeli, hogy cigány családok gazdasági tevékenységének, tervezési módszerének egyik meghatározó jellemzője a rugalmasság. Azt tapasztalta, hogy az általa vizsgált cigány családok könnyen profilt váltanak, illetve felhagynak olyan tevékenységgel, melyek nem váltották be a hozzá fűzött reményeket vagy, akár mondanak le régen dédelgetett tervekről anélkül, hogy különösebben emésztenék magukat a döntés meghozatala miatt. Így a túlzott megtervezettség és a feszesen beosztott napirend inkább nehézséget jelentene a mentalitás kialakításában. Megjegyzi, hogy az említett családok életmódja felől közelítve a kérdéshez az a fontos, hogy a gyerekek felismerjék és gyorsan tudjanak reagálni a hirtelen jövő lehetőségekre és ne frusztrálja őket egy a korábbiakban gondosan megkonstruált terv meghiúsulása. Forray R. és Hegedűs (1998) az együttműködés és versengés megítélését szintén egyfajta deficitként értelmezik, kiemelve azt, hogy az iskolai teljesítmény, később a munkaerő-piaci pozícióért vívott harc erős versenyszellemet feltételez, s ez ellen hathat, hogy a latin kultúrára inkább jellemző az együttműködő viselkedés.

2. A sikeres szocializációt segíti a „közlő fordító” (transzlétor) személye, aki a kisebbségi kultúrához tartozik, de a kulturális átfedéseknek köszönhetően tapasztalattal, ismeretekkel bír az eltérő kulturális tartalmak vonatkozásában, és ezáltal hitelesen közvetíti a többségi társadalom értékeit és normáit a kisebbségi kultúrát képviselők felé. Ezekre az emberekre a kisebbség, mint saját „értelmiségére” tekint. Mindemellett a „közlő, fordító” mellett megjelenik az úgynevezett a kultúra átadó (mediátor), aki a többségi kultúrát testesíti meg, s információt szállít a kisebbségi kultúra tagjai számára. Ezt a szerepet töltik be a másodlagos szocializációs szintéren jelenlévő formális szocializációt betöltő embereknek, mint például a pedagógusok. (Forray R. és Hegedűs 1998)
3. A korrigáló funkciójú visszacsatolást kulcskérdésként említi Forray R. és Hegedűs (1998) a kettős szocializációban. Ennek a lényege abban ragadható meg, hogy az érintetteknek képesek-e elsajátítani és elfogadni, egy az iskolán, munkahelyi környezetén kívül használt kom-

munikációtól eltérő formális kommunikációt mely elfogadott az iskolában, munkahelyen. Az ezzel kapcsolatos negatív visszajelzés káros lehet, mert a nem megerősítő visszajelzés hatására generálódó stressz, a szégyenérzet gátját állhatja a további, kívánatosnak ítélt viselkedési és magatartási formák elsajátításának, melynek következtében akár végérvényesen is megtorpanhat a szocializációs folyamat.

4. A negyedikként kiemelt, kettős szocializációt meghatározó tényező a kognitív probléma megoldási módok szerkezete, a kognitív stílus. A fejlett ipari országok többségi kultúráját elsősorban az elemző kognitív stílus jellemzi, ily módon a kifinomult elemző problémamegoldó képességekkel rendelkezők értetnek meg leginkább. Mindez nem azt jelenti, hogy létezik egy kizárólagos teljes érvényű kognitív stílus, kizárva minden egyéb ettől eltérőt, de az igaz, hogy kell, hogy legyen egy domináns stílus, melyet bizonyos helyzetekben érdemes, kívánatos alkalmazni; ez pedig a többségi társadalomban az elemző stílus. Amikor viszont eltérő magatartás és viselkedés minták megértése a cél, érdemesebb értékekhez kötött gondolkodási stílust választani. Azonban minél inkább az adott kisebbségi kultúrához kötődő szabályok szerint történik bizonyos problémák megoldása, annál kevésbé valószínű, hogy a problémamegoldás módja elfogadott lesz a többségi társadalomban. Ezt a megállapítást erősíti Károlyi (2009) azon eredményei, mely szerint a cigányok kereskedői tevékenységet, a nem cigányokkal folytatott különböző ügyletek pozitív kimenetelét nagy részben meghatározzák az olyan tulajdonságok, mint a határozottság, jó érvelőkészség és az asszertivitás. Terepmunkája során azt tapasztalta, hogy a cigány családok különböző élethelyzetekben meglehetősen hamar elkezdik trenírozni a gyerekeket ezekre a tulajdonságokra. Jó lehetőséget szolgáltatnak erre olyan szituációk, mint például a csokivásárlás vagy az iskolai lógás. A szülők partnerei a gyerekeknek ezekben a szócsatákban, s várják, hogy a gyerekek érveljenek saját akaratuk mellett. A jól megtámogatott, és ami ennél még fontosabb a kitartó érvelés előbb-utóbb meghozza gyümölcsét: a szülők beadják derekukat, engednek a gyerekek akaratának. Az otthoni környezetben jól működő, felnőttek meggyőzésére szolgáló viselkedést az otthonon kívüli szituációkban, formális helyzetekben is gyakorolják a gyerekek. Azonban ennek fogadtatása már korántsem biztos, hogy egy pozitív, megengedő reakciót vált ki a másik félből. Inkább azt gondolhatják a nem cigány felnőttek, hogy ezek egyfajta agresszív viselkedésnek a jelei, holott nem erről van szó, csak éppen „nem ismerik a cigány fél által játszott játék szabályait”. Nem beszélve arról, hogy a formális, például az iskolai környezetben a fent említett módszer nem, vagy csak nagyon ritkán működik egy felnőtt vitapartnerrel szemben, ugyanis ilyenkor a felnőtt fél a hatalmi viszonyokat segítségül hívva

tesz pontot a szócsata végére. Károlyi nagyon találóan úgy fogalmaz, hogy a „felnőttek nem haboznak bevetni olyan játékon kívüli eszközöket, amelyek a hierarchiában elfoglalt helyzetükből adódóan állnak a rendelkezésükre” (szemben a cigány felnőttekkel) (Károlyi 2009:170).

5. Az eltérő nyelv (használat) nehézséget jelenthet a kettős szocializáció folyamatában. A két-nyelvűeknek van a legnagyobb esélye arra, hogy mindkét kultúrába sikeresen szocializálódjanak. Viszont a többségi nyelv nem megfelelő használata előidézheti a többségi társadalom tagjainak előítéletességét, feltételezve azt, hogy a kisebbség tagjai bizonyos hiányosságok miatt nem tudják elsajátítani a nyelvet. Ehhez kapcsolódóan Kende (2001) megjegyzi, hogy a két-nyelvűségből eredő szocializációs hátrányokat sokan elbagatelizálják, mondván, nincs is már olyan cigány család, ahol a gyerekek ne beszélnének magyarul. Kende (2001) a Kontra Miklós nyelvészrel készített interjúra hivatkozva rávilágít, hogy a probléma nem a két-nyelvűség hiányában, hanem a többségi nyelv használatának helytelenségében keresendő, melyet tannyelvi diszkriminációként aposztrofál.
6. Utolsó, és egyben a kettős szocializációt hátráltató tényezőként említi meg a szerzőpáros a külső, testi jegyeket, amelyek nehezítik a többségi társadalom struktúrájába és kultúrájába való beilleszkedést (Forray R. és Hegedűs 1998).

Mindezekből az következik, hogy fel kell térképezni és ezáltal meg kell ismerni a két kultúra közötti átfedéseket, kapcsolódási pontokat, a különbségeket és az abból adódó konfliktusos helyzeteket. Mozgósítani kell a fordítókat és közvetítőket, akik segítséget nyújthatnak bizonyos problémák megoldásában. Forray R. és Hegedűs (2003:33) fontosnak tartja az olyan felvilágosító, ismertető jellegű fórumokat, melyen keresztül a többségi társadalom tagjai információkhoz juthatnak arról, „*hogya a kisebbségi kultúra tagjait milyen értékek irányítják, milyen sajátos szükségleteik, igényeik vannak.*”

### **3. 4. A család szerepe a gyermeknevelésben**

A gyerekek családon belüli helyzetének ismertetését (hasonlóan Babusik 2001; Kende 2001; Fejes 2005 szerzőkhöz) elsősorban Forray R. Katalin és Hegedűs T. András 1988; 1991; 1996-os vizsgálataira alapozzuk, beemelve Károlyi 2005-2006 során, valamint Boreczky és munkatársai 2005 és 2009 között végzett vizsgálatainak eredményeit. Az általuk közzé tett publikációkra hivatkozva röviden szólunk arról, hogy mi jellemzi (elsősorban) a tradicionális családi nevelést a cigány közös-

ségekben. A fent említett szerzők kutatási tapasztalatai nyomán szeretnénk bemutatni, hogy a családoknak, mint elsődleges szocializációs színtérnek, milyen szerepe van a gyerekek nevelésében. Boreczky és munkatársai eredményei pedig a cigány családok szocializációjában bekövetkezett változásokba is bepillantást engednek.

A következőkben tehát a gyerekek családon belüli szerepét, villanjuk fel. Hangsúlyozzuk, hogy a leírtak elsősorban a tradicionális, hagyományőrző roma közösségekre jellemző.

Meleg, szeretetteljes, érzelmetli légkör jellemzi a cigány családokat. A gyermek születését követően a család és az ahhoz tartozó tágabb közösség azonnal részesévé válik az anya-gyermek szimbiózisának. (Mindez különbözik a nem roma családok „gyermekágyas” időszakától; a gyereket féltik még akár a közvetlen családtagok érintésétől is, nehogy valamit elkapjon az újszülött.) Ez a fajta ingergazdagság a gyermek beszédfejlődésében, beszédkapcsolataiban is lenyomatot képez. (Forray R. és Hegedűs (2003) idézi Régel (1987; 1990) Az intenzív, ingerdús milió nemcsak a tágabb környezet folyamatos jelenlétének, hanem a magasabb gyermekszámoknak illetve a gyakran akár három vagy több generáció együttélésének a hozadéka. A gyerekek mozgásszabadságának korlátozása sem jellemző a cigány családokban, és egyéb tevékenységeik sem korlátozottak. Megnézhetik, megvizsgálhatják azokat a tárgyakat, amelyek őket érdeklik. A családtagok türelemmel szemlélik mindezt, mely Forray R. és Hegedűs szerint az időtényező, mint kényszerítő motiváció hiányának tulajdonítható.

Mint ahogyan már fentebb említettük, a cigány családok időhöz való viszonya jelentősen eltér a nem romákétól. Feszés napirend a mindennapi élethez fűződő tevékenységek számos területén nem érhető tetten. Az étkezés sem meghatározott időpontokhoz, időszakaszokhoz kötődik, hanem sokkal inkább a megjelenő szükségletek szerint történik meg annak kielégítése. A gyerekek akkor étkeznek, mikor megéheznek, s mikor az ezzel kapcsolatos igényüket jelzik. A csecsemő, ha felsír, azonnal megszojtatják, vagy tisztába teszik akár éjszaka is. A jó szülő nem arról ismerszik meg, hogy kontrollálja, s bizonyos esetekben késlelteti a szükséglet kielégítést, hanem arról, hogy a felmerülő igényeket rögtön kielégíti. Mindez a mindennapi élethez kötődő rituálék strukturátlanságához vezet, az önkontroll kialakulása ellen hat, mely gátját állhatja a későbbi iskolai teljesítménynek. Formoso (2000) megfogalmazásában ez így hangzik: a cigány gyermekek szocializációjának elsődleges és legfontosabb jellemzője a szükségletek kielégítésére való nevelés.

A gyerekeket nagyon féltik, ha az anyának dolga van a rokonok, szomszédok, nagyobb testvérek vigyáznak a kicsikre, de ha megoldható a szülők mindenhová magukkal viszik őket. Rengeteg sze-

retet, biztonságot jelentő fizikai kontaktust élnek meg, s ezzel indokolható, hogy óvodába kerülve nem tartanak (a fentiek alapján nincs okuk tartani) a többségi társadalom gyermekeire általában jellemző elvállástól. Mindennek köszönhető, hogy kimarad a gyerekek életéből „két középosztálybeli kulcsélmény; a dackorszak és a szeparációs szorongás” (Forray R. és Hegedűs 1998:350). A szülő, gyermekkel töltött idejének kiemelkedő jelentősége van a gyermek társadalmi tőkájének termelésére. Coleman (1998) és Becker (1981) elmélete szerint a családon belüli társadalmi tőke beruházás leginkább a szülők gyermekeikre fordított idő mennyiségében fejezhető ki. Coleman ezt a családi háttér egyik meghatározó összetevőjeként említi. Elmélete szerint a társadalmi tőkefelhalmozás és a gyermek fejlődése, későbbi iskolai eredményessége szempontjából meghatározó jelentőségű a szülők és gyermekek közötti viszony (R. Fedor 2015). A fentiek alapján ez azt jelenti, hogy a cigány családok társadalmi tőkébe történő beruházása jelentős, mivel a cigány anyák igen sok időt töltenek a gyermekükkel, s ez vélhetően a későbbi iskolai teljesítményükben is megmutatkozik. Azonban a vonatkozó szakirodalom ennek az ellenkezőjéről, az iskolai teljesítés, előrehaladás nehézségeiről ír: igen sokat körbejárt téma például, hogy milyen okai lehetnek a cigány gyerekek iskolai kudarcainak, esetleges végleges lemorzsolódásának.

Az okok egy részét a társadalmi tőke elmélete felől közelítve a következőképpen magyarázhatjuk. Coleman szerint a családban megjelenő társadalmi tőke (az emberi és gazdasági tőke mellett) fontos szerepet játszik a gyerekek szellemi fejlődésében<sup>3</sup>. A társadalmi tőke pedig leginkább a szülők gyermekeikre fordított idő és energia mennyiségében mérhető. Ez nem jelenti azt, hogy Coleman kétségbe vonná a szülők emberi tőkájének a gyermek teljesítményére gyakorolt hatását, viszont kiemeli, hogy a szülők emberi tőkájének hozadéka csak a folyamatos szülő-gyermek interakció kontextusában érvényesül (melyet nagymértékben meghatároz az együtt töltött idő mennyisége és minősége). Ezáltal, az interakciós terminus által válik elérhetővé a felnőttek tőkéje a gyerekek számára. Tehát az együtt töltött idő mennyisége mellett annak a minősége talán még inkább meghatározó. Vagyis a szülők emberi és társadalmi tőkéje egymással szorosan összefüggve fejtik ki hatásukat. Ugyanis a szülők emberi tőkéje akkor elérhető a gyerekek számára, ha a szülők ténylegesen jelen vannak a család életében, illetve ha kellő figyelmet fordítanak a gyerekekre (R. Fedor 2015). Tehát a társadalmi tőke fentebb említett elméletét alapul véve a családi szocializáció egyik alapvető feltétele a minőségi együtt töltött idő. E nélkül a társadalmi tőke átörökítése hiányosan megy végbe.

---

<sup>3</sup> Coleman interpretációjában a családi háttér három tényezőre bontható. Az egyik a család jövedelmi-, vagyoni helyzetét magába foglaló pénzügyi tőke, a második tényező az emberi tőke, mely a szülők iskolai végzettségét takarja és a társadalmi tőke, mely leginkább a szülők gyermekeikre fordított idő és energia mennyiségében mérhető (R. Fedor 2015). A felnőttkori emberi tőkébe történő beruházás akadályát jelentheti a képzésbe történő bekapcsolódás költségvonzata, mely a szociálisan hátrányos családokat érinti a leginkább. Számukra a tanulás költségeit kompenzáló szociálpolitikai, családpolitikai eszköz bevezetése jelenthetné a megoldást. Korábbi írásunkba ezt, mint a családi pótlék képzési komponenseként képzeltük el és fejtettük bővebben (R. Fedor 2010).

Ezt a hiátust pótolhatják a gyermekek napközbeni ellátásra és gondozására hivatott intézmények, a bölcsődék és óvodák. Ezen intézmények szerepét fontos kiemelni, mert a magyar gyerekek egyötöde hátránnyal indul iskolába, mely iskolai kudarcokhoz, évismétlésekhez, akár végleges lemorzsolódáshoz vezet (Herczog 2008). Ezek a családok többségében szegénységben élnek, szociális nehézségek sorával küzdenek. Az ilyen gyermekek esetében egyértelmű pozitív hatása van a korai otthonon kívüli, szakképzett gondozók által végzett gondozó-nevelő munkának (Surányi és Danis 2009). A gyermek első néhány évében alapvetően kialakulnak a szellemi, érzelmi és szociális készségek, melyek pótlására a későbbiekben csak részlegesen van lehetőség (Herczog 2008).

A cigány gyerekek aktuális életciklusuktól függetlenül tejes jogú tagjai közösségüknek. A családon belüli nevelés a közösség fontosságát, a közösséghez való tartozást és az ehhez szorosan kapcsolódó biztonságot nyújtja. A gyermekvilág mind pszichésen, mind pedig térben egybeolvad a felnőttek világával. (Vajda 1994) A közösséghez való tartozás, a közösséggel való együttes tevékenység fontossága a térhasználatban is visszatükröződik. Az egyes háztartások közötti mozgás, átjárás teljesen természetes mind a felnőttek, mind a gyerekek részére. A gyerekek valamelyik rokonhoz, vagy unokatestvérhez akár több hétre is átköltöznek. Ennek oka lehet egyszerűen csak az, hogy a gyerekeknek ez teszük, ő ezt szeretné, de motivációs tényezőként jelenhetnek meg az is, hogy a téli hidegben nincs arra lehetőség, hogy egyszerre több szobát is fűtsenek. A térhasználat eme dinamizmusa magyarázza, hogy a gyerekek számára nem jelent prioritást a családi otthonhoz, vagy azon belül egy saját intim szférához való érzelmi kötődés. Ez a szocializációs gyakorlat nem kívánja meg, sőt inkább hátrányként értelmezi, ha a családot alkotó tagoknak elkülönült életterük, önálló szobájuk van. Károlyi megfigyelései szerint a jómódú cigány családokban akár minden gyereknek van külön szobája, a gyakorlatban azonban a gyerekek nem használják, hanem általában különböző használati tárgyak tárolására szolgálnak ezek a szobák. Mindez azt közvetíti, hogy a gyerekek tanulása (nem a tananyag tartalmak elsajátítására kell gondolni) az életben való helytállás „ismereteinek” az elsajátítása nem külön szobában, zárt ajtó mögött a leghatékonyabb, hanem közös tevékenységekben való részvétel tapasztalásai jelentik a tanulás elsődleges bázisát (Károlyi 2009). A gyerekek születésüktől fogva részesei a felnőtt világnak, az élet szinte minden momentuma előttük zajlik (Szuhay 1999). Észrevétlenül, a mindennapi tapasztalás útján válnak a közösség tagjaivá, s sajátítják el azokat a magatartásformákat és viselkedési modelleket melyek a közösségre jellemzőek.

A valódi nehézség akkor jelenik meg a cigány gyerekek életében, mikor emellett a meleg, gondoskodó, zárt közösség mellett megjelenik a „külvilág”, a maga szabályozott, strukturált, időkorlátokhoz kötött rendszerével. Az ebből adódó konfliktus helyzet a serdülőkor környékén erősödik fel és



elsősorban a család és az iskola viszonyrendszerében éleződik ki. A probléma fő forrása, hogy a család, mint elsődleges szocializációs szintér és az iskola, mint másodlagos szocializációs szintér által képviselt és elvárt viselkedés és magatartásformák „együttmozgása” nem megfelelő. A „nemmegfelelőség” ebben a tekintetben nem a család szocializációs funkciójának minősítésére szolgál, hanem a kulturális eltérésekből adódó normákban és értékekben megjelenő különbségeket és ezekből adódó konfliktusokat hangsúlyozza, amely egyértelmű hátránnyként jelenik meg az iskolában. Ezt erősíti Liskó (2001) magyarázata is, mely szerint a cigány gyerekek iskolai rossz teljesítményének elsődleges forrása – a tanárok szerint - a családi és szocializációs hátrányokkal, és nem a képességekkel magyarázhatóak.

Zatta (2002) a cigány gyermekek nevelésében annak gyermekközpontúságát emeli ki. Ennek értelmében a családok számára a gyermek a legnagyobb érték (szerzők: hasonlóan a nem cigány hazai családokhoz), a minél magasabb gyerekszám pedig egyfajta presztizsként értelmezhető, főleg a férfiak számára. A gyereket nem büntetik, inkább szóban fejezik ki nemtetszésüket, a fizikai büntetés helyett a verbális helytelenítést használják fenyegetések, szemrehányások, szidalmak formájában. Boreczky és munkatársai által 2005 és 2009 között végzett vizsgálat eredményei azonban ennek némileg ellentmondó tapasztalatokat tartalmaz. Kutatásuk egyik szegmensében a gyermeknevelést fókuszba állító interjúkból származó eredményeik alapján megállapítják, hogy az általuk vizsgált cigány családokra nem jellemző, hogy ne korlátoznák, büntetnék, akár fizikailag is a gyerekeket. A fizikai tilalmak leginkább azokban az esetekben a jellemzőek, mikor a gyerek feletti közvetlen kontroll megszűnik, mert már életkorából adódóan is ki-kimozog a családból. Például ilyen szituáció a nagyobbacska lányok fiúkkal való találkozása.

A nőknek meghatározó szerepük van a cigány kultúrában, bár a külső szemlélő inkább azt gondolja, hogy a családon belüli helyzetük inkább alárendelt, mintsem meghatározó. Ez részben igaz is, mert a nő külvilággal való kapcsolatát egyértelműen a férfi határozza meg, engedélyezni. Ez leginkább azzal magyarázható, hogy a lányokat, nőket féltik kiengedni a közösség zárt világából, nem szívesen engedik őket akultúrálódni, félve attól, hogy ezáltal semmibe vész az a kohéziós erő melyet a nők jelentenek társadalmuk számára. Ennek ellenére és ezzel egyidejűleg a közösségen belül központi szerepük van a nőknek a család összetartásában és a közösség és egyéb társadalmi intézmények közötti kapcsolat tartásában (pl.: iskola) (Jánky 1999).

Durst 2001-ben egy észak-magyarországi kistelepülésen végzett cigánykutatásában arra a következtetésre jutott, hogy az egyre nehezkesebb munkaerő-piaci helyzetben a korai gyerekvállalás jelenti az egyetlen lehetőséget a felnőtté válásra, a tisztelet és az önbecsülés kivívására. Jánky (2005) a cigányvizsgálatok adatait felhasználva megállapítja, hogy a fiatal cigány nők jelentős része számára

kilátástalan a sikeres munkaerő-piaci integráció, és ezért nagyobb hangsúlyt fektetnek a gyerekvállaláson keresztül történő státuszemelkedésre, ami pedig tovább rontja bármilyen jövőbeni integrációs folyamat esélyét.

A gyereknevelés alapvetően a nők feladata, azonban a fiúk nevelésében jelentős szerepet vállalnak az apák, akik önállóságra, felelősségre tanítják fiaikat. A csoport életében való részvételnek szintén meghatározó nevelő funkciója van a jövőbeli szülői szerepek elsajátításában. A cigány gyerekek a kultúrájukat alkotó értékeket és szerepeket a csoport mindennapi életének lüktetésében a felnőttek utánzásán keresztül tanulják meg, s sajátítják el hogyan viselkedjenek feleségként, férjként, s, hogyan neveljenek gyerekeket (Zatta 2002).

Végül Boreczky és munkatársai 2005 és 2009 között lebonyolított kutatásának néhány eredményét mutatjuk be. A szerzők által cigány családok körében végzett szociológiai-pedagógiai kutatás egyik célja az volt, hogy az eredményeiket összehasonlítsák a szakirodalomból megismert cigány társadalom jellemzőivel, továbbá, hogy megnézzék, hogy miben hasonlítanak, illetve miben különböznek egymástól a cigány és nem cigány családok. Munkájukban felhívják a figyelmet arra, a tanulmányuk elején már megemlített problémára, hogy igen kevés a cigány és nem cigány családok körében végzett komparatív kutatás, különösen igaz ez a családra és a szocializáció folyamatára fókuszáló anyagokra. Az összehasonlító vizsgálatok létjogosultsága azon alapul, hogy a kisebbségi társadalmak nem hermetikusan elzárva működnek, hanem mélyen beágyazódva a többségi társadalomba, nem mentesülve ezáltal annak gazdasági viszonyaitól, kultúrájától.

A családváltozások több évtizedes tendenciát alapul véve a következő eredményekre jutottak: a szakirodalomból ismerjük, hogy a cigány fiatalok, a többségi társadalom fiataljaihoz hasonlóan igen korán házasodnak és vállalnak gyermeket. Boreczkyék azt tapasztalták, hogy mindamellett, hogy az általuk vizsgált cigány családokban a megkérdezettek nagyobb része 16-17 évesen kötött házasságot, a fiatalabb generációknál már megfigyelhető, hogy a szülők intik a fiatalokat a korai házasságkötéstől, gyermekvállalástól<sup>4</sup>. Ez a fajta késleltetés a fiatal lányok gondolkodásában is megjelenik, vannak, akik 30 éves koruk előtt nem akarnak családot alapítani. A többségi társadalom demográfiai magatartáshoz történő közeledésként értelmezhető az is, hogy egyre csökken a családok létszáma, mely elsősorban a csökkenő gyermekszámra vezethető vissza, bár a csökkenés üteme nem éri el a nem cigány családoknál tapasztaltakat. Okként említhető meg továbbá, hogy az intergenerációs családok száma alacsonyabb, mint a nem cigány családoknál, mely a kedvezőtlenebb mortalitási adatokra vezethető vissza: a cigány társadalom tagja átlagosan 10-15 évvel élnek kevesebbet. Ennek

---

<sup>4</sup> Fónai és Péntes 2004-ben Északkelet-Magyarországon lebonyolított, a cigány népesség élethelyzetét és kitörési lehetőségeit vizsgáló kutatásban szintén azt tapasztalták, hogy a korai gyermekvállalást a megkérdezettek jelentős része nem tartotta ideálisnak Fónai - Péntes (2006).

eredményeképpen a megkérdezett gyerek között nem volt olyan, aki ismerte volna mind a négy nagyszülőjét. A többségi társadalomtól való különbözősége utal az is, hogy a cigány családoknál kevésbé jellemző az egyszülős családforma.

Áttérve a fent említett kutatás családi szocializációt érintő aspektusára, az eredmények alapján elmondható, hogy egyre inkább jellemző a felnőtt és a gyermekvilág szétválása. Ez épp úgy igaz az aktuális napi témák megbeszélésre, mint a felnőtt és gyerek szerepek közötti növekvő és egyre konkrétabb távolságra. A családon belüli szocializációban bekövetkező változásra utal, a korábban a gyerekek nevelésében szinte teljesen ismeretlen szigor megjelenése, a korlátok kijelölése, a szerzők megfogalmazásával élve „*a viselkedést befolyásoló hagyományos kontrollmechanizmusok fordultak elő*”. Ezek a változások azonban nem valamiféle vegytiszta, a korábitól teljes mértékben eltérő családi szocializációs sémákat hozott létre, hanem egy olyat, melyben keverednek a tradicionális és a nem tradicionális minták, viselkedésformák. Ezt a jelenséget a szerzők a következő módon illusztrálják: „az egyes családok hagyományai, a tradicionális és nem tradicionális modern családi élet elemei egymásba fonódva, hibridizálódva alkotják az általunk megismert cigánycsaládok többségének szocializációs rendszerét.” (Boreczky 2009:117)

## Irodalomjegyzék

- Andorka Rudolf: *Bevezetés a szociológiába*. Osiris Kiadó, Budapest, 2006.
- Bánlaky Pál: *Családszociológia*. Wesley János Kiadó, Budapest, 2005.
- Becker, G. S.: *A Treatise on the Family*. Harvard University Press, Cambridge, 1981.
- Bernstein, B. : Társadalmi osztály, nyelv és szocializáció. *Valóság*, 1971. 11, 35-57.
- Boreczky Ágnes: Cigány családok feltorló időben. In: Boreczky Ágnes (szerk): *Cigányokról – másképpen*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest, 2009. 77-143.
- Bronfenbrenner, U.: *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, MA: Harvard University Press, Cambridge, 1979.
- Coleman, J. S.: *A társadalmi tőke az emberi tőke termelésben*. In: Lengyel György-Szántó Zoltán (szerk.): *Tőkefajták: a társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája*. Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem. Aula Kiadó, Budapest, 1998. 11-44.
- Farkas Péter: *A szeretet közössége. A családszociológia alapjai*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2006.

- Fejes József Balázs: Roma tanulók motivációját befolyásoló tényezők. *Iskolakultúra*. 2005/11. 3-13.
- Fodor László: *A szociális tanulás jelentősége a pedagógiai folyamatban*. 2008. [http://www.rmpsz.ro/web/images/magiszter/2008\\_tavasz/03.pdf](http://www.rmpsz.ro/web/images/magiszter/2008_tavasz/03.pdf) Letöltve: 2012. május 31.
- Fónai Mihály–Pénzes Mariann: A cigány népesség egészségi állapotának összetevői Északkelet-Magyarországon. In: Fónai Mihály – Pénzes Mariann – Vitál Attila (szerk.): *Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon*. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza, 2006. 75-109.
- Formoso, B.: Cigányok és letelepültek. In Prónai Csaba szerk.: *Cigányok Európában I. Nyugat-Európa. Kulturális antropológiai tanulmányok*. Válogatás Bernard Formosos, Patrick Willimas, Leonardo Piasere tanulmányaiból. Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2000. 29-180.
- Forray R. Katalin – Hegedűs T. András: *Cigány gyerekek szocializációja*. Aula, Budapest, 1998.
- Forray R. Katalin – Hegedűs T. András: *Cigányok, iskola, oktatáspolitiká*. Oktatókutató Intézet – Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2003.
- Herczog Mária: A kora gyermekkori fejlődés elősegítése. In: Fazekas Károly - Köllő János - Varga Júlia (szerk.): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért. Oktatás és Gyermekesély Kerekasztal*, Magyarország Holnap Ecostat, Budapest, 2008. 33-52.
- Janky Béla (1999): Lakóhely változások a cigányok körében. In Glatz Ferenc szerk.: *A cigányok Magyarországon*. MTA, Budapest, 1999. 73-103.
- Janky Béla: *A cigány nők társadalmi helyzete és termékenységé* In: Szerepváltozások Tárki, 2005
- Károlyi Júlia: „...hanem az életnek...” In: Boreczky Ágnes (szerk): *Cigányokról – másképpen*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest, 2009. 144-182.
- Kende Ágnes: A kudarcok okai. In: Andor Mihály szerk.: *Romák és oktatás*. Iskolakultúra, Pécs, 2001. 65-73.
- Kertesi Gábor – Kézdi Gábor: Cigány tanulók az általános iskolákban – helyzetfelmérés és egy cigány oktatási koncepció vázlatá. In: *Cigányok és iskola*. Educatio Kiadó, Budapest, 1996. 7-100.
- Kozma Tamás: *Bevezetés a nevelésszociológiá*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1994.
- Liskó Ilona: A cigány tanulók és a pedagógusok. In Andor Mihály szerk.: *Romák és oktatás*. Iskolakultúra, Pécs, 2001. 31-46.
- N. Kollár Katalin-Szabó Éva: *Pszichológia Pedagógusoknak*. Osiris Kiadó, Budapest, 2004.

- R. Fedor Anita: Képzési-komponens mint családpolitikai eszköz. In: Kozma Tamás - Ceglédi Tímea (szerk.): *Régió és oktatás: A Partium Esete*. CHERD-Hungary: Center of Higher Education Research and Development-Hungary, Debrecen, 2010. 243-247.
- R. Fedor Anita: *Egyensúlyban? A munkaerő-piaci karriertől a familiarizmusig*. Debreceni Egyetemi Kiadó, 2015.
- Somlai Péter: *Szocializáció. A kulturális átörökítés és a társadalmi beilleszkedés folyamata*. Corvina, Budapest, 1997.
- Somlai Péter: *Társas és társadalmi*. Napvilág Kiadó, Budapest, 2008.
- Surányi Éva - Danis Ildikó (szerk.): *Családpolitika más szemmel. Eltérő nézőpontok, változó gyakorlatok*. MTA. Közgazdaságtudományi Intézet, Budapest, 2009.
- Szuhay Péter: *A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája?* Panoráma, Budapest, 1999
- Vajda Zsuzsa-Kósa Éva: *Neveléslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest, 2005.
- Zatta, J. D.: In Prónai Csaba szerk.: *Cigányok Európában 2. Olaszország*. Válogatás Jane Dick Zatta, Leonardo Piasere, Francesca Manna, Elisabeth Tauber, Paola Trevisan tanulmányaiból, Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2002. 28-211.

## 4. Az iskolai motivációt befolyásoló tényezők kutatása telepi roma családok körében

Dr. Hüse Lajos

### 4. 1. Bevezetés

Az Evangélikus Roma Szakkollégium kutatóműhelye által megvalósított terepkutatás arra irányult, hogy a résztvevő hallgatókkal közösen megismerjük a *telepszerű körülmények között élő* lakosság-  
nak – azaz a szegregátumokban élő roma családoknak – azokat az attitűdjeit, amelyek támogathatják, vagy gátolhatják az iskolai sikerességüket. Nem állítottuk, hogy az iskolai sikeresség az egyetlen dimenziója a romák társadalmi boldogulásának, de azt leszögezhetjük, hogy a legfontosabb dimenziók egyike. Miután a közoktatás rendszere maga is egy sokdimenziójú, százféle hatásnak kitett szisztéma, az sem meglepő, hogy ha kijelentjük: az iskolai sikeresség kérdése nem csupán a tanulók motivációin múlik, illetve nem a motiváció a legfontosabb tényezője a sikernek. De ezen a szinten is igaz, hogy az iskolai sikeresség *egyik* legfontosabb tényezője a tanulók (és környezetük) motivációja.

A pedagógiában, pedagógiai pszichológiában alaposan feltárt tény, hogy a tanuló készségei és képességei csak megfelelő motivációk mellett működnek optimálisan. A személyiség motivációs készlete nagyon összetett, soktényezős rendszer, biológiai, pszichológiai, társadalmi, etikai elemekkel. Elméleti oldalról vizsgálva megkülönböztethető a *motivátor* (az a dolog, amire a figyelem irányul), a *motivum* (az a viszonyítási alap, érték, amely az érdeklődést meghatározza), az érdekeltséget kifejező érzelmi jelzés (emóció), valamint maga a cselekvési indíttatás (aktiváció), mint a motivációs folyamat eredménye (Liptákné 2006).

A kutatásra való felkészülés során a hallgatókkal közösen megalkottunk a motiváció egy egyszerű modelljét, amelynek mentén összeállíthattuk a kérdőívünket. Ez az egyszerű modell természetesen nem fedi le a teljes tudást, amelyet ma már a motiváció kiépítéséről, fenntartásról és fejlesztéséről tudunk (v.ö. Fodor, 2007), viszont igyekeztünk olyan elemeket bevonni, amelyek:

- a) különös jelentőséggel bírnak az Evangélikus Roma Szakkollégium hallgatói számára (úgy is, mint saját motivációjuk bázisa);
- b) viszonylag könnyen mérhetőek, tanulmányozhatóak, hogy a hallgatók élvezetes tanulási folyamatként, és ne „lehetetlen küldetésként” éljék meg a terepkutatást.

Egyszerű modellünkben meg kívántuk jeleníteni a motivációk azon jellegzetességét, hogy egyszerre épülhetnek fel belső erőforrásokból, illetve külső ösztönzők által. Ha bizonyos (pl. tanulási) viselkedések kiváltása (vagy elmaradása) kérdésében a motiváció fontos, akkor tulajdonképpen arról beszélünk, hogy a motiváció valami olyan hatóerő, amely valamiféle cél elérése felé tolja a személyt. A célok elérésére vonatkozó szándékot, vágyat *aspirációnak* nevezzük – ez a fogalom nem szinonim a motivációval, ugyanakkor ezen vágy mérésével elég fontos információk derülnek ki a motivációról magáról. Az aspiráció ugyanis rendelkezik egy belső és egy külső „oldallal”, amely rokonságban áll a motiváció belső és külső oldalával. Ezért modellünk egyik eleme az aspiráció volt – azaz meg kívántuk vizsgálni, hogy a telepszerű körülmények között élő gyerekek milyen célokat tartanak fontosnak, milyen célok elérésére vágyakoznak.

Az *Aspirációs Index Kérdőív* (Kasser és Ryan, 1993) magyar változatát Rózsa Sándor és munkatársai készítették el 2006-ban. A kérdőív hét alszálát tartalmaz, mely a lehetséges életcélok hét területét jeleníti meg. Tartalmilag ezek két nagy csoportba (faktorba) sorolhatók:

- *intrinsic* (belső jellegű) céloknak tekinthető: a *személyes növekedés*, a *tartalmas kapcsolatok* és a *társadalmi hasznosság/elköteleződés*.
- Az *extrinsic* (külsődleges) célok alszálái a *gazdagság*, a *hírnév* és az *imázs* (külső/megjelenés).
- A hetedik (egyértelműen egyik faktorhoz sem tartozó) dimenzió az *egészség fenntartása/fokozása* mint cél.

A vizsgálati személynek hétfokú skálán kell megítélnie, hogy mennyire tartja 1) *fontosnak*, 2) *megvalósultnak* és 3) a jövőre nézve *valószínűnek* az egyes célokat. Az összesített *intrinsic* és *extrinsic* értékek mintázata a személyre jellemző cél-struktúrát jelzi. A két faktor különbsége adja az *aspirációs mutatót* (index), amely – kiterjedt vizsgálatok szerint – jó jelzője a pszichológiai egészségesnek. A mutató akkor tekinthető „jó”-nak, ha pozitív előjelű, vagyis a személy a belső jellegű célokat előnyben részesíti a külsődleges célokkal szemben.

Természetesen a modell másik fontos elemét a családi kapcsolatok adják. Számos tanulmányban leírták már, hogy a családi háttér, a kapcsolatok milyen kiemelkedően fontos szerepet játszanak a gyerekek iskolai pályafutásában. Bár ez a megközelítés – illetve ennek interpretációja – sok esetben azt a benyomást keltheti, mintha a gyermek iskolai karrierjéért kapcsolati szempontból csupán a család tehető felelőssé, ez valójában nincs így. A gyermek mindenféle kapcsolódása, szociális kapcsolata számít, ahogy minden egyén számára annak összes személyes – akár családi, akár baráti

vagy éppen szomszédi – kapcsolata kivétel nélkül komoly erőforrást képeznek (Albert és Dávid, 1998a és 1998b) – vagy ugyanilyen komoly rizikófaktort, gátat jelentenek (Németh, 2007).

Kutatásunkban e sokszínű kapcsolatrendszer csak részben tudtuk bevonni a modellbe, nagy hangsúlyt adva a családi háttérnek. A *családi kapcsolatokat* a HBSC (Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study) kérdőív egyes kérdéseire alapozva tártuk fel. WHO által támogatott, az iskoláskorúak egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi összehasonlító kutatási standardot hazánkban már az 1980-as évek óta alkalmazzák, országos mintán (Aszmann, 2003).

Keresztény alapítású és szemléletű szakkollégiumként kézenfekvő volt a döntés, hogy a vallásosságot is bevonjuk a modellünkbe. Kíváncsiak voltunk, hogy az egyes helyi cigányközösségek életében mennyire van jelen a vallás, és milyen kapcsolat alakul a család vallásossága és az iskolával kapcsolatos attitűdök között. Feltételeztük, hogy a cigány ember, ha hívő, akkor mélyen hívő, és igyekszik mind mélyebben követni a Tanításokat – és ennek a Tanítás-követésnek jelentős pozitív szerepet tulajdonítottunk a tanulással kapcsolatos motivációk, attitűdök terén is.

A *vallásosság* mértékét a vallásosság skála (The Centrality of Religiosity Scale, CRS - Huber és Huber, 2012) egyszerűsített verziójának alkalmazásával mértük.

A fenti három nagy dimenziót – aspiráció, családi kapcsolatok, vallásosság – az iskolai motiváció vizsgálatának meglehetősen komplex keretébe helyeztük, mégpedig oly módon, hogy az *iskolai motiváció* közvetlen vizsgálatához a Kozéki-Entwistle-féle (1986) kérdőívet alkalmaztuk. Ezzel kifejezetten magasra helyeztük a léceket, hiszen egy terjedelmes, esetenként bonyolultabban értelmezhető kérdőívet alkalmaztunk, amely a célcsoportban, főleg a kisebbeknél jelentős nehézséget okozhatott. Ugyanakkor nem hagyhattuk ki a vizsgálatból, részben azért, mert ez a terület válhat a kutatás „szívévé”, ennek fényében értelmezhetőek az aspiráció, a család és a vallásosság háttérdimenziói, részben pedig azért, mert az eredmények nagyon jól összevethetőek más hazai vizsgálatok eredményeivel, amelyek további tanulási folyamatot indíthatnak el a hallgatóink körében.

A kérdőívben szereplő hatvan állítás tíz skálát alkot, amelyeket három nagy dimenzióba (követő, érdeklődő, teljesítő) soroltak be a kérdőív szerzői. Mindegyik dimenzió három-három motívumcsoportot foglal magában.

A dimenziók és motívumok a következők:

- KÖVETŐ (affektív/szociális) dimenzió
  - Melegség (M1): a gondoskodás, az érzelmi melegség szükséglete
  - Identifikáció (M2): elfogadottság szükséglete, főleg a nevelők részéről



- Affiliáció (M3): az odatarozás szükséglete, főleg egykorúakhoz
- ÉRDEKLŐDŐ (kognitív/aktivitási) dimenzió
  - Independencia (M4): a saját út követésének a szükséglete
  - Kompetencia (M5): a tudásszerzés szükséglete
  - Érdeklődés (M6): a kellemes közös aktivitás szükséglete
- TELJESÍTŐ (morális/önintegratív) dimenzió
  - Lelkiismeret (M7): bizalom, értékelés szükséglete, önérték
  - Rendszükséglete (M8): az értékek követésének a szükséglete
  - Felelősség (M9): önintegráció, morális személyiség és magatartás szükséglete
- A kiegészítő a presszióérzés (M10) annak az érzése, hogy a nevelők megértés nélkül és teljesíthetetlenül sokat követelnek. Ez az érzés nem motiváló jellegű.

Három település társadalmi és etnikai szegregált lakókörnyezetében, 2014 nyarán végzett kérdőíves felmérésünk arra irányult, hogy a telepeken élő roma gyerekek iskolához való viszonyulása milyen, illetve mi határozza azt meg. A felmérés során összesen 136 kérdőívet vettünk fel. A kérdőívek nagyobb része komplex telep program (TÁMOP 5.3.6) által érintett (Ibrány, 66 kérdőív; Nyíregyháza, 25 kérdőív), a szolnoki minta nem kapcsolódik ilyen programhoz (45 kérdőív). Az adatokat SPSS programcsomag segítségével elemeztük.

#### **4. 2. A családi háttér**

A mintába bekerülő családok nagysága valamivel nagyobb, mint az átlagos magyarországi családnagyság – tulajdonképpen úgy is mondhatnánk, hogy a hazai demográfiai folyamatokat ismerve a 4-6 fős családok – amely 2-4 gyermeket jelent, nukleáris család esetén – az ideálisak. A minta kis részben meghaladja ezt a családmódellet, és két esetben egészen nagy, 13 fő háztartást tartalmaz. Ugyanakkor azt is meg kell jegyezni, hogy a mintába került családok egy része nem a nukleáris (szülő és gyermek), hanem a kiterjesztett családmódellet szerint szerveződik, azaz a családmaggal együtt él a nagyszülők generációja, illetve esetenként a szülői generációból származó rokon (szülő testvére).

A háztartások 18 év alatti tagjainak megoszlására is jellemző, hogy főként a Magyarországon ideálisnak tartott gyermekszámú családok tagjaként került a mintába (2-3 gyerek), kisebb számban 3 és 4 gyermek él a családdal, és csak egészen kis részük él nagyobb gyermekszámú családban.

A gyerekek családi hátterének fontos mutatója a szülők iskolai végzettsége. A hazai vizsgálatok (Kertesi és Kézdi, 2004; Liskó, 2001; Messing és Molnár, 2008) szerint a telepszerű körülmények között élő felnőttek iskolai végzettsége rendkívül alacsony, amely egy cirkuláris oksági viszonyban igen fontos szerepet tölt be. Egyfelől oka az alulfoglalkoztatottnak, mélyszegénységnek, és a rendkívül rossz életkörülményeknek, másfelől következményként is értelmezhető, hiszen a munkaerő-piacról való tartós kirekesztődés, és szélsőségesen rossz életkörülmények olyan perspektívát nyújtanak a családokban felnevelkedő generációknak, amely gátolja a tanulást, rombolja a motivációt.

Mintánkban, amely három telepszerű szegregátumot képvisel, a szakirodalomnak megfelelően igen alacsony iskolai végzettséget tapasztaltunk a szülők körében. A mintába került szülőknek csupán 5,88 %-a szerzett a 8 általánosnál magasabb végzettséget, míg több mint negyedük (26,47 %) a 8 osztály befejezése előtt hagyta ott az általános iskolát.

Számos vizsgálat bizonyítja, hogy az alacsony végzettségű szülő gyereke kevésbé motivált magasabb fokon továbbtanulni. Továbbá tudjuk, hogy a továbbtanulásra az apák végzettsége nagyobb hatást fejt ki, mint az anyák végzettsége (Kasik, Guti és Gáspár, 2014; Takács, 2000). Ez az egyik legerősebben ható faktor a társadalmi hátrányok bővített újratermelődése kérdésében.

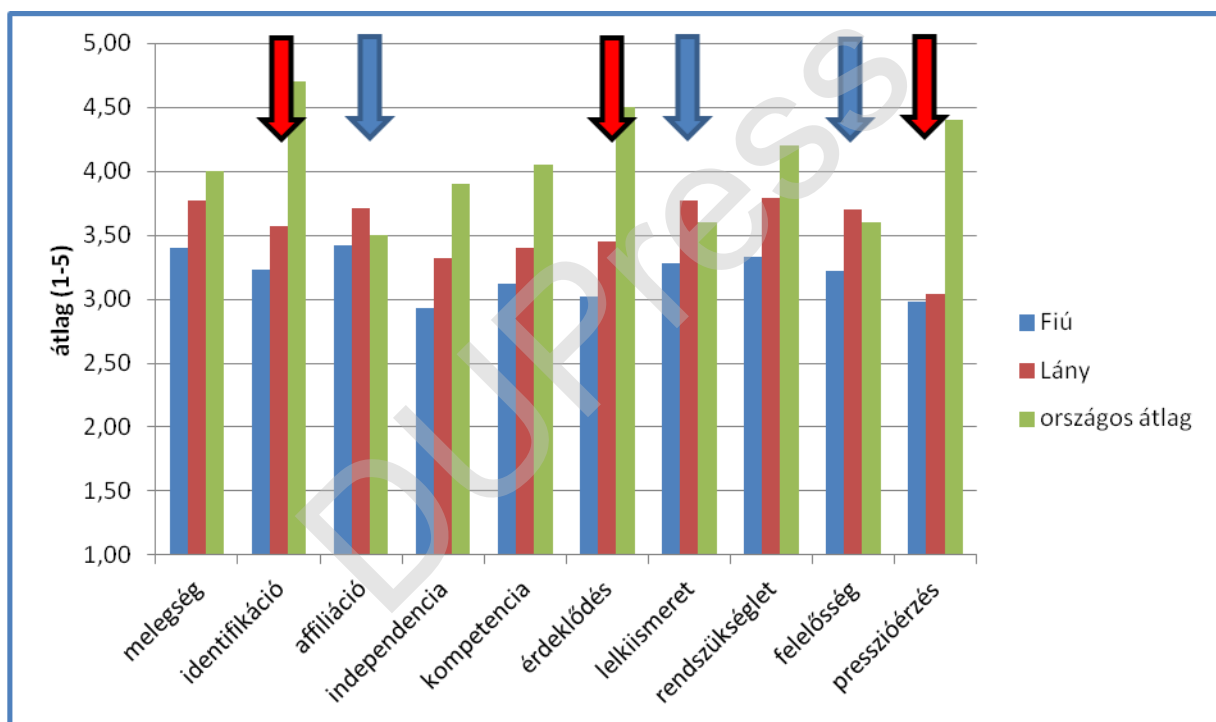
Az iskolai végzettség alapján előre jelezhető munkaerő-piaci pozíció a munkanélküliség, kirekesztettség, illetve a transferekre – főleg a családtámogatási rendszerre – való rácsatlakozás. Mindezeket a mintánk esetében is megtalálhattuk, ahol a nyílt munkaerő-piacon mindösszesen 8 fő helyezkedett el.

### **4. 3. Az iskolával kapcsolatos motiváció**

Kozéki és Entwistle (1986) a tanulási motiváció elemeit három területen tíz dimenzióba sorolta. Az affektív terület a melegség (gondoskodás, érzelmi melegség szükséglete), az affiliáció (odatartozás szükséglete – főleg az egykorúakhoz) és az identifikáció (elfogadottság szükséglete – különösen a nevelők részéről) dimenziókat foglalja magába. A kognitív terület a kompetencia (tudásszerzés szükséglete), az independencia (a saját út követésének szükséglete), és az érdeklődés (közös aktivitás szükséglete) összessége. A morális területet a lelkiismeret (bizalom, értékelés szükséglete, önér-

ték), a rendszükséglet (az értékek követésének szükséglete) és a felelősség (önintegráció, morális személyiség és magatartás szükséglete) alkotja. A tizedik dimenzió egyik területhez sem sorolható; ez a presszióérzés (azaz annak érzése, hogy a tanárok megértés nélkül és teljesíthetetlenül sokat követelnek).

A 1. ábrán a tíz motívumcsoportban elért eredmények láthatóak nemek szerint, valamint feltüntettük a mintánk viszonyát az országos átlaghoz, melyet a szakirodalom alapján írtunk le (L-né Czákó, 2006). A piros nyilakkal azokat az eseteket jelöltük, ahol a mintánk motivációs szintje jelentősen (több, mint 25 %-kal) elmarad az országos átlagtól, a kék nyilak azokat az eseteket jelölik, ahol a mintánk, **illetve kizárólag a lányok**, magasabb értéket produkáltak az országos átlagnál. A maradék négy területen a mintánk motiváltsága elmarad az országos átlagtól, de a különbség kisebb, mint 25 %.



1. ábra. A tanulási motiváció elemei

A kiugró dimenziókat beazonosítva megfogalmazhatjuk, hogy a mintánkba tartozó, telepszerű körülmények között élő gyerekek tanulási motivációja nagymértékben elmarad az országos átlagtól:

- az identifikáció dimenziójában, vagyis számukra jóval kevésbé fontos az, hogy a tanáraik elfogadják őket. Ennek oka lehet egy cirkuláris viszonyrendszer, amely a többségi társadalom előítéletességére, illetve a leszakadók perspektívtámaszkodására támaszkodik – e két tényező pedig fokról-fokra erősíti egymást, kiiktatva az identifikáció dimenzióját. Az

identifikáció motívumának elsorvadása egyben rendkívül rossz „üzenet” a pedagógusok részére, hiszen számukra – tudva, vagy tudattalanul – ez egy olyan dimenzió, amely a saját személyes értékére ad visszajelzést („elég fontos vagyok-e a gyerekek ahhoz, hogy tanuljon a kedvemért”). A gyerekek identifikációs motívumaiból kinyerhető pozitív visszajelzés, megerősítés a pedagógusok szakmai személyiségének fontos építőköve – ennek meggyengülése, véleményem szerint, fokozza a burn-out szindróma veszélyét, illetve fokozza magát a kiégést.

- az érdeklődés dimenziójában, vagyis számukra kevésbé motiváló a másokkal való közös aktivitás, együttműködés. A jelenlegi iskolarendszerben ez kisebb súlyú hátrányt jelent, hiszen a magyar közoktatás erőteljesen az egyéni teljesítményre alapoz, és háttérbe szorítja a csoportmunkát. Az egyéni teljesítmény döntő szerepe mellett viszont nagyobb hangsúlyt kapnak azok a tanulási problémák, amelyek a vizsgált mintánk szociokulturális hátrányhelyzetéből fakadnak.
- és a presszióérzés dimenziójában, azaz ők kevésbé érzik úgy, hogy a nevelők teljesíthetetlenül sokat követelnek. Vélhetően ez nem abból fakad, hogy a mintánkba tartozó gyerekek jól meg tudnak felelni a magyar iskolarendszer követelményeinek – az iskolai eredmények, a továbbtanulási és lemorzsolódási adatok nem ezt mutatják –, hanem abból, hogy a gyermek kevésbé kötődik az iskolához, és személy szerint a pedagógushoz is (lásd az identifikáció dimenzióját), így aztán közömbös a követelményekkel szemben. Nem érdekli őket, hogy nyomás alatt vannak – azaz nem érzékelik, számukra értékelhetetlen a nyomás, amely pl. a jegyekben, az iskolai megítélésükben manifesztálódik.

A mintánkba tartozó gyerekek négy további dimenzióban is elmaradnak az országos átlagtól (melegség, independencia, kompetencia, rendszükséglet), amelyek mind a tanulási motiváció gátoltságát, fejletlenségét jelzik – azaz előre jelzik az iskolai sikerek elmaradását, a továbbtanulási szándék gyengeségét.

Három dimenzió esetén a mintánkba tartozó lányok magasabb értéket értek el az országos átlagnál – míg a fiúk motivációinak ereje ezeknél is elmaradtak az országos átlagtól. Ezek:

- az affiliáció dimenziója, azaz az egykorúakhoz való tartozás szükséglete. Az iskola a kortárs csoportok és barátságok kialakulásának egyik legfontosabb közege, kortárs-

terepként biztosítja a szocializációhoz a megfelelő helyszínt, ami kiemelkedő szerepűvé teheti ezt a dimenziót. A közoktatás rendszere minden társadalmi réteget, csoportot érint, ugyanakkor az erőteljes szegregációs mechanizmusok miatt az iskoláskorú gyermekek mégsem találkozhatnak a társadalom teljes metszetével a tanintézmény falai között. Pikó Bettina (2002) leírja, hogy az intenzív kortárskapcsolatok a rizikómagatartást erősítik – és ezt különösen igaznak tartom, ha az egyéb iskolai kapcsolatok (a tanárok felé), gyengék, konfliktusosak.

- a lelkiismeret dimenziója, amely kicsit többet jelent annál, hogy valaki lelkiismeretes – ez a bizalom, és az (ön)értékelés szükségletének dimenziója. Azaz a lányok számára kiugróan fontos, hogy bízzanak bennük, és mások értékesnek lássák őket – illetve ezek segítségével fejlesszék saját önértékelésüket is. Ezt a dimenziót összefüggésbe tudom hozni a későbbi anyai viselkedéssel, amely jobban támogatja a gyerekek iskolai előmenetelét, mint az apák viselkedése (lásd fentebb).
- a felelősség dimenziója, amely a morális személyiség kialakulásának és a morális magatartás gyakorlásának szükségletét fejezi ki. A morális magatartás gyakorlása is szorosan kapcsolódik a megbízhatóság kérdéséhez, illetve a későbbi, pozitív, támogató anyaszerephez.

#### **4. 4. Összefüggések és következtetések**

A kutatás alapvető irányainak megfelelően a továbbiakban azt vizsgáljuk, hogy hogyan hat a *iskolai motiváció* alakulására – melyet a Kozéki–Entwistle-féle (1986) kérdőívvel mértünk – a szülői háttér, a vallásosság, illetve az aspirációk jellege; ezen kérdéseknek az iskolai motiváció 10 dimenzióján elért átlagértékekre gyakorolt hatására koncentrálnak.

##### **4. 4. 1. A szülői háttér és az iskolai motiváció összefüggései**

Kérdőívünkben a szülői háttér feltárására három kérdésblokkot alkalmaztunk.

Az első blokkban azt vizsgáltuk, hogy a gyerekek szerint mennyire könnyen (vagy nehezen) tudják megbeszélni az őket foglalkoztató dolgokat a környezetükben található emberekkel, beleértve a különböző fokú rokonokat, barátokat, és a tanárokat is. Ebből a blokkból az alábbiakban kifejezetten a szülőkre vonatkozó eredményekre koncentrálnak.

A második blokkban a szülői monitoring egyes területeit vizsgáltuk, azaz hogy mit gondolnak a gyerekek arról, hogy az életük különféle, főleg az iskolához kapcsolódó dolgairól mennyit tudnak a szüleik.

A harmadik blokkba tartozó állításokkal különböző szülői magatartásokat írtunk le, amelyeket a gyerekek iskolai erőfeszítéseivel kapcsolatosan tanúsíthatnak, és azt vizsgáltuk, hogy a gyerekek mennyire érzik ezeket jellemzőnek az apjukra, anyjukra.

#### **4. 4. 2 A dolgok megbeszélésének kapcsolódása az iskolai motivációhoz**

Ebben a kérdésblokkban tehát többek között azt kérdeztük meg, hogy a gyerekek mennyire könnyen, illetve nehezen beszélnek meg az őket foglalkoztató dolgokat a szüleikkel. A négyfokú skálán (nagyon nehezen, nehezen, könnyen, nagyon könnyen) csupán egy gyermek választotta a „nagyon nehezen” lehetőséget, ezért az ő válaszait kihagytuk az elemzésből. Így a megbeszélés nehézsége/könnyűsége három értéket vehet fel.

Az eredmények azt mutatják, hogy minél könnyebben tudja megbeszélni a gyerek a dolgait a szüleivel, annál magasabb értéket ér el az iskolai motiváció egyes dimenzióiban. Ez alól egyetlen kivétel van: az anyával való megbeszélés könnyebbsége és az M10-es, presszióérzés dimenziója között fordított arányosság van, azaz az anyához kapcsolódó kommunikáció erőssége enyhíti az iskolai presszióérzést.

Az eredményeket varianciaanalízisnek alávetve (**AN**alysis **Of** **V**ariance = **ANOVA**) kirajzolódik, hogy az iskolai motiváció 10 dimenziója közül melyek azok, ahol a megbeszélés könnyebbsége szignifikánsan erősíti a gyerek motiváltságát. Az alábbi táblázatban összegyűjtött szignifikanciaszintek 0,05-nél alacsonyabb értékei mutatják azt, hogy az megbeszélés könnyűsége szerint alkotott csoportok motivációra vonatkozó válaszai között van különbség, az átlagok nem egyenlők. Másképpen: ahol az eredmény 0,05, vagy kisebb (*dőlt és félkövér kiemelés*) ott biztosan van hatás a két vizsgált dolog között. Csillaggal azt a két eredményt jelöltük, amely statisztikailag ugyan nem szignifikáns, de azt jelentősen megközelíti, tehát a feltételezett hatást ez esetben is közel bizonyítottnak tekinthetjük.

**1. táblázat. A szülővel való megbeszélés nehézsége és az iskolai motiváció területeinek összefüggése közötti szignifikancia**

Motiváció dimenziói	A varianciaanalízis (ANOVA) eredménye (p)	
	apával való megbeszélés	anyával való megbeszélés
M1: melegség	<b>0,015</b>	<b>0,002</b>
M2: identifikáció	0,506	0,111
M3: affiliáció	<b>0,043</b>	* 0,059
M4: independencia	0,514	<b>0,048</b>
M5: kompetencia	<b>0,014</b>	<b>0,006</b>
M6: érdeklődés	<b>0,029</b>	<b>0,019</b>
M7: lelkiismeret	0,256	<b>0,002</b>
M8: rendszükséglet	<b>0,024</b>	* 0,052
M9: felelősség	<b>0,027</b>	<b>0,009</b>
M10: presszióérzés	0,204	0,553

Látjuk, hogy az M2 és M10 dimenziók egyik szülővel való megbeszélés esetében sem mutatnak szignifikáns eredményt, az M4 és az M7 pedig az apától való megbeszélés nehézségétől/könnyűségétől független, míg az anyai megbeszéléssel összefüggést mutatnak.

**4. 4. 3. A szülői monitoring fontossága**

A szülői monitoring területét vizsgálva nyolc, a szülők tudására vonatkozó kérdést tettünk fel. A válaszadó gyerekek háromfokú skálán fejtették ki véleményüket arról, hogy mit gondolnak, az egyes kérdésekben mennyit tud az apa, illetve az anya a gyerek dolgairól. A vizsgálat eredményeiből az látszik, hogy a legtöbb dimenzió esetén számít, hogy mennyit tudnak a szülők: minél többet tudnak, annál jobbak a gyerek motiváltságra vonatkozó eredményei.

Az anyai monitoring hatása erősebb, mondhatni tisztább: a legtöbb motivációs dimenziója esetében 0,00, vagy ahhoz közeli (0,01-0,02) p érték nagyon erős kapcsolatot jelez. Az M4 (independencia) és az M10 (presszióérzés) dimenziói egyaránt függetlennek tűnnek mind az apai, mind az anyai monitoring erősségétől – ez a függetlenség az M4 esetében gyengébben, az M10 esetében erősebben jelen van.

2. táblázat. Szülői monitoring vs. iskolai motiváció, szignifikancia-értékek

Motiváció dimenziói	Kik a barátaid	Mire költöd el	Hol vagy iskola	Hová mész este	Mit csinál a szaka	Mit csinál az iskola	Milyen jegyeid vannak	Mit gondolnak rólad
<b>Apa</b>								
M1: melegség	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,001</i>	<i>0,019</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>
M2: identifikáció	0,076	<i>0,000</i>	<i>0,011</i>	<i>0,002</i>	<i>0,025</i>	<i>0,004</i>	<i>0,001</i>	<i>0,010</i>
M3: affiliáció	0,069	<i>0,001</i>	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,016</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>
M4: independencia	0,057	0,218	0,081	<i>0,039</i>	0,273	0,232	<i>0,013</i>	<i>0,008</i>
M5: kompetencia	0,120	<i>0,005</i>	<i>0,006</i>	<i>0,000</i>	0,211	0,051	<i>0,008</i>	<i>0,001</i>
M6: érdeklődés	<i>0,034</i>	<i>0,001</i>	<i>0,002</i>	<i>0,000</i>	<i>0,010</i>	<i>0,029</i>	<i>0,028</i>	<i>0,004</i>
M7: lelkiismeret	0,102	<i>0,000</i>	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,038</i>	<i>0,033</i>	<i>0,001</i>	<i>0,004</i>
M8: rendszükséglet	<i>0,008</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,004</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>
M9: felelősség	0,093	0,064	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	0,278	0,115	<i>0,033</i>	<i>0,003</i>
M10: presszióérzés	0,055	0,111	0,412	0,496	0,238	0,506	0,086	0,115
<b>Anya</b>								
M1: melegség	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>
M2: identifikáció	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>
M3: affiliáció	<i>0,002</i>	<i>0,003</i>	<i>0,000</i>	<i>0,002</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>
M4: independencia	<i>0,024</i>	0,195	0,055	0,066	<i>0,015</i>	0,213	<i>0,002</i>	<i>0,002</i>
M5: kompetencia	<i>0,000</i>	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,016</i>	<i>0,001</i>	<i>0,003</i>
M6: érdeklődés	<i>0,001</i>	<i>0,001</i>	<i>0,001</i>	<i>0,001</i>	<i>0,002</i>	<i>0,004</i>	<i>0,016</i>	<i>0,011</i>
M7: lelkiismeret	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>
M8: rendszükséglet	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>
M9: felelősség	<i>0,000</i>	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,002</i>	0,077	<i>0,002</i>	<i>0,031</i>
M10: presszióérzés	0,852	0,552	0,238	0,670	0,873	0,910	0,501	0,970

#### 4. 4. 4. Az iskolai erőfeszítések támogatása

A gyerek iskolai erőfeszítéseivel kapcsolatos szülői magatartást 10-10 állítással vizsgáltuk, melyekkel kapcsolatban a gyerekek eldönthették, mennyire jellemzőek azok az apjukra, illetve az anyjukra. Az állítások alapvetően pozitívak – azaz meleg és támogató szülői magatartásra, vagy támogató és fejlesztő magatartásra vonatkoznak –, de van köztük szigorú és korlátozó szülői magatartásra vonatkozó, valamint negatív, visszahúzó erőt képviselő szülői magatartásra vonatkozó állítás is:



- 1) Segít, ha szükségem van rá (meleg és támogató)
- 2) Engedi, hogy azt tegyem, amire szükségem van (támogató és fejlesztő)
- 3) Türelmes velem (meleg és támogató)
- 4) Megérti a problémáimat, gondjaimat (meleg és támogató)
- 5) Szereti, ha én döntök a dolgaimban (támogató és fejlesztő)
- 6) Megpróbál mindenben ellenőrizni (szigorú és korlátozó)
- 7) Úgy bánik velem, mint egy kisgyerekekkel (szigorú és korlátozó)
- 8) Meg tud vigasztalni, ha valami bánt (meleg és támogató)
- 9) Biztat, hogy tanuljak rendesen (támogató és fejlesztő)
- 10) Nem hiszi, hogy van értelme tanulnom (negatív és visszahúzó)

Feltételezésünk szerint a támogató típusú szülői magatartás jótékonyan hat a gyerekek iskolai motivációira, vagyis minél erőteljesebben érzékelik a gyerekek a szüleik részéről a támogatást, annál inkább motiváltak lesznek az iskolában. Feltételeztük továbbá, hogy a korlátozó, illetve negatív szülői magatartás gyengíti az iskolai motivációt.

A két vizsgált terület változóit (iskolai erőfeszítések támogatása a szülők részéről vs. iskolai motiváció) varianciaanalízissel (ANOVA) megvizsgálva csupán részben kaptuk a várt eredményt. A pozitív szülői hozzáállás mindkét típusa (meleg, illetve fejlesztő) erős kapcsolatba hozható a motiváció egyes dimenzióival – azaz minél támogatóbbnak érzik a szülők magatartását a gyerekek, annál jobb eredményeket érnek el az iskolai motiváció egyes dimenzióiban. Ez a kapcsolat csupán az M4 (independencia) és az M10 (presszióérzés) esetében nem figyelhető meg – ahogy a korábban vizsgált családi dimenziók esetében, ez a két motivációs dimenzió itt is elkülönül.

Az eredmények nem igazolták a vártakozást a negatívnak definiált szülői viselkedéssel kapcsolatban. Azt vártuk, hogy a „Megpróbál mindenben ellenőrizni”, az „Úgy bánik velem, mint egy kisgyerekekkel” és a „Nem hiszi, hogy van értelme tanulnom” kijelentésekkel jellemezhető szülői viselkedések fordított arányosságban hatnak a motivációra, azaz minél erősebben érzékeli a gyerek az adott viselkedést, annál gyengébb lesz a motivációja. Ezzel szemben a varianciaanalízis szerint ezen dimenziók esetében nincsen szignifikáns hatás. A negatív szülői viselkedés csak gyengén – de nem szignifikánsan – kapcsolódik az „Úgy bánik velem, mint egy kisgyerekekkel” viselkedés esetén, és egyáltalán nem kapcsolódik a másik két kijelentés esetén.

**3. táblázat. Az iskolai erőfeszítések támogatása vs. iskolai motiváció, szignifikancia-értékek - Apa**

	Segít, ha szükségem van rá	Engedi, hogy azt tegyem, amire szükségem van	Türelmes velem	Megérti a problémáimat, gondjaimat	Szereti, ha én döntök a dolgaiban	Megpróbál mindenben ellenőrizni	Úgy bánik velem, mint egy kisgyerekekkel	Meg tud vigasztalni, ha valami bánt	Biztat, hogy tanuljak rendszeren	Nem hiszi, hogy van értelme tanulnom
M1: melegség	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,404	0,122	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,057
M2: identifikáció	<i>0,006</i>	<i>0,025</i>	<i>0,021</i>	<i>0,006</i>	<i>0,002</i>	0,552	0,486	<i>0,000</i>	<i>0,003</i>	0,139
M3: affiliáció	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,092	<i>0,003</i>	<i>0,000</i>	0,441	<i>0,032</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,314
M4: independencia	<i>0,012</i>	<i>0,010</i>	0,080	0,057	0,775	0,870	0,088	<i>0,011</i>	<i>0,007</i>	0,183
M5: kompetencia	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,026</i>	<i>0,001</i>	<i>0,003</i>	0,239	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,002</i>	0,493
M6: érdeklődés	<i>0,001</i>	<i>0,004</i>	<i>0,005</i>	<i>0,000</i>	<i>0,014</i>	0,108	<i>0,006</i>	<i>0,000</i>	<i>0,010</i>	0,174
M7: lelkiismeret	<i>0,006</i>	<i>0,000</i>	0,118	<i>0,002</i>	<i>0,001</i>	0,167	0,055	<i>0,002</i>	<i>0,001</i>	0,140
M8: rendszükséglet	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,026</i>	<i>0,000</i>	<i>0,001</i>	0,156	0,092	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,091
M9: felelősség	<i>0,002</i>	<i>0,000</i>	0,138	<i>0,004</i>	<i>0,001</i>	0,293	0,058	<i>0,003</i>	<i>0,001</i>	0,881
M10: presszióérzés	0,605	0,630	0,148	0,388	0,288	0,702	0,029	0,057	0,067	0,598

**4. táblázat. Az iskolai erőfeszítések támogatása vs. iskolai motiváció, szignifikancia-értékek - Anya**

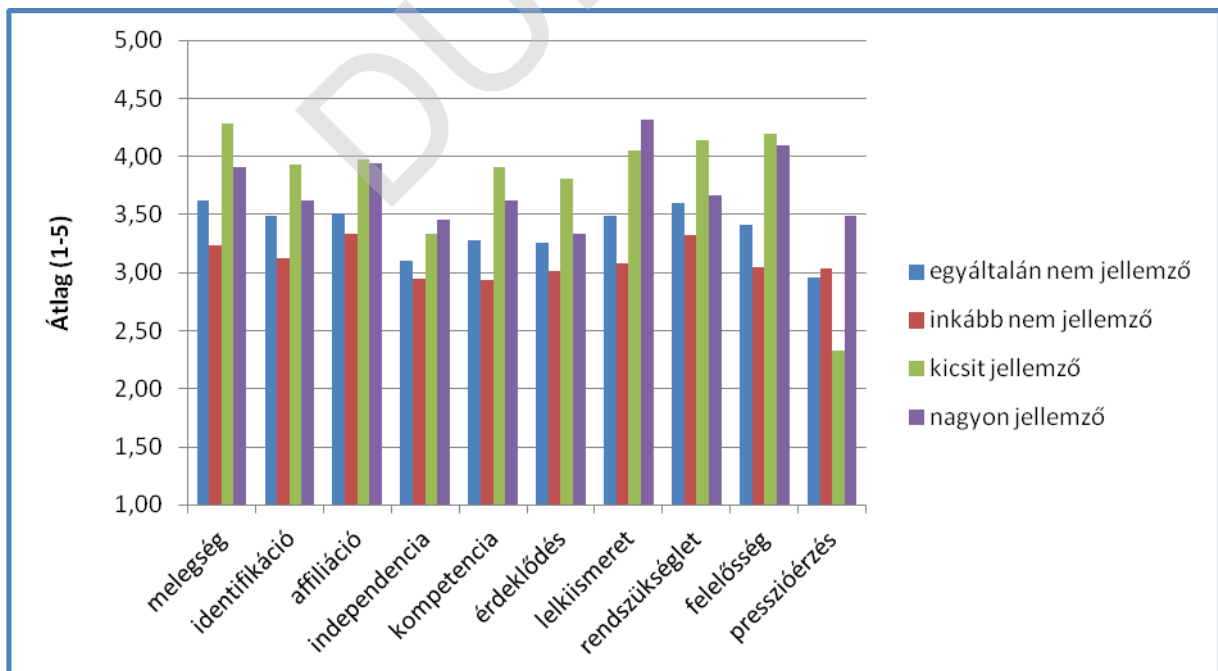
	Segít, ha szükségem van rá	Engedi, hogy azt tegyem, amire szükségem van	Türelmes velem	Megérti a problémáimat, gondjaimat	Szereti, ha én döntök a dolgaimban	Megpróbál mindenben ellenőrizni	Úgy bánik velem, mint egy kisgyerekekkel	Meg tud vigasztalni, ha valami bánt	Biztat, hogy tanuljak rendszeren	Nem hiszi, hogy van értelme tanulnom
M1: melegség	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,001</i>	0,954	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,336
M2: identifikáció	<i>0,000</i>	<i>0,002</i>	<i>0,004</i>	<i>0,000</i>	<i>0,051</i>	<i>0,043</i>	0,813	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,362
M3: affiliáció	<i>0,000</i>	<i>0,001</i>	<i>0,005</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,006</i>	0,177	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	0,495
M4: independencia	<i>0,003</i>	0,208	0,128	<i>0,003</i>	0,826	<i>0,002</i>	0,933	<i>0,009</i>	<i>0,002</i>	0,431
M5: kompetencia	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,046</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,156	0,138	<i>0,001</i>	<i>0,000</i>	0,159
M6: érdeklődés	<i>0,000</i>	<i>0,017</i>	0,078	<i>0,003</i>	<i>0,020</i>	0,093	0,442	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,634
M7: lelkiismeret	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,005</i>	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,126	0,110	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,495
M8: rendszükséglet	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,048</i>	<i>0,000</i>	<i>0,003</i>	<i>0,037</i>	0,596	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	<i>0,048</i>
M9: felelősség	<i>0,000</i>	<i>0,004</i>	0,201	<i>0,000</i>	<i>0,000</i>	0,418	0,095	<i>0,002</i>	<i>0,001</i>	0,619
M10: presszióérzés	0,840	<i>0,021</i>	0,315	0,550	0,005	0,092	0,452	0,536	0,233	0,932

#### 4. 4. 5 A vallásosság és az iskolai motiváció összefüggései

A mintánk vallásosságát a vallásosság skála (The Centrality of Religiosity Scale, CRS - Huber és Huber, 2012) egyszerűsített verziójának alkalmazásával mértük. Ebből az öt állítást tartalmazó skálából kiemelhetjük azt a dimenzió, amely leginkább jellemzi az intézményesült vallásosságot: a templomba járását.

Az alábbi ábrán a tíz iskolai motívumcsoportban elért eredmények láthatóak aszerint, hogy a válaszadók mennyire vallották magukat templomba (gyülekezetbe) járónak. Látható, hogy akikre jellemzőbb a templomba járás („kicsit jellemző” és „nagyon jellemző”), rendre magasabb értékeket kaptak a motiváció különböző területein, mint azok, akik nem járnak templomba („inkább nem jellemző” és „egyáltalán nem jellemző”). Ez az eredmény megfelelni látszik előzetes várakozásunknak. Kivételt az M10-es dimenzió képez, ahol a „kicsit jellemző” kategória a legalacsonyabb értéket kapja.

Ugyanakkor látjuk azt is, hogy azok, akikre egyáltalán nem jellemző, hogy templomba járnának, mind a 9 pozitív motivációs terület esetében jobb eredményt mutatnak (az M10 tehát itt is kivétel), mint azok, akik kevésbé határozottan állították magukról azt, hogy nem járnak templomba. Ennek az okát egyelőre nem tudjuk megmondani.



2. ábra. A templomba járás és az iskolai motiváció összefüggése

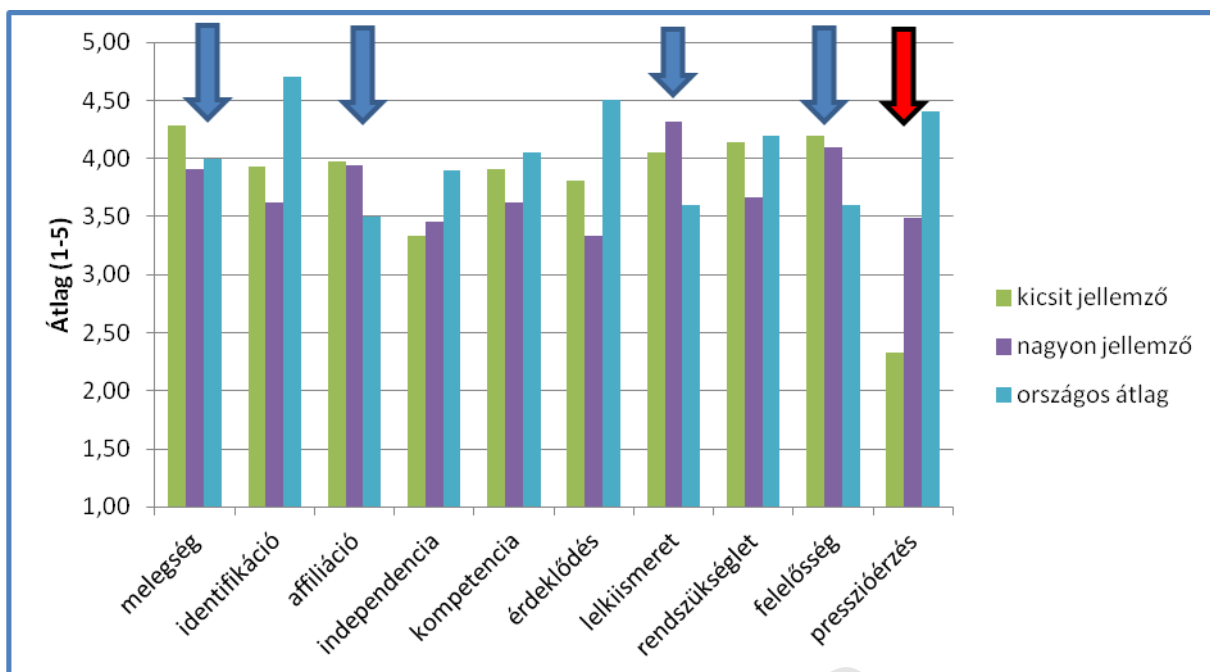
A templomba járás és az iskolai motiváció közötti összefüggés hét motivációs dimenzió között szignifikáns, igazolható. Vagyis hat pozitív motivációs területen a templomba járók szignifikánsan magasabb értékeket értek el, mint a templomba nem járók. A negatív területen (presszióérzés) is szignifikáns a különbség, amely fakadhat abból is, hogy az alacsonyán motivált csoport valójában egy olyan nemtörődöm hozzáállást tanúsít az iskolával szemben, amelynél fogva ők nem érzik az elvárásokban megnyilvánuló nyomást – miközben a motiváltabb csoport ezt a nyomást már érzi, hiszen ő motiváltabb arra, hogy beilleszkedjen az iskolába, vagy arra, hogy jobban teljesítsen.

### 5. táblázat. Igazolható-e a templomba járás pozitív hatása?

Motiváció dimenziói	ANOVA (p)
M1: melegség	<b>0,011</b>
M2: identifikáció	<b>0,037</b>
M3: affiliáció	<b>0,039</b>
M4: independencia	0,112
M5: kompetencia	<b>0,003</b>
M6: érdeklődés	0,114
M7: lelkiismeret	<b>0,000</b>
M8: rendszükséglet	0,112
M9: felelősség	<b>0,000</b>
M10: presszióérzés	<b>0,007</b>

A 3. ábrán a templomba járó két kategória átlagát viszonyítjuk az országos átlaghoz. Ha csak a két szélsőséget vesszük figyelembe, melyeket nyilakkal jelöltünk, látható, hogy a templomba járók csupán egy terület esetében maradnak el több, mint 25 %-kal az országos mintától (szemben az 1. ábra 3 jelölésével), igaz, ezt az értéket azért esetükben is megközelíti két másik motivációs terület (identifikáció és érdeklődés). Az elmaradás egyábként az M10-es dimenzióban észlelhető, amely kutatásunkban más szempontból is „különösen viselkedik”, vagyis valószínűleg más jellegű kapcsolat alakulhatott ki a vizsgált háttérváltozókkal, mint a pozitív motivációs dimenziók esetén (M1-M9):

A templomba járók a másik végleten is jobb eredményeket mutatnak, mint a teljes minta, ugyanis három motivációs terület helyet négy esetében haladják meg az országos átlagot.



3. ábra. A templomba járók iskolai motivációja az országos átlaghoz képest

#### 4. 4. 6. Az életcélok és az iskolai motiváció összefüggései

Az életcélok fontosságát (illetve elérésük valószínűségét, valamint azt, hogy mennyiben valósultak már meg) az aspirációs index (Kasser és Ryan, 1993) kérdéseivel mértük. Az aspirációs index életcéljai 7 dimenzióba csoportosíthatóak, melyek közül három úgynevezett *belső érték* (intrinzik: személyes növekedés, tartalmas kapcsolatok, társadalmi hasznosság), három *külső érték* (extrinzik: gazdagság, hírnév és kinézet), a hetedik pedig ilyen értelemben nem besorolható érték (egészség).

Előzetes várakozásaink szerint a belső értékek jobban hatnak az iskolai motivációra, mint a külső értékek, illetve az egészség. A belső értékek és az iskolai motiváció pozitív dimenziói között (M1-M9) egyenes arányosságot feltételeztünk, azaz minél fontosabb a válaszadó számára a belső értékek valamelyike, annál inkább motivált a tanulásra.

Az aspirációk erőssége és a tanulási motivációk ereje közötti kapcsolatot varianciaanalízissel (ANOVA) megvizsgálva látjuk, hogy a korábbi háttérváltozókhoz (a családi kapcsolatok három dimenziója, illetve a templomba járás) képest az aspiráció kevésbé egyértelműen hozható kapcsolatba a tanulási motivációkkal. A belső aspirációk csupán 6-7 motivációs dimenzióval hozhatók szignifikáns kapcsolatba, a külső aspirációk 0, 4 és 5 motiváció esetében értek el

szignifikáns értéket, az egészség aspirációja pedig egyetlen motivációhoz sem kapcsolódik szignifikánsan. Az eredmények úgy értelmezhetőek, hogy az életcélok – különösen a belső jellegű aspirációk – bizonyos tanulási motivációk esetében egyértelműen pozitív hatást gyakorolnak, de ez a hatás nem olyan általános érvényű (nem olyan erős?), mint a családi kapcsolatok erősségének, vagy a templomba járásnak a hatása.

**6. táblázat. Aspirációk vs. iskolai motiváció, szignifikancia-értékek**

	személyes növekedés	tartalmas kapcsolatok	társadalmi hasznosság	gazdagság	hírnév	kinézet	egészség
M1: melegség	<b>0,006</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,021</b>	0,103	<b>0,025</b>	0,220
M2: identifikáció	0,083	0,184	0,193	0,602	0,155	0,219	0,833
M3: affiliáció	<b>0,043</b>	<b>0,009</b>	<b>0,000</b>	0,500	0,252	<b>0,050</b>	0,413
M4: independencia	0,287	0,176	0,292	<b>0,052</b>	0,224	0,836	<b>0,486</b>
M5: kompetencia	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,036</b>	0,092	0,380	0,632
M6: érdeklődés	<b>0,019</b>	0,177	0,023	0,079	0,077	0,383	0,934
M7: lelkiismeret	<b>0,007</b>	<b>0,004</b>	<b>0,000</b>	0,319	0,254	<b>0,003</b>	0,344
M8: rendszükséglet	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,044</b>	0,168	<b>0,029</b>	0,402
M9: felelősség	<b>0,004</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	0,311	0,517	<b>0,040</b>	0,292
M10: presszióérzés	0,350	0,982	0,807	0,571	0,306	0,934	0,743

#### 4. 5. Összegzés

Az Evangélikus Roma Szakkollégium hallgatóival a *telepszerű körülmények között élő* lakosság – azaz a szegregátumokban élő romáknak – azon attitűdjeit vizsgáltuk, amelyek támogatják, vagy gátolhatják a gyermekek iskolai sikerességüket. A vizsgálatunkat úgy terveztük meg, hogy egy távlati cél (a romák társadalmi boldogulása) felé vezető egyik tényező (az iskolai sikeresség) egy fontos háttérváltozójáról (motiváció) tudjunk mondani néhány terepen összegyűjtött adatot.

A kutatás során bebizonyosodott, hogy eltérő mértékben ugyan, de a háttérváltozók mindhárom csoportja valamilyen hatást gyakorol a tanulási motivációkra. A hatás sok esetben szignifikáns – azaz statisztikailag bizonyítható.

**1) Az erős szülői kapcsolat, ezen belül különösen az erős szülői monitoring pozitívan hat a gyerekek iskolával kapcsolatos attitűdjeire**

A **szülőkkel való megbeszélés** nehézségére/könnyűségére vonatkozó eredmények azt mutatják, hogy minél könnyebben tudja megbeszélni a gyerek a dolgait a szüleivel, annál magasabb értéket ér el az iskolai motiváció egyes dimenzióiban. Ez alól egyetlen kivétel van: az anyával való megbeszélés könnyebbsége és az M10-es, presszióérzés dimenziója között fordított arányosság van, azaz az anyához kapcsolódó kommunikáció erőssége enyhíti az iskolai presszióérzést.

Az eredményeket varianciaanalízisnek alávetve (**ANalysis Of VAriance = ANOVA**) kirajzolódik, hogy az apával való megbeszélés az iskolai motiváció hat dimenziójára fejt ki szignifikáns hatást, míg az anyával való megbeszélés hat dimenzió esetén szignifikáns, és további két dimenzióval a szignifikancia szintet erősen megközelítő hatást gyakorol.

Az apa és az anya részéről észlelt **monitoring** hatása a motivációra részben különbözik, részben pedig nem.

A különbség abban mutatkozik meg, hogy az anyai monitoring hatása erősebb, mondhatni tisztább: a 28. ábra legtöbb motivációs dimenziója esetében 0,00, vagy ahhoz közeli (0,01-0,02) p érték nagyon erős kapcsolatot jelez. Az apai monitoring esetében annak tudása, hogy kik a gyerek barátai több motivációs területen sem hoz szignifikáns eredményt a motiváció erősségére vonatkozóan, és néhány területen ugyanígy „hatástalan” az, ha az apa sokat tud arról, hogy mit csinál a gyerek a szabadidejében. Továbbá az M9 (felelősség) dimenziójában az apai monitoring több eleme is „hatástalannak” bizonyult.

A hasonlóság abban mutatkozik meg, hogy az M4 (independencia) és az M10 (presszióérzés) dimenziói egyaránt függetlennek tűnnek mind az apai, mind az anyai monitoring erősségétől – ez a függetlenség az M4 esetében gyengébben, az M10 esetében erősebben jelen van.



**A tanulási erőfeszítések támogatására irányuló szülői magatartás** lehet pozitív és támogató (meleg, illetve fejlesztő), illetve negatív (túlzottan szigorú, korlátozó, illetve visszahúzó). A pozitív szülői hozzáállás mindkét típusa (meleg, illetve fejlesztő) erős kapcsolatba hozható a motiváció egyes dimenzióival – azaz minél támogatóbbnak érzik a szülők magatartását a gyerekek, annál jobb eredményeket érnek el az iskolai motiváció egyes dimenzióiban. Ez a kapcsolat csupán az M4 (independencia) és az M10 (presszióérzés) esetében nem figyelhető meg. A negatívnak definiált szülői viselkedéssel kapcsolatban nem találtunk szignifikáns

## **2) A vallásosság mértéke és az iskolával kapcsolatos attitűdök között pozitív összefüggés található**

A templomba járás és az iskolai motiváció közötti összefüggés hét motivációs dimenzió között szignifikáns, igazolható (hat pozitív és az M10). A templomba járók motiváltság tekintetében csak egy dimenzió esetében maradnak el több, mint 25 %-kal az országos mintától (szemben teljes minta 3 dimenziójával). A templomba járók négy motivációs terület esetében meghaladják az országos átlagot.

## **3) Az aspiráció belső értékei közvetlen kapcsolatban állnak a pozitív iskolai attitűdökkel, míg a külső értékek nem kapcsolódnak ezekhez**

Csupán két belső aspiráció hat a tanulási dimenziókra oly módon, hogy az erősebb aspiráció vonzata az erősebb tanulási dimenzió lesz. Ez a *személyes növekedés* és a *társadalmi hasznosság* aspirációja. A *tartalmas kapcsolatok* aspirációja éppúgy nem hat látványosan a tanulási motivációra, mint a külső célok, illetve az *egészség*.

A presszióérzés (M10) jellemzően a belső aspirációk esetében viselkedik másképp, mint a többi kilenc tanulási motiváció: a magasabb értékű aspirációk inkább csökkentik az M10 értéket (fordított arányosság). Egyértelmű fordított arányosság azonban csupán a személyes fejlődés aspirációjának magasabb értékei esetében figyelhető meg.

Az aspirációk erőssége és a tanulási motivációk ereje közötti kapcsolatot varianciaanalízissel (ANOVA) megvizsgálva látjuk, hogy a belső aspirációk 6-7 motivációs dimenzióval hozhatók szignifikáns kapcsolatba, a külső aspirációk 0, 4 és 5 motiváció esetében értek el szignifikáns

értéket, az egészség aspirációja pedig egyetlen motivációhoz sem kapcsolódik szignifikánsan. Az eredmények úgy értelmezhetőek, hogy az életcélok – különösen a belső jellegű aspirációk – bizonyos tanulási motivációk esetében egyértelműen pozitív hatást gyakorolnak, de ez a hatás nem olyan általános érvényű (nem olyan erős?), mint a családi kapcsolatok erősségének, vagy a templomba járásnak a hatása

## Irodalomjegyzék

- Albert Fruzsina, Dávid Beáta: A barátokról. In: Kolosi Tamás., Tóth István György., Vukovich György. [szerk.] Társadalmi Riport., TÁRKI, Budapest, 1998a. 257-278.
- Albert Fruzsina, Dávid Beáta: Az emberi kapcsolatok. In: Sik Endre., Tóth István György. [szerk.] Magyar Háztartás Panel Műhelytanulmányok 9. BKE-TÁRKI, Budapest. 1998b. 146-164.
- Aszmann Anna [szerk.]: Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. OGYEI-NDI, Budapest, 2003.
- Fodor László: Fejezetek a motivációkutatásból. Gondolat, Budapest, 2007.
- Huber, S., Huber, O. V.: The Centrality of Religiosity Scale (CRS). *Religions* 2012/3.: 710–724.
- Kasik László, Guti Kornél, Gáspár Csaba: Hátrányos és nem hátrányos helyzetű diákok szociálisprobléma-megoldó gondolkodása. *Magyar Pedagógia*, 2014. 114/1: 49–63.
- Kasser, T., & Ryan, R. M.: A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993. 65(2), 410-422.  
[http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/1993\\_KasserRyan\\_DarkSide.pdf](http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/1993_KasserRyan_DarkSide.pdf)
- Kertesi Gábor, Kézdi Gábor: *Általános iskolai szegregáció – okok és következmények.* MTA Közgazdaságtudományi Intézet, (*Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek* 2004/7), Budapest, 2004.
- Kozéki Béla., Entwistle, N. J.: Tanulási motivációk és orientációk vizsgálata magyar és skót iskoláskorúak körében. *Pszichológia*, 2. , 1986. 271–292.

- Liptákné Czákó Ildikó: Edelény város 7. és 10. osztályos tanulóinak motivációs vizsgálatának eredménye. *Kézirat*, 2006.
- Liskó Ilona: A cigány tanulók és a pedagógusok. *Iskolakultúra*, 2001. 11-12: 3-14.
- Messing Vera, Molnár Emilia: „...több odafigyelés kellett volna...” – A roma gyerekek iskolai sikerességének korlátairól. *Esély* 2008/4: 77-93.
- Németh Ágnes [szerk.]: Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. OGYEI, Budapest, 2007.
- Pikó Bettina: Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002.
- Takács Viola: A szülők iskolai végzettsége és gyermekeik iskolázási terve. *Iskolakultúra* 2000/8: 14-33.

DUPRESS

## 5. A társas kapcsolatok jelentősége a társadalmi integrációban

Dr. habil. Dávid Beáta –Dr. Huszti Éva - Lukács Ágnes

### 5.1 Bevezetés

#### *A társas kapcsolatok jelentősége*

A társas kapcsolatok jelentőségére fókuszáló fejezetünk hiánypótló jellegű, hiszen a vonatkozó hazai szakirodalomban nem vagy kevéssé hangsúlyosan jelenik meg az, hogy a kapcsolati tőkének a cigányság számára is központi szerepe lehet, különösen a társadalmi integráció szempontjából (Albert & Dávid 2007).

De mi is az a kapcsolati tőke? A kapcsolati tőke a társadalmi tőke fontos alkotóeleme. Mind a társadalmi, mind a kapcsolati tőke olyan erőforrások a modern társadalmakban, melyeknek egyre nagyobb szerepük van mindennapjainkban. A kapcsolati tőke hiánya felerősíti az izolációt, szegregációt, marginalizációt veszélyét, és ezzel együtt jelentősen csökkenti a társadalmi integráció esélyét (Bourdieu 1983, Granovetter 1983, Sik, 2012).

Ebben a fejezetben azt járjuk körül, hogy a társas kapcsolatoknak, a személyes kapcsolathálózat kiterjedtségének, összetételének milyen hatása van a társadalmi integrációra, az életminőségre, az egyéni mobilizációra, illetve annak sikerességére. Az elméleti áttekintésben a következő témákat érintjük: Mi a társadalmi tőke? Mi a kapcsolati tőke? Miért fontosak a társas kapcsolatok? Milyen típusai vannak a társas kapcsolatoknak? Milyen szerepe van a társas támogatást nyújtó egyéni kapcsolati hálónak, a szolidaritás kis köreinek?

Az elméleti részek után egy sajátos helyzetben lévő társadalmi csoport, a roma származású egyetemisták kapcsolathálózatát elemezzük egy nagyobb kutatás vonatkozó részeinek bemutatásával. A roma egyetemisták példáján keresztül próbáljuk érzékeltetni, hogy mennyire fontos a társas kapcsolatok szerepe a társadalmi integrációban és vázoljuk, hogy a társas kapcsolatok hogyan segítik a társadalmi beilleszkedést.

## 5. 2. Elméleti áttekintés

### 5. 2. 1 Társadalmi tőke, kapcsolati tőke

A kapcsolatokról szólva, azok jelentőségét kiemelve, érdemes a társadalmi tőke fogalom definiálásával kezdeni. Pierre Bourdieu az elsők között definiálta a társadalmi tőkét. Szerinte a társadalmi tőke olyan erőforrás, amely egy adott csoporthoz való tartozáson alapul. A társadalmi tőke jelentősége akkor mutatkozik meg, mikor nagyjából azonos gazdasági és kulturális tőkével rendelkező egyének egymástól lényegesen eltérő eredményeket érnek el attól függően, hogy saját érdekükben mennyire képesek mobilizálni egy tőkeerős csoport rendelkezésre álló tőkéjét. Bourdieu állítása szerint az, hogy egy egyén mekkora társadalmi tőkét birtokol, két dologtól függ: 1) annak a kapcsolati hálónak a kiterjedésétől, amit ténylegesen mozgósítani tud; 2) annak a tőkének (gazdasági, kulturális, szimbolikus) a nagyságától, amit az egyén kapcsolathálózatába tartozók birtokolnak (Bourdieu 1983).

A kapcsolati tőke a bourdieu-i megközelítésben a társadalmi és a tudástőke közös része. A kapcsolati tőkének az egyének szintjén történő működését Bourdieu mellett Coleman írja le. Coleman szerint a társadalmi tőke nem más, mint a személyek között létrejövő társadalmi intézmény, ami az egyén céljai elérését segíti oly módon, hogy csökkenti a célok eléréséhez szükséges társadalmi költségeket. Coleman Bourdieuval szemben a társadalmi tőkét a kapcsolathálózat struktúrájával, kohéziójával jellemzi. A társadalmi tőkére olyan erőforrásként tekint, amely jelentős mértékben hozzájárulhat az egyén iskolai karrierjéhez és ezzel társadalmi mobilitásához is (Coleman 1988).

Lin az individuum, az egyén szintjén (mikro-szint) értelmezi a társadalmi tőkét. Meghatározása szerint a kapcsolati tőke és a társadalmi tőke között alapvető különbségek vannak: 1) a kapcsolati tőke az egyén kapcsolathálózati jellemzőit, társas kapcsolatainak minőségét és mennyiségét foglalja magában; 2) a társadalmi tőke a kapcsolatokon keresztül elérhető és mobilizálható erőforrásokat jelenti (Lin 2008).

A társas kapcsolatok intenzitása és kölcsönössége szerint Lin a társadalmi kötődés három típusát különbözteti meg (Lin 2008):

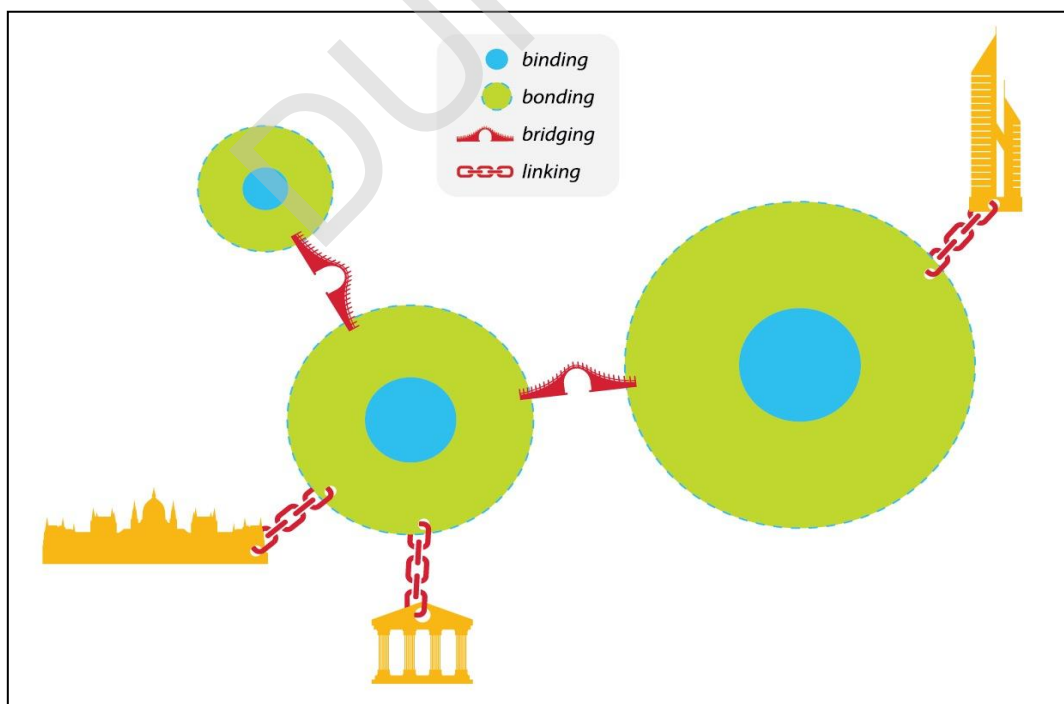
1. **„binding”** – az egyénhez legközelebb álló kapcsolatok, több szempontból (nem, kor, iskolai végzettség, stb.) is homogén csoportot alkotnak. Ezeket az erős érzelmeken és kölcsönös segítségnyújtáson alapuló intim és bizalmas kapcsolatokat Granovetter alapján ún. erős kötéseknek nevezzük. Ide soroljuk a szűk családi kapcsot

latokat, a szülőket, gyermekeket, házastársakat, a bizalmas barátokat, általában olyan személyeket, akikkel az egyén rendszeres és intenzív kapcsolatban áll.

2. **„bonding”** – ezek a kapcsolatok szintén viszonylag zárt, homogén csoportot alkotnak. Az ide tartozók közösen birtokolják az erőforrásokat és az információkat. Ebben a körben az erős kapcsolatokon kívül már ún. gyenge kötések is megjelenhetnek.

3. **„bridging”** – ez a kör van az egyéntől a legtávolabb. Ide tartoznak a gyenge, különböző társadalmi csoportokon átívelő, híd-szerű kapcsolatok. A gyenge kapcsolatok, kötések olyan laza ismeretségek, melyek mintegy hidat képezve kapcsolják össze az egyénet a tőlük távolabb lévőkkel, akiket az erős kapcsolatok révén különben nem tudnának elérni. Ezek a gyenge kapcsolatok nagyon fontosak a társadalmi integráció szempontjából: ide sorolhatók például a szomszédok és az ismerősök. Ezek a kapcsolatok az egyéntől, és egymástól is különböznek, egymáshoz lazán kapcsolódnak.

Ez a három kör az ún. „linking” (Woolcock 2001) kapcsolatokkal bővíthető. Ezek a kapcsolatok a társadalmi hierarchia magasabb köreibe, általában a „befolyásos” személyek felé irányulnak (1. ábra).



1. ábra A társadalmi tőke típusai (saját szerkesztés)

Lin elmélete alapján hangsúlyozandó, hogy az erős és a gyenge kötések az egyén számára különböző erőforrásokat biztosítanak.

Az erős kapcsolatok jelentik

- az intimitást,
- a bizalmat,
- a támogatást nehéz élethelyzetekben,

és egyben biztosítják

- a jóllétet (fizikai, pszichés)
- stabilitást és
- segítik a nehéz helyzetekkel való megküzdést (Kawachi 2006).

A gyenge kapcsolatok:

- fontosak a különböző társadalmi csoportok közötti közvetítésben, információcserében,
- összekapcsolják az egyént a sajátjától eltérő társadalmi csoportokkal valamint
- alkalmasak a társadalmi távolságok áthidalására.

Akik sok erős, de kevés gyenge kötésű kapcsolattal bírnak, számukra nagyobb a bezáródás veszélye, annak ellenére, hogy a kapcsolati hálójuk a számos erős kötés révén nagyon sűrű. Ezekben a kapcsolatokon keresztül azonban az erőforrás nem tud széles körben áramlani. Viszont azok, akiknek kapcsolathálózatában több gyenge kapcsolat van, könnyebben jutnak a különböző erőforrástípusokhoz, könnyebben integrálódnak a társadalomba és gyakrabban kerülnek társadalmilag előnyösebb helyzetbe (Granovetter 1973, 1974, Angelusz & Tardos 1998, Gyarmati 2009).

### **5. 2. 2 A társas támogatást nyújtó személyes kapcsolatháló, a szolidaritás kis körei**

A modernizáció, az individualizáció, az informatikai vívmányok terjedése, az iparosodás mind olyan elméleteket generáltak, amelyek azt hangoztatták, hogy a modern társadalmakból eltűnnek a hagyományos, rokonsági és szomszédsági szolidaritás elemei. Ezzel szem-

ben vannak olyan kutatások is, melyek szerint a fejlett társadalmakban a hagyományos szolidaritás nincs eltűnőben, viszont átalakul: a szolidaritásnak az önzetlenséget elváró, altruista jellege csökken, miközben a kölcsönösségi, viszonzossági illetve reciprocitás értéke erősödik (Utasi 2008).

Több kutatás is alátámasztotta, hogy azok az egyének, akik bármilyen társas támogatásban részesülnek, elégedettebbek az életkörülményeikkel, boldogabbak és kiegyensúlyozottabbak pozitívan értékelik életminőségüket: a társas támogatás mértéke tehát meghatározó része a szubjektív életminőségnek (Utasi 2008).

Egymás iránti szolidaritásunkat kifejezhetjük anyagi vagy szimbolikus erőforrások áramoltatásával: nyújthatunk egymásnak hasznos információkat; közbenjárhatunk valahol valakinek az érdekében; érzelmi támogatást biztosíthatunk azzal, hogy meghallgatjuk egymást; elmegyünk együtt valahová; stb. Az egyének közötti szolidaritás kedvez a közösségi kohézió, így a mikrotársadalmi integráció kialakulásának. A mikrotársadalmi integráció célja, hogy az adott közösség ne szakadjon szét, a közösség tagjai ne izolálódjanak. A különböző szolidaritásforrások társadalmi rétegenként, csoportonként eltérő súllyal esnek latba, de a tradicionális, közösségi kapcsolatokból eredő szolidaritás kiemelkedő szerepet kap minden csoport esetében (Utasi 2002).

A mikrotársadalmi integrációt biztosíthatják családi, rokoni kapcsolatok, de ugyanakkor családon kívüli kapcsolatok is.

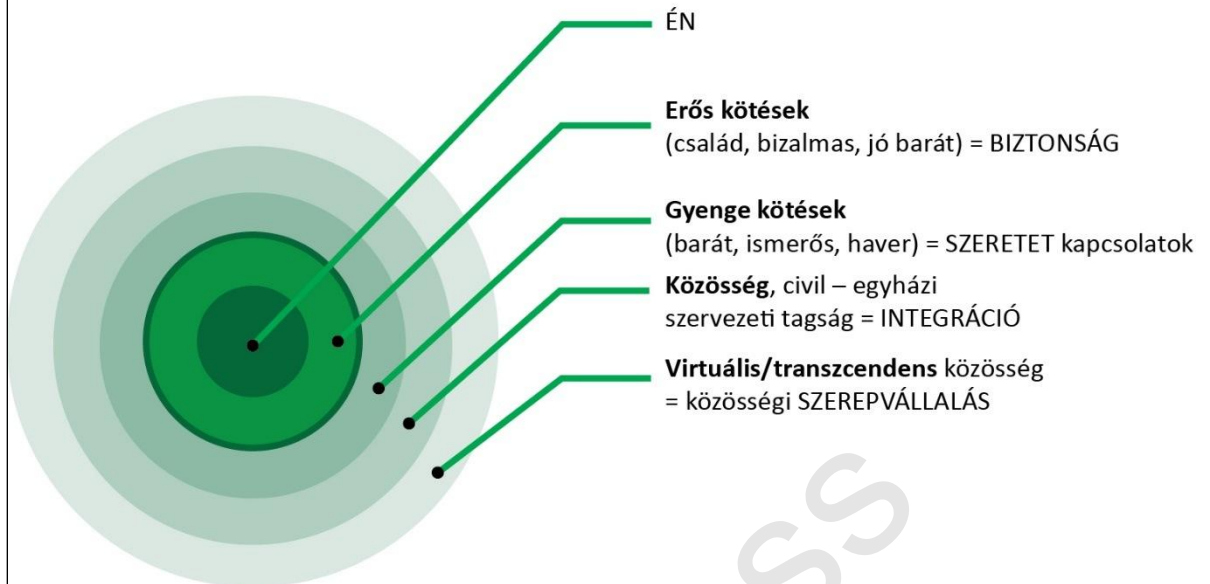
A mikrotársadalmi integráció lehetséges típusai:

1. nagyon erős társadalmi beágyazottság: intenzív társasági és rokoni kapcsolatokkal rendelkezők
2. kiemelkedő rokoni szolidaritással megvalósuló integráció
3. erős társasági-egyesületi kapcsolatokkal integrálódók
4. gyengén integrálódók: mind a családi, mind a családon kívüli kapcsolatok intenzitása gyenge (Utasi 2002).

Az egyént a hagyomány rétegeihez hasonlóan több kapcsolati "réteg" veszi körül különböző erőforrásokat biztosítva számára (2. ábra).



## Személyes kapcsolathálózat felépítése és életminőség/mentálhigiéné összefüggése



**2. ábra Személyes kapcsolathálózat felépítése és életminőség/mentálhigiéné összefüggése**  
(saját szerkesztés)

A “hagyma” legbelső része az egyén, aki köré különböző típusú, erősségű és funkciójú kapcsolatok épülnek. Az egyénhez legközelebb eső „hagymahéjban” a biztonságot nyújtó erős kapcsolatok, a családtagok, a bizalmasok, a jó barátok találhatóak meg. Ezt követi, erre rakódnak rá az úgynevezett „szeretet kapcsolatok”. Ide jellemzően a barátokat, jó ismerősöket illetve a haverokat sorolhatjuk.

Kifelé haladva az egyént körülvevő „hagymahéjakban”, a harmadikban található a társadalmi integrációt biztosító szomszédsági kapcsolatokat, továbbá a civil vagy egyházi szervezetekhez való csatlakozásból adódó, ott kialakuló kapcsolatokat. A legkülső hagymahéjban szereplő kapcsolatok a közösségi szerepvállalásban lényegesek. Olyan gyenge kapcsolatok ezek, akikkel közös az identitás és a hovatartozás (pl. lokális közösség, etnikai csoport) függetlenül attól, hogy az egyén nem áll rendszeres interakcióban velük.

A hagymahéjak közül az egyénhez legközelebbihez tartozókat sorolhatjuk az erős kötések közé, míg a második hagymahéjtól kifelé haladva a gyenge kapcsolatok különböző típusai fordulnak elő.

### 5. 2. 3 A kapcsolathálózat összetétele, struktúrája

A személyes kapcsolathálózat összetétele meghatározza az egyén jól-létét (well-being), életminőségét, életesélyeit. Ezen túlmenően az egyént körülvevő kapcsolatok szerkezetének társadalmi hatásai is vannak, befolyásolják annak működését (Christakis & Fowler 2010, Albert & Dávid 2014).

Hazánkban a kapcsolathálózatok méretét és összetételét általánosságban két dolog jellemzi: 1) a kapcsolati háló kiterjedtsége, mérete kicsi, 2) magas a családi, rokoni kapcsolatok aránya.

Már a rendszerváltás (1989/90) előtt végzett hazai és nemzetközi kutatások is azt mutatták, hogy a nyugati országokhoz képest a személyes, támogató hálózatokon belül jóval magasabb a családi, rokoni kapcsolatok aránya. Ugyancsak fontos jellemző a barátválasztás terepe: nemzetközi összehasonlítás szerint a magyarok előszeretettel választják barátaikat a munkatársaik közül. A munkahelyi barátságok továbbra is nagyon fontosak, de egyre jelentősebbek a tanulmányok során, az iskolaévek alatt kialakuló "iskolai" barátságok is. Magyarországon továbbá, magas azok aránya is, akik nem rendelkeznek egyetlen baráttal sem (Utasi 1990, 1991). A legfrissebb hazai kutatások a baráti kapcsolatok számának pozitív változásairól számolnak be: felértékelődnek a baráti kapcsolatok (Albert & Dávid, 2012, Kopasz et al. 2008). Egyre elfogadottabbá válik, hogy a családtagok mellett/helyett egyéb, nem rokoni kapcsolatok is fontos, bizalmas szerepet töltenek be. Ha a jól működő családi kapcsolatok *mellé*, azt kiegészítve épülnek be újabb, nem rokoni kapcsolatok a bizalmas hálóba, az mindenképpen egy táguló, bővülő kapcsolatrendszerbeli változást mutat. Viszont az is megfigyelhető, hogy a nem rokoni, bizalmas kapcsolatok nem a családi kapcsolatok mellé, hanem azok *helyett* lépnek be, mintegy pótolva az ott meg nem kapott bensőséges viszonyt. Míg a TÁRKI felmérés 1999-es adatai szerint a felnőtt kérdezettek 14%-ának bizalmas beszélgetési hálójában nincs rokon, addig 2011-ben ez a szám már 24%. A nem rokoni kapcsolatok közül a barátok szerepe és aránya növekedett meg: 1999-ben a bizalmas beszélgetési hálózatokban a barátok aránya alig 15%, míg 2011-ben már 39% volt.

Kiknek van sok barátjuk, kik a baráthalmazók? Általában a tanulók, a kismamák, anyagi helyzet szerint a jómódúak, a gondok nélkül élők, településtípus szerint pedig a megyeszékhelyen élők. Az elszigeteltség egyik fontos mutatója, ha valakinek egyáltalán nincs barátja/barátnője. 2011-ben leginkább az idősek, a nyugdíjasok, az alacsony iskolai végzettsé-

gúék, az egyedül élők (özvegy, elvált) és a rossz anyagi helyzetben lévők tartoztak ebbe a csoportba (Albert & Dávid 2012).

#### **5. 2. 4 A társas kapcsolatok hiánya**

A társas kapcsolatok hiánya társadalmi kirekesztődéshez vezethet (Hegedűs & Monostori 2005). Az egyént körülvevő személyeknek, a társnak fontos szerepe van a társadalmi integrációban, a minőségi élet kialakításában, a társadalmi mobilitásban. Ezekre a kapcsolatokra, az így összeállt kapcsolati tőkére bármilyen társadalmi pozícióban lévő egyénnek szüksége van. A társadalmi hierarchia alján lévő csoportok körében a mindennapos megélhetés biztosításában is kiemelkedő szerepe van a rokonok, barátok, szomszédok által alkotott természetes védőhálóknak (Vastagh & Huszár 2008). Utasi szerint a kapcsolatszegénység különböző tényezők miatt alakulhat ki: a családi állapot megváltozása, kedvezőtlen egészségi állapot, lakóhelyi elszigeteltség, migráció és presztizsmobilitás (Utasi 2006, Vastagh & Huszár 2008).

#### **5. 2. 5 A romák személyes kapcsolatainak jellemzői**

Több kutatásból (lásd pl. Albert & Dávid 2001) is kiderült már hogy a cigányság életében a személyes kapcsolatok milyen fontos és értékes erőforrások. Az alapvetően erős kötelékekből, főleg a közeli családtagokból álló védőháló megtartja és megóvjaa a sok szempontból rossz körülmények között élő embereket attól, hogy magányosan, egyedül és elhagyatottan éljenek (Albert & Dávid 2007).

2004-ben egy országos reprezentatív felmérés során lehetőség nyílt a cigány népesség személyes kapcsolatainak feltárására is. Az adatok elemzése során derült ki, hogy a cigány háztartásokban a szolidaritás és a kapcsolatok működtetése szempontjából milyen fontos a háztartások közötti osztozás és mindennapos segítségnyújtás: a rászoruló rokonok segítése alapszabvány (Albert & Dávid 2007).

A kapcsolathálózatot erősen befolyásolja a lakókörnyezet etnikai összetétele és anyagi helyzete. "A homogén roma szomszédságban élőkhez képest az etnikailag heterogén szomszédságban lakóknak jelentősen több a nem roma barátjuk, ami nem meglepő, viszont, például a roma barátok számát, illetve a teljes baráti kör méretét tekintve nem mutatható ki statisztikailag értékelhető összefüggés." (Albert & Dávid 2007:171) Persze a lakókörnyezet nem független a szocio-demográfiai jellemzőktől sem: azok, akik teljesen szegregált lakókörnyezetben,

csak romák szomszédságában élnek, a többi lakoshoz képest alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, rosszabb anyagi körülmények között élnek és nagyobb arányban vannak a 39 év alattiak. Az adatok alapján megállapítható, hogy a leginkább “erőforrásgazdag” romák engedhetik meg maguknak azt, hogy etnikailag heterogén lakókörnyezetben éljenek (Albert & Dávid 2007).

A kapcsolathálózat struktúrája állandóan változik. A változáshoz nagyban hozzájárul az iskolapadban eltöltött idő kitolódása, mely egyre jellemzőbb a roma lakosságra is. Nem mindegy azonban, hogy az egyéni kapcsolati háló kiterjedtsége, összetétele hogyan változik. Kérdés, hogy vajon az új, eleinte jellemzően gyenge kötésű kapcsolatok ráépülnek a hagyományos, erős, sok családtagból álló kapcsolatokra vagy pedig azok helyébe kerülnek és felváltják azokat. “Rövid távon valószínűleg könnyebb és vonzóbb a második variáció. Hosszú távon viszont akár az egyén, akár a kisebbségi, de még ha a többségi társadalom szempontjából vizsgáljuk is, csak az első út lehet jó. Sokba kerülhet ugyanis az a fejlődés és modernizáció, amelyet a gyökerek elutasítása és felszámolása árán tudunk elérni.” (Albert & Dávid 2007:172)

### **5. 2. 6. Mobilitás és kapcsolati háló**

A társadalmi mobilitás, legyen az horizontális vagy vertikális, jelentősen átstrukturálja, megváltoztatja az egyén kapcsolathálózatát. A mobilitás során az egyén speciális helyzetbe kerül. Ebben a speciális helyzetben az új közegben nagyon fontos szerepe van a kapcsolati tőkének, azoknak a társas kapcsolatoknak, melyek segítenek, vagy esetleg gátolják a sikeres beilleszkedést.

Lubbers és munkatársai Spanyolországba vándorolt migránsok társas kapcsolati hálójának vizsgálatából megállapították, hogy a kapcsolati háló struktúrája, összetétele meghatározó az identitás alakulásában is (Lubbers et al. 2007).

Brandes és szerzőtársai, ugyancsak migránsok kapcsolati hálóját vizsgáló kutatásukban (2008) a következő csoportokat különböztették meg az egyén körül:

1. „origin” – kibocsátó, származási közeg
2. „fellows” – azok a társak (alterek), akik ugyanabból az országból származnak, mint a vizsgált személy (ego) és ugyancsak bevándorlók

3. „host” – befogadó közeg, azok a társak, akik abból az országból származnak és ott is élnek, ahová a vizsgált személy érkezett

4. „transnationals” – mindenki más

Az „origin” és „fellows” kategóriák azok, amelyek a hasonló kulturális hátteret jelentik az egyén számára, míg a „host” és a „transnationals” kategóriákba tartozó mások a befogadó ország társadalmába való integrációt, beilleszkedést segítik elő. A társadalmi integrációt az segíti leginkább, ha az egyén kapcsolathálózatában vannak olyanok, akik s a kibocsátó közeg kulturális szokásait, normáit biztosítják, de vannak olyanok is, akik az új közegbe való beilleszkedést szolgálják, azaz az egyénnek mind a négy kategóriában vannak kapcsolatai. Az asszimilációt az segíti elő, ha csak az új közegbe tartozók, az új ország képviselői vannak csak az egyén körül és elkopnak a kibocsátó közeget képviselő kapcsolati szálak. Szeparációról akkor beszélünk, ha nem alakulnak ki új kapcsolatok a befogadó környezetben. Marginalizációhoz vezet, ha az egyén egyedül van az új közegben, a régi kapcsolatok már nincsenek meg, újak pedig (még) nem alakultak ki (Brandes et al. 2010).

A sikeres mobilitás és sikeres integráció tehát nagy dilemmákat vet fel az azt átélők számára: hogyan tudják, egyáltalán lehetséges-e megőrizni a korábbi kapcsolatokat, a családi normákat, szokásokat, a kibocsátó közeg kultúráját, a biztonságot nyújtó ismerős elemeket úgy, hogy közben újakat alakítanak ki, új kapcsolatokkal bővítik kapcsolati hálójukat az érintettek.

A továbbiakban ezt a kérdést vizsgáljuk a magyarországi Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat (KRSZH) cigány származású egyetemistái körében végzett kutatások eredményeit használva.

### **5. 3. A Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat hallgatóinak vizsgálata**

A 2011-ben megalakult Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat (KRSZH) cigány származású egyetemisták támogatására jött létre. Budapesten és Szegeden katolikus, Debrecenben református, Miskolcon görögkatolikus, Nyíregyházán pedig evangélikus szakkollégium működik, mára több mint 100 hallgatónak otthont adva. A hálózat célkitűzése, hogy egy felelős, másokért élő cigány értelmiséget neveljen, akinek magyar és roma identitása egyaránt hangsúlyos.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat Alapító Okirata 2011.

A Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézete a kezdetektől fogva végzi az öt szakkollégium hallgatóinak utánkövetéses vizsgálatát. A szisztematikus adatgyűjtés során strukturált interjú a hallgatók életútját fedi fel, a kérdőív az értékrend és mentális egészségi állapot változását méri, valamint kapcsolathálózat vizsgálat is zajlik. Ez utóbbi esetben a kutatás leginkább arra fókuszál, hogy kikre támaszkodhatnak a roma egyetemisták, mely kapcsolatok segítik elő mobilitásukat és melyek társadalmi beilleszkedésüket.

A hallgatók egyéni kapcsolathálózatának feltérképezésére a kapcsolati napló módszere szolgál (Husztai 2009, Husztai et al. 2013). A szakkollégisták minden tanévben egy héten keresztül vezetnek kikkel, hol és milyen formában beszéltek. Ezzel a kapcsolathálózat mérete tárul fel, azaz hogy hány személy veszi körül az egyént. Mérjük továbbá a kapcsolati naplóba egy hét alatt bekerült személyek szociodemográfiai jellemzőit (nem, kor, etnikum, iskolai végzettség, foglalkozás), valamint a kapcsolat típusát (milyen kapcsolatban állnak egymással: szülő, testvér, iskolatárs, barát...stb.) ezzel megismerve, milyen személyek alkotják az egyén kapcsolathálózatát. Végül, de nem utolsósorban a kötés erősségét is vizsgáljuk (mióta ismerik egymást, milyen gyakran beszélnek, mennyire kedvelik egymást, mennyire beszélnek meg fontos és személyes dolgokat egymással), annak érdekében, hogy megállapíthassuk, mennyire állnak közel az említett személyek az egyénhez.

Jelen tanulmányban 76 roma egyetemista kapcsolathálózati jellemzőit mutatjuk be, akiknek többsége az adatfelvétel idején 19-23 év közötti volt, nagyjából fele-fele arányban fiúk és lányok.

### **5. 3. 1. „... a cigányoknak túl magyar, a magyaroknak túl cigány...”<sup>6</sup>**

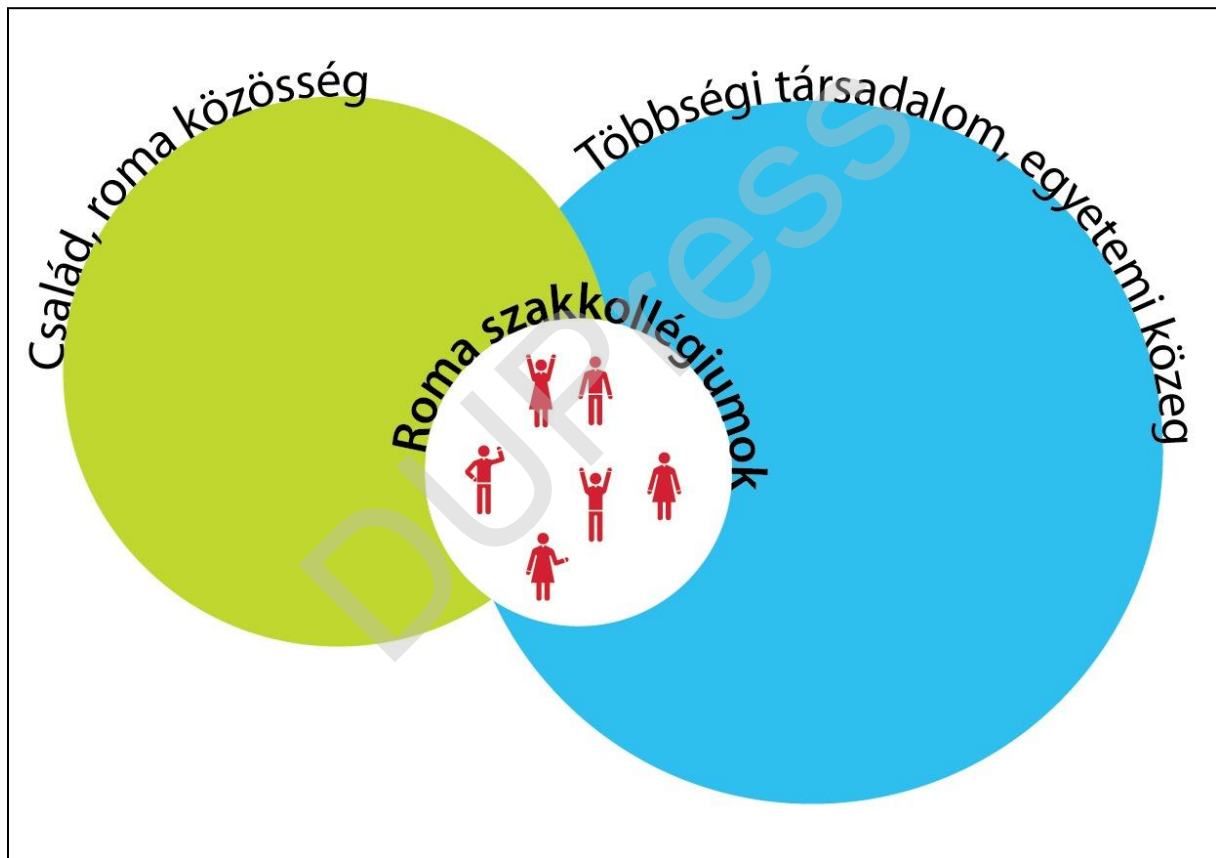
Ahogy korábban utaltunk rá, kapcsolathálózati elemzéssel szeretnénk feltárni, milyen szálakon kapcsolódnak környezetük szövetébe a hallgatók, milyen kapcsolati erőforrásokra támaszkodnak. Ez a megközelítés azért is különösen izgalmas a roma egyetemisták esetében, mert többségük az egyetemre kerülve teljesen új környezetben találja magát. Fentebb kifejtettük, hogyan hathat a mobilitási folyamat a kapcsolathálózatra, milyen dilemmákkal szembesíti az egyént. A roma szakkollégisták jó része a továbbtanulás miatt elköltözik otthonról, maga mögött hagyva a családját, és ha volt a cigány közösségét is. Zömmel elsőgenerációs értelmiségiek, így szűkebb környezetükből nincsenek szerepmintáik az egyetemi léttel kapcsolatban,

---

<sup>6</sup> 19 éves joghallgató fiú

ami megnehezíti az akadémiai közegben való boldogulásukat (Lehmann 2014). Emellett gyakran találkoznak kirekesztő, diszkriminatív hozzáállással csoporttársaik, oktatóik részéről, ami még inkább problematikussá teszi a beilleszkedést. Miközben akarva-akaratlanul gyengülnek családi kötéseik, még nem integrálódtak új környezetükbe ezért egyfajta szociális vákuumban találhatják magukat.

Ebben a sajátos helyzetben a roma szakkollégiumok hiánypótló szerepet tölthetnek be azzal, hogy közösséget teremtenek a cigány egyetemisták köré, méghozzá más, javarészt ugyanazon a mobilitási folyamaton keresztülmenő, ugyanazt a tapasztalatot megélő roma fiatalokkal (3. ábra). A szakkollégistáknak így lehetőségük nyílik közösen megbeszélni, feldolgozni azokat a változásokat, amiket a továbbtanulás hoz magával.



3. ábra Hol találják meg helyüket a roma egyetemisták? (saját szerkesztés)

Ahhoz, hogy jobban megértsük a roma szakkollégisták helyzetét, érdemes segítségül hívunk a korábban már említett társadalmi tőke fogalmát. Ahogy láttuk, amíg az erős, ún. „binding” vagy „bonding” kötéseknél az érzelmi biztonság megteremtésében van szerepük, addig a gyengébb, ún. „bridging” kötéseknél más erőforrásokkal rendelkező csoportokhoz vezetnek, más szóval lehetővé teszik, hogy más társadalmi csoportokhoz kapcsolódjanak (Lin

2008). Úgy véljük, hogy a szakkollégistáknak kapcsolathálózatuk átrendeződésével egyrészt újra kell értelmezniük az érzelmi stabilitást nyújtó, korábbi „binding” és „bonding” kapcsolataikat, másrészt az egyetemi közegben jelentős mennyiségű új, „bridging” kötésre tesznek szert. Kérdés, hogy tudnak-e élni a roma egyetemisták az új kapcsolatok által biztosított erőforrásokkal úgy, hogy közben megőrzik támogató kapcsolataikat. Különböző megküzdési stratégiák képzelhetőek el ebben a szituációban attól függően, hogy a „bonding”, vagy a „bridging” kapcsolatokra támaszkodnak.

### **5. 3. 2 Régi és új kötések a roma egyetemisták kapcsolathálózatában**

A roma egyetemisták harmada származik vegyes házasságból, a rokonság túlnyomó többsége cigány származású. A tág család harmada tanul egyetemen, vagy rendelkezik diplomával, iskolai végzettségük szignifikánsan alacsonyabb a hallgatók többi ismerőséhez képest. Munkaerő-piaci szempontból többségük inaktív – rokkant nyugdíjas, illetve munkanélküli –, vagy betanított, illetve szakmunkásként dolgozik. A szakkollégisták háromnegyede naponta, vagy naponta többször beszél szüleivel, azonban a rokonsággal történő interakciók fele nem személyesen, hanem telefonon, illetve online csatornán zajlik. A régi kapcsolatok tehát a hallgatók többségénél egyelőre még be tudják tölteni a „bonding” kötések funkcióját, védelmi hálót teremtve köréjük.

A 76 vizsgált roma egyetemista összesen 1997 személyt jegyzett fel egy hét alatt a kapcsolati naplójába. Ez azt jelenti, hogy átlagosan 26 személy (minimum 5, maximum 54 fő) alkotja kapcsolathálózatukat. A családi, rokonsági kapcsolatokon túl a szakkollégiumi társak, nevelők, egyetemi csoporttársak, oktatók, közeli barátok szerepelnek legdominánsabban a hallgatók kapcsolathálózatában.

Ha a „bonding” és „bridging” kötések a régi (gyerekkor óta, évek óta tartó ismeretségek), és az új (néhány hónapos, vagy ennél rövidebb kapcsolatok) ismeretségek alapján határozzuk meg, akkor a régi kapcsolatokat egyértelműen a rokonsági, az új kapcsolatokat pedig az egyetemi, szakkollégiumi közegből származó ismerősök adják. Amíg a roma szakkollégisták rokonsága, avagy „kibocsátó” közege (origin) – a többségi társadalomhoz viszonyítva – nem túl iskolázott, etnikailag inkább homogén miliő, addig az új, „befogadó közeg” (host) egy nem roma értelmiségi kört jelent.

A szakkollégisták kapcsolatainak több mint harmadrésze új, csak néhány hónapos, vagy, ennél rövidebb ismeretségen alapul. Ezek a kapcsolatok főként az egyetemi csoporttár-

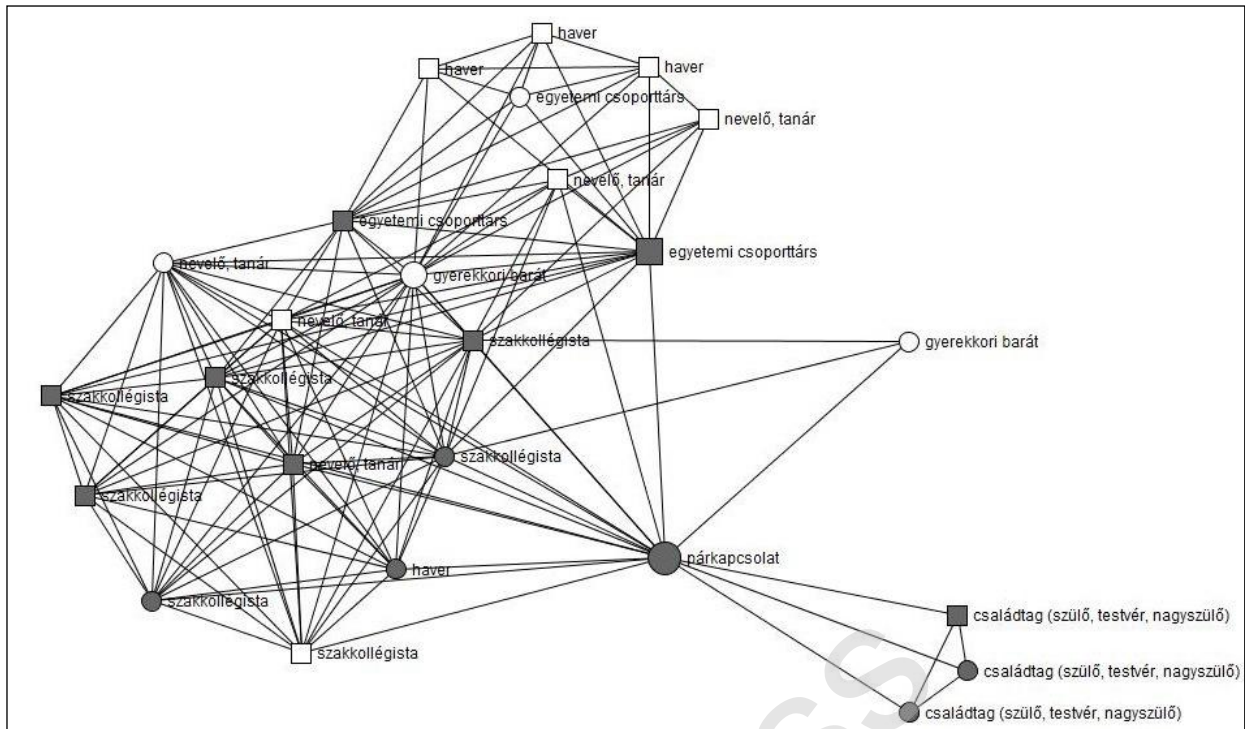


sakat, tanárokat, illetve a szakkollégistákat, azaz szinte kizárólagosan egyetemistákat, vagy felsőfokú végzettségűeket foglalják magukba. A „bridging” kötések, avagy ezek a „hidak” – a kibocsátó közeghez képest – egyértelműen egy más társadalmi csoporthoz, magas státusú értelmiségi réteghez vezetnek.

Ahogy korábban említettük, ebben a sajátos szituációban különböző megküzdési stratégiák rajzolódnak ki. Azok a szakkollégisták, akik gyengébben kötődnek családjukhoz, erős kötéseiket közeli barátaikban, szakkollégiumi társaikban találják meg. Olyan hallgatók is akadnak, akik kapcsolati naplójukban nem említettek egyetemi csoporttársakat, sem oktatókat, viszont sokkal több és erősebb kötésük származik a szakkollégiumi, baráti, és családi körből. A szakkollégiumi közösség jelentőségét mutatja az, hogy nem volt olyan roma egyetemista, aki ne jegyzett volna fel kapcsolati naplójába legalább egy személyt a szakkollégiumból, akivel a vizsgált egy hét folyamán szóba elegyedett. A szakkollégium azoknak, akik híján vannak a rokonsági, vagy baráti támogató kapcsolatoknak, stabilitást tud nyújtani a mindennapokban. Olyan roma egyetemista, akinek egyszerre hiányoznának a bizalmas rokonsági kapcsolatok, a közeli barátok, valamint az egyetemi kötődések, nincsen, úgy tűnik, mindegyik hallgató megtalálja kapcsolati erőforrásait valamelyik csoportban.

Vizsgáljuk meg mindezt meg egy konkrét példán is!

A 4. ábrán látható 23 éves roma orvostanhallgató fiú kapcsolathálózatában 25 személyt találunk. Kör alakkal jelöltük a nő, négyzettel a férfi ismerősöket, szürke színnel a roma, fehérrel a nem roma kapcsolatokat, a feliratok pedig a kapcsolat típusát jelölik. A körök és négyzetek mérete azt mutatja, hogy az adott személynek mekkora összekötő (híd) szerepe van a hálózatban: minél nagyobb a kör vagy a négyzet, az adott személynek annál jelentősebb az összekötő szerepe (betweenness centrality). A vonalak azokat az ismerősöket kötik össze, akik a hallgatón kívül is szoktak egymással beszélni. Az orvostanhallgató kapcsolathálózatában magasabb a férfi (60%) és a cigány származásúak (56%) aránya. Ugyan a hálózat egy komponensből áll, azaz mindegyik ismerős integrált (nem izolált) része a kapcsolathálózatnak, jól látható módon különválnak a családi és az egyetemi/szakkollégiumi közeg. Amíg a kisszámú családi kötések iskolai végzettsége 8 általános, addig az összes többi ismerős legalább érettségizett, többségében egyetemi hallgató. Úgy tűnik, ez a fiú javarészt szakkollégiumi és egyetemi csoporttársaira támaszkodik. A családi, valamint az egyetemi/szakkollégiumi csoport között a roma származású barátnő az egyetlen összekötő kapocs, aki szintén egyetemista és egyben szakkollégista.



4. ábra 23 éves roma orvostanhallgató kapcsolathálózati struktúrája (*EgoNet*)

Úgy véljük, a vizsgált populációban a párkapcsolatoknak különösen jelentős szerepe lesz a megküzdési stratégiák kialakításában. Az, hogy a választott társ roma származású, felsőfokú végzettségű-e, meghatározó abban, hogy milyen egyensúlyt tud fenntartani a szakkollégista a család és az egyetem között. A kutatás eddigi adatai alapján a roma egyetemisták párjának többsége cigány származású, és szinte kizárólag egyetemista vagy diplomás, jó részük szintén szakkollégista. Feltételezzük, hogy ők jól ismerik mind a kibocsátó, mind a befogadó közeget, így egyfajta stabilizáló erők lehetnek az egyéni kapcsolathálózatokban.

#### 5. 4. Összegzés

Ahogy láttuk, a körülöttünk élő emberek nem csupán jóllétünk, mentális és fizikai egészségünk megőrzésében játszanak szerepet, de a társadalomban elfoglalt helyünket is meghatározzák, alakítják. Ismeretségi körünk nagysága és összetétele megszabja, mennyire boldogulunk könnyen a mindennapokban, azaz milyen információkhoz, lehetőségekhez jutunk hozzá.

Bemutattuk, hogy ezek a hálózatok különös jelentőséggel bírnak egy-egy kisebbségi csoport esetében, determinálva a többségi társadalommal való viszonyt, valamint az integrá-

ció mértékét. A társadalmi mobilitás záloga, hogy az egyén rendelkezzen olyan gyenge kötésekkel, amelyek egy másik társadalmi csoport erőforrásaihoz nyitnak utat. A sikeres integráció feltétele viszont, hogy az új ismeretségek túlsúlya mellett az egyén meg tudja őrizni azokat a kötéseket, amelyek érzelmi biztonságot nyújtanak számára.

Kutatásunk alanyai, a roma egyetemisták kapcsolathálózati szempontból rendkívül sajátos helyzetben vannak, éppen a mobilitási folyamat közepén. Példájukon keresztül jól érzékelhető a különböző ismeretségek jelentősége a társadalmi beilleszkedésben, valamint a kibocsátó, illetve a befogadó közeg közötti érzékeny egyensúly megtalálásának nehézsége.

## Irodalomjegyzék

- Albert Fruzsina & Dávid Beáta: Ha elszakad a háló. A magyarországi hajléktalanság kapcsolathálózati megközelítésben, Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2001.
- Albert Fruzsina & Dávid Beáta: Embert barátjáról. A barátság szociológiája. Századvég. Budapest, 2007.
- Albert Fruzsina & Dávid Beáta: Az interperszonális kapcsolathálózati struktúra átrendeződése Magyarországon. In: Kovách Imre et al. (szerk.) Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon, Argumentum Kiadó, Budapest, 2012. 343–356.
- Angelusz Róbert & Tardos Róbert: A kapcsolathálózati erőforrások átrendeződésének tendenciái a kilencvenes években. In: Kolosi Tamás et al. (szerk.) Társadalmi riport 1998, TÁRKI, Budapest, 1998. 237–256.
- Bourdieu, P.: Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: Angelusz Róbert (szerk.) (1999) A társadalmi rétegződés komponensei., Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 1983. 156-177.
- Brandes, U., Lerner, J., Lubbers, M. J., McCarty, C., Molina, J. L. & Nagel, U.: Recognizing modes of acculturation in personal networks of migrants. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2010. 4, 4–13.
- Coleman, J. S.: Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 1988. 94, 95–120.
- Granovetter, M. S.: The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 1973. 78(6): 1360–1380.

- Granovetter, M. S.: *Getting a Job. Study of Contacts and Careers*. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
- Granovetter, M. S.: A gyenge kötések ereje. A hálózatelmélet felülvizsgálata. In: Angelusz Róbert & Tardos Róbert. (szerk.) (1991) *Társadalmak rejtett hálózata*, Magyar Közvéleménykutató Intézet, Budapest, 1982. 371–400.
- Gyarmati, A. (2009) Hogyan verjük hidat az idősekhez? Az ötven év fölöttiek kommunikációs és kapcsolathálózatának néhány jellemzője. *Információs Társadalom*, 9(4), 55–69.
- Hegedűs, P. & Monostori, J. (2005) *A szegénység és a társadalmi kirekesztődés jelzőszámai. Társadalmi egyenlőtlenségek és kirekesztődés 2*. Budapest: KSH NKI.
- Huszti, É. (2009) A szociometriától a network naplóig. Az egyéni kapcsolati hálók mérése. In: A II. Nyíregyházi Doktorandusz (PhD/DLA) Konferencia Kiadványa. Nyíregyházi Főiskola Tudományos Tanácsa. Nyíregyháza: Bessenyei György Könyvkiadó.
- Huszti, É., Dávid, B. & Vajda, K. (2013) Strong tie, weak tie and in-betweens: a continuous measure of tie strength based on contact diary datasets. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 79(6), 38–61.
- Kopasz, M., Szántó, Z. & Várhalmi, Z. (2008) A magyar háztartások tagjainak kapcsolatháló-dinamikája 1992 és 2007 között. In: Kolosi, T. & Tóth, I. Gy. (szerk.) *Újratervezés. Életutak és alkalmazkodás a rendszerváltás évtizedeiben*. Budapest: TÁRKI. 105–120.
- Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat (KRSZH) Alapító okirata, 2011.03.17, Budapest. <http://krszh.hu/wp-content/uploads/2013/09/R-KERESZT%C3%89NY-ROMA-SZAKKOLL%C3%89GIUMI-H%C3%81L%C3%93ZAT.doc> (Letöltés ideje: 2014.08.27.)
- Lehmann, W.: Habitus Transformation and Hidden Injuries: Successful Working-class University Students. *Sociology of Education*, 2014. 87(1), 1–15.
- Lin, N.: A network theory of social capital. In: Castiglione, D., van Deth, J. W. & Wolleb, G. (szerk.) *The Handbook of Social Capital*. Oxford University Press, Oxford, 2008. 50–69.
- Lubbers, M. J., Molina, J. L. & McCarty, C.: Personal Networks and Ethnic Identifications: The Case of Migrants in Spain. *International Sociology*, 2007. 22(6), 721–741.
- McCarty, C.: *EgoNet: Egocentric Network Study Software*. University of Florida, 2007.

- Sik Endre: A kapcsolati tőke szociológiája. Eötvös Kiadó, Budapest, 2012.
- Vastagh Zoltán & Huszár Ákos: Kapcsolatszegény - Aki szegény az a legszegényebb? *Statisztikai Szemle*, 2008. 86(12), 1103–1125.
- Uta Ágnes: Baráti kapcsolatok. In: Andorka, R., Kolosi, T. & Vukovich, Gy. (szerk.) Társadalmi riport 1990. TÁRKI, Budapest, 1990. 475–486.
- Uta Ágnes (szerk.): Társas kapcsolatok. Gondolat Könyvkiadó, Budapest, 1991.
- Uta Ágnes: A bizalom hálója. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2002.
- Uta Ágnes (szerk.): A szubjektív életminőség forrásai: biztonság és kapcsolatok. MTA Politikai Tudományok Intézete, Budapest, 2006.
- Uta Ágnes: Éltető Kapcsolatok - A kapcsolatok hatása a szubjektív életminőségre. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, 2008.

## **Fogalomtár**

- *Altruista szolidaritás*: önzetlen, kölcsönös segítségvállalás.
- *Betweenness centrality*: a mérőszám azt mutatja meg, hogy egy bizonyos személy (alter, node) milyen gyakran köt össze két másik személyt (alter, node) a kapcsolathálózatban. Minél többször tölt be összekötő, ún. „híd-szerepet” az adott személy (alter, node), annál magasabb értéket kap (Freeman 1979).
- *Identitás*: önazonosság, azonosság tudat ([idegen-szavak.hu](http://idegen-szavak.hu))
- *Individualizáció*: az egyén figyelembe vétele ([idegen-szavak.hu](http://idegen-szavak.hu)), az egyéni identitás és önmegvalósítás előtérbe kerülése
- *Gazdasági tőke*: közvetlenül pénzzé konvertálható (váltható), tulajdonjogi formában történő intézményesedésre hajlamos (Bourdieu 1983).
- *Horizontális mobilitás*: az a helyzetváltoztatás, mikor a hierarchia hasonló szintjén végzünk mozgást. Pl. gépkocsi szerelőből gépkocsivezető lesz (Andorka 1997).
- *Intergenerációs mobilitás*: nemzedékek közötti mobilitás. Az egyén társadalmi helyzete a szüleihez képest változik meg (Andorka 1997).
- *Intragerációs mobilitás*: nemzedéken belüli mobilitás. Az egyén társadalmi helyzete saját helyzetéhez képest változik (Andorka 1997).

- *Kapcsolat/kötés erőssége*: a kötés erőssége (tie strength) azt mutatja meg, mennyire áll egy adott személyhez közel a másik. Az együtt töltött idő mennyisége, az érzelmi intenzitás, az intimitás, vagy másképpen bizalom, valamint a kölcsönös segítségnyújtás egyaránt meghatározzák (Granovetter 1973).
- *Kapcsolati háló, kapcsolathálózat*: a kapcsolati háló (network) nem más, mint a szereplők (egos; alters) és a közöttük lévő kapcsolatok, kötések (ties) összessége (Wasserman & Faust 1994).
- *Kapcsolathálózat mérete*: a kapcsolathálózat méretét a benne szereplő személyek (alters, nodes) száma adja meg, azt reprezentálja, hány személyt ismerünk.
- *Kapcsolathálózat struktúrája*: a kapcsolati háló szerkezete, összetétele.
- *Kulturális tőke*: az egyén iskolai végzettsége, a szakképzettsége, tudása, műveltsége. Azok az ismeretek, tág értelemben vett kultúra, amellyel az egyén rendelkezik. A kulturális tőke jelentős része örökölheto, a családban elsajátítható (Andorka 1997).
- *Migráció*: lakóhely változtatás, költözés, vándorlás ([idegen-szavak.hu](http://idegen-szavak.hu))
- *Migráns*: bevándorló ([idegen-szavak.hu](http://idegen-szavak.hu))
- *Mikrotársadalmi integráció*: akkor jön létre, ha a társadalom mikroszintjén (családi kapcsolatok, barátok, szomszédok) a bizalom alapú szolidaritás egységet biztosít. A mikrotársadalmi integráció célja, hogy a közösség tagjai ne izolálódjanak (Utasi 2002).
- *Presztizsmobilitás*: különböző társadalmi rétegek (felső-közép-alsó) közötti mozgás (Kleining 1973).
- *Reciprocitás*: az egyik legegyszerűbb *etikai norma*, amely a kölcsönösségre alapozva *az adni és kapni gyakorlatára* értendő. A reciprocitás lehet szimmetrikus és aszimmetrikus. A szimmetrikus reciprocitás az egyforma helyzetű személyek közötti viszonyra érvényes. Az „egyforma helyzet” nem társadalmi viszonyok szerinti egyenlőségre (pozíciókra, eszközökre) vonatkozik, hanem a személyek, *mint* személyek egyenlőségére, azaz a személyes egyenlőség kölcsönös elismerésére. Az aszimmetrikus reciprocitás a nem egyforma helyzetű személyek közötti viszonyra vonatkozik. Ahol az egyik fél csak kap, míg a másik csak ad, ott viszony ugyan van, de reciprocitás nincs. A reciprok viszonyok előnyben részesítendők a nem reciprok viszonyokkal szemben. (Heller Ágnes: Morálfilozófia. 70-81.)

- *Reprezentatív felmérés, reprezentatív minta:* a sokaság minden tagjának egyenlő esélye van a mintába való bekerülésre, véletlenszerű mintavétel, kiválasztás (Andorka 1997).
- *Személyes kapcsolathálózat vizsgálat:* a személyes kapcsolathálózati megközelítés (personal network, egocentric network) a vizsgált személy, az ego nézőpontjából tekint az adott kapcsolathálóra, és az általa megjelölt másokkal, alterekkel meglévő kapcsolatait vizsgálja (Chua V., Madej J. & Wellman B. 2009).
- *Szerepminta:* a szerep valamely társadalmi státuszhoz tartozó viselkedési minták, jogok és kötelezettségek együttese, amelyeket a környezetünkben lévő személyektől tudjuk elsajátítani. A körülöttünk élő személyek által különböző szerepmintákat ismerünk meg (Andorka 1997).
- *Szolidaritás:* kölcsönös segítségvállalás ([idegen-szavak.hu](http://idegen-szavak.hu))
- *Szubjektív életminőség:* az egyének és csoportok életminőségét életfeltételeik és szubjektív közérzetük komponenseinek összessége adja. A szubjektív, individuálisan megélt közérzet, vagyis a szubjektív életminőség az érintettnek a léthelyzetével való elégedettségét és az ezzel kapcsolatos pozitív és negatív érzelmeit fejezi ki (Diener et al. 1997).
- *Társadalmi hierarchia:* alá-fölé rendeltség a társadalomban (Andorka 1997).
- *Társadalmi mobilitás:* az egyén vagy a család társadalmi helyzete megváltozik. A társadalmi helyzetet meghatározhatjuk a jövedelem, isk. végzettség, lakóhely, presztízs, stb. alapján, ebben az esetben az ilyen kategóriák közötti mozgást is mobilitásnak tekinthetjük (Andorka 1997).
- *Vertikális mobilitás:* a társadalmi hierarchiában történő felfelé vagy lefelé mozgás (Andorka 1997).

## **6. A roma újszülöttek és a roma anyák egészségi állapota és egészségmagatartása**

**Dr. Sárváry Attila, Rákóczi Ildikó**

### **6. 1. A roma újszülöttek és a roma anyák egészségi állapota Magyarországon**

A felnőtt roma lakosság egészségi állapotát és egészségmagatartását számos felmérés vizsgálta. A romák hátrányos gazdasági és szociális helyzete a roma gyerekek helyzetét is negatívan befolyásolja. A roma családok körében magasabb az átlagos gyermekszám, mint az átlag magyar populációban, ami önmagában is növeli a szegénység kialakulásának az esélyét (Babusik 2004). A roma nők körében megfigyelhető kedvezőtlen egészségmagatartás és egészségi állapotbeli hátrány a terhesség alatt a magzat fejlődését is negatívan befolyásolja. Több tanulmány is vizsgálta a terhesség, a szülés, az újszülöttek fejlődésének jellegzetességeit és a csecsemőhalálozás alakulását a romák körében mind Magyarországon, mind a környező, jelentős romapopulációval rendelkező országokban (Horváth 1978; Bodnár 1981a; Bodnár 1981b; Bodnár 1983; Joubert 1991; Bobak és mtsai 2005; Rambousková és mtsai 2009). Ebben a fejezetben ezeknek a vizsgálatoknak a legfontosabb eredményeit és főbb megállapításait foglaljuk össze.

#### **6. 1. 1 A csecsemőhalandóság jellegzetességei a romák körében**

A csecsemőhalálozást számos tényező befolyásolja. Ezek közül a legjelentősebb az a gazdasági-társadalmi helyzet, amelyben a család él. Ezt a szülők képzettsége, a család bevétele (anyagi helyzete), a szülők foglalkoztatottsága határozzák meg. E mellett szerep van az etnikai hovatartozásnak is.

A romák körében a csecsemőhalandóság alakulását még az 1950-es években vizsgálták Magyarországon. Azóta ezzel kapcsolatos eredményeket nem közöltek, aminek elsősorban az az oka, hogy Magyarországon nem tartják számon a hivatalos dokumentumokban a nemzeti/etnikai hovatartozást.

A csecsemőhalálozást vizsgálva megállapítható, hogy az 1950-70-es években mind a Baranya megyében mind Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a csecsemőhalálozás 2-3-szor volt magasabb az átlagpopulációhoz képest (Bodnár 1981a; Bodnár 1981b; Horváth 1978). Mindkét vizsgált területen az 1950-es évek végétől az 1970-es évek közepéig jelentős mér-



tékben csökkent a csecsemőhalálozás mértéke a romák körében, ami elsősorban a késői csecsemőhalálozásban bekövetkezett csökkenésnek tulajdonítható. Ez a romák életkörülményeiben, iskoláztatásában és egészségügyi ellátásában bekövetkezett pozitív változásokkal magyarázható. Ugyan akkor csökkenés következett be a korai csecsemőhalálozásban is, melyhez elsősorban az egészségügyi ellátás strukturális fejlesztése járult hozzá: új kórházak, szülészeti osztályok és szülőotthonok jöttek létre ebben az időszakban, mellyel párhuzamosan a terhesgondozás szervezettsége is növekedett. Létrehozták a Mozgó Szakorvosi Szolgálatot, több orvosi és védőnői körzetet alakítottak ki, nőtt a várandós- és csecsemőlátogatások száma. Az ebben az időben még gyakori otthonszülések aránya is jelentősen csökkent: 1957-1964 közötti 59,8%-ról 6,9%-ra.

### **6. 1. 2 A roma és nem roma újszülöttek születési testtömege és a befolyásoló tényezők vizsgálata**

A szakirodalom a születési testtömeg esetén jelentős különbségeket ír le földrajzi térségenként, melynek hátterében számos tényező áll, pl. örökletes tényezők, az anya egészségmagatartása, endokrin státusza, anyagcseréje, testösszetétele, a placenta mikrostruktúrája és funkciója (Tambyrajia és Mongelli 2000). Azt is érdemes megjegyezni, hogy a koraszülés gyakorisága az Európai Unió átlaghoz képest Magyarországon magas, szintje 2000-ben 8,4%, 2010-ben 8,6% volt. Az EU28 országok átlaga ezzel szemben 2000-ben 6,8%, míg 2010-ben 7,2% volt (HFA Adatbázis 2015).

Bodnár (1983) az 1977-80-ban született roma újszülöttek intrauterin retardációjának gyakoriságát vizsgálta Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. A felmérés eredményei szerint a romák körében az intrauterin retardáltak aránya 24,2% (standardizálás után 25,6%) volt, ami jelentős különbséget mutatott születési súly szerint (2500 g-nál alacsonyabb születési súlyúak körében 54%, míg a 2500 g-os vagy annál magasabb súlyúaknál 17,3%), ami az országos 6-12%-os arányhoz képest 2-3-szoros különbséget jelentett. A születési súly és hossz figyelembevételével történt osztályozás szerint a roma újszülöttek kétharmada arányosan retardált volt, ami korai magzati ártalomra utalt. A roma várandósok körében a magzatok súlynövekedése a terhesség utolsó trimeszterében szignifikánsan kisebb volt az átlagpopulációhoz képest, illetve a koraszülés és az alacsony születési súly előfordulása magasabbnak adódott körökben (Bodnár 1983).

Juobert 1991-ben megjelent cikkében az 1973-83 között Magyarországon született újszülöttek adatainak retrospektív elemzéséből szintén azt állapította meg, hogy a roma újszülöttek születési súlya alacsonyabb az országos átlaghoz képest (átlagosan 377 g-mal) és mind az alacsony születési testtömeggel rendelkező roma újszülöttek aránya (26,2% vs. 11,0%), mind az idő előtt születettek (<37. hét) aránya (16,3% vs. 7,3%) több, mint kétszerese az országos átlagnak (Joubert, 1991). Megjegyzendő, hogy a vizsgálatban az újszülöttek etnicitása tekintetében az anyák szülészeti dokumentációjában rögzített anyanyelvet vették figyelembe, ami a szerző becslése szerint így a tényleges roma populáció kb. 20%-át fedhette le.

A roma és nem-roma újszülöttek születési testtömegét befolyásoló tényezőket 2009-2012-ben felmérő tanulmány eredményeit több közleményben publikálták (Balázs és mtsai 2010, Balázs és mtsai 2012, Balázs és mtsai 2014a, Balázs és mtsai 2014b). A felmérést 2009-2010-ben először két megyében – Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg – végezték el, majd a vizsgálatot kiterjesztették Békés, Heves és Nógrád megyékre, illetve Budapest X. kerületére, ahol a legmagasabb a roma lakosság aránya.

Az első felmérésbe azokat a roma és nem roma anyákat és újszülötteiket választották be, akik 2009-ben a 37-42. gesztációs héten egy újszülöttet szültek és a várandósság alatt nem szenvedtek semmilyen betegségben, illetve az újszülötteik sem rendelkeztek veleszületett rendellenességgel. A felmérés második részében hasonló kritériumokkal választották be a 2010-2012-ben születetteket. A terhességi kort és a születési testtömeget (súlyt) a kórházi zárójelentésből vették át. Az etnikai hovatartozást önbevalláson alapulva állapították meg. Az anyák elérése érdekében a helyi védőnői hálózatra támaszkodtak. A körzeti védőnők minden esetben kétszer tettek kísérletet az interjúalanyok elérésére. A kérdőívek az anya demográfiai, biometriai adatait, az újszülött antropometriai adatait tartalmazták, továbbá rákérdeztek az életmódbeli jellemzőkre is. Az anyák demográfiai adatai a következőkre vonatkoztak: a szülők életkora, iskolai végzettsége, foglalkozása, munkaerő-piaci helyzete, végül az anya etnikuma (roma, illetve nem roma). Rögzítésre kerültek a család lakáskörülményei, mint a társadalmi-gazdasági státus és a közegészségügyi helyzet (lakáskomfort). Az életmódra vonatkozó kérdések a táplálkozásra, testmozgásra, alkoholfogyasztásra és dohányzásra vonatkoztak. Az első felmérés végső mintája 5632 anyát, illetve újszülöttet tartalmazott, míg a teljes minta 18 633 főt tartalmazott, melyből az etnikai hovatartozásról összesen 12 021 fő nyilatkozott.

A roma és nem-roma újszülöttek testtömegátlagainak jellemző paramétereit mutatja be a vizsgált két megyében az 1. táblázat, a teljes mintában a 2. táblázat. Megállapítható, hogy a roma származású újszülöttek születési testtömege Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-

Szatmár-Bereg megyékben átlagosan 289 g-mal, míg a teljes mintában 294 g-mal volt alacsonyabb a nem-romákhoz képest.

1. Táblázat: A születési testtömeg (g) alakulása a roma és nem roma szülő nők (37-42. gesztációs hét) körében Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben 2009-ben

	<b>Roma (n=1643)</b>	<b>Nem roma (n=3989)</b>	<b>Teljes minta (n=5632)</b>
Számtani közép	3076	3365	3281
Medián	3050	3350	3270
Modális érték	3000	3300	3000
St. deviáció	422,011	450,775	461,588
Minimum	1790	1460	1460
Maximum	4500	5400	5400

*Forrás: Balázs P és mtsai (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(1):24-8.*

2. Táblázat: A 37–42. gesztációs hét között, etnikailag azonosíthatóan születettek testtömegének (g) középértékei, (ikrek és fejlődési rendellenességek nélkül) egyes patológias jelenségektől mentes anyai mintában Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, illetve Budapest X. kerületében (2009-12-ben születettek)

<b>Középértékek</b>	<b>Romák (n = 3103)</b>	<b>Nem romák (n = 8918)</b>	<b>Teljes minta (n = 13 498)</b>
Számtani közép	3073	3367	3291
Medián	3050	3350	3300
Modális érték	3000	3300	3200
St. deviáció	424,14	452,27	463,89

*Forrás: Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Foley KL (2014): Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: a biomedicinális és a szociális tényezők hatása. Orv. Het. 155: 954-962.*

A teljes mintában a 37. gesztációs hét előtt születettek aránya 8,6%, az alacsony születési testtömeggel született újszülöttek aránya 9,1% volt (3. táblázat). A roma és nem roma anyák új-

szülöttjeinek esetén jelentős különbség volt észlelhető mindkét paraméterben. A 37. gesztációs hét előtt születettek aránya a roma újszülöttek körében 10,7% volt a nem roma újszülöttek 7,9%-os arányához képest, míg a 2500 g alatti testtömeggel született roma újszülöttek aránya közel duplája (14,2%) volt a nem roma újszülöttek körében tapasztalt 7,6%-os arányhoz képest (4. és 5. táblázat). Nemzetközi összehasonlításban a 37. gesztációs hét előtt született roma újszülöttek 10,7%-os aránya az EU országokban tapasztalható értékekhez képest a 3. helyen szerepelt volna, a 2500 g alatti újszülöttek aránya viszont még a Cipruson tapasztalt 11,7%-os arányt is meghaladta.

3. Táblázat: A gesztációs idő és az újszülött testtömegének összefüggése, dichotóm változókkal, etnikai azonosítás nélküli mintában Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, illetve Budapest X. kerületében (2009-12-ben születettek)

Születési testtömeg	Gesztációs hetek száma		Összesen
	<37 hét	≥37 hét	
<2500 gramm	938	741	1679 (9,1%)
≥2500 gramm	693	16 105	16 744
Összesen	1 577 (8,6%)	16 846	18 423

Chi-négyzet-próba,  $p < 0,001$

*Forrás: Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Foley KL (2014): Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: a biomedicinális és a szociális tényezők hatása. Orv. Het. 155: 954-962.*

4. Táblázat: A gesztációs idő és az újszülöttek etnicitásának összefüggése dichotóm változókkal, etnikailag azonosítható mintában Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, illetve Budapest X. kerületében (2009-12-ben születettek)

Etnicitás	Gesztációs hetek száma		Összesen
	<37 hét	≥37 hét	
Roma	455 (10,7%)	3 787	4 242
Nem-roma	955 (7,9%)	11 130	12 085
Összesen	1 410 (8,6%)	12 085	16 327

Chi-négyzet-próba,  $p < 0,001$

*Forrás: Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Foley KL (2014): Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: a biomedicinális és a szociális tényezők hatása. Orv. Het. 155: 954-962.*

5. Táblázat: A testtömeg és az újszülöttek etnicitásának összefüggése dichotóm változókkal, etnikai azonosítható mintában Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, illetve Budapest X. kerületében (2009-12-ben születettek)

Etnicitás	Újszülött testtömege		Összesen
	<2500 gramm	≥2500 gramm	
Roma	610 (14,2%)	3 678	1 679 (9,1%)
Nem-roma	932 (7,6%)	14 959	12 213
Összesen	1 529 (9,3%)	16 846	16 501

Chi-négyzet-próba,  $p < 0,001$

*Forrás: Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Foley KL (2014): Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: a biomedicinális és a szociális tényezők hatása. Orv. Het. 155: 954-962.*

A korábbi vizsgálati eredményeket is figyelembe véve megállapíthatjuk tehát, hogy bár a romák körében az idő előtti szülés és az alacsony születési testtömeg aránya jelentősen csökkent az utóbbi 30 évben, körükben továbbra is jelentősen magasabb az idő előtt születettek és különösen magas az alacsony születési testtömeeggel született újszülöttek aránya.

Ahogy arra már korábban utaltunk, a születési testtömeget az etnicitás mellett az anya számos szociodemográfiai és életmódbeli tényezője is szignifikánsan befolyásolja. Ezek közül a legjelentősebb tényezők – ha külön-külön vizsgáljuk az egyes tényezőket - az anya dohányzása a várandósság alatt, a roma etnikumhoz való tartozása, az anya 18 év alatti életkora, az alacsony iskolai végzettsége, a komfort nélküli lakás és a  $18,5 \text{ kg/m}^2$ -nél alacsonyabb BMI jelentették (6. táblázat).

6. Táblázat: A 37-42. gesztációs héten születettek testtömegátlagainak különbsége egyes dichotóm anyai változók alapján Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, illetve Budapest X. kerületében (2009-12-ben születettek)

Változó (n/n)	Átlagos különbség (g)	Std hiba	95% CI	p
Roma/nem roma (3096/8866)	-294,2	9,0	-311,9–276,5	<0,001
Életkor $\leq 17/\geq 18$ év (370/13 128)	-293,0	21,9	-336,1–249,9	<0,001
BMI $\leq 18,49/\geq 18,50$ (1235/11 828)	-248,1	12,7	-273,0–223,1	<0,001
Nem házas/házas (6454/6957)	-155,8	7,9	-171,3–140,3	<0,001
Multipara/primipara (6957/6232)	53,6	8,1	37,7–69,4	<0,001
Művi abortusz $\geq 1/0$ (2507/10 916)	-37,5	10,3	-57,6–17,3	<0,001
Spontán abortusz $\geq 1/0$ (2011/11 417)	7,3	11,7	-15,6–30,2	<0,001
Iskola $\leq 8$ ált/ $< 8$ ált. (4442/8946)	-281,8	8,2	-297,8–265,8	<0,001
Munkanélküli/ munkaviszony (7329/6056)	-170,8	7,9	-186,3–155,3	<0,001
Mélyszegény/nem mélyszegény (5189/7467)	-222,8	8,2	-238,8–206,8	<0,001
Lakáskomfort nincs/ van (1315/11 241)	-251,6	12,3	-275,7–227,4	<0,001
Gyümölcs ritkán/ másnaponta (2400/10 972)	-183,8	10,3	-204,0–163,5	<0,001
Zöldség ritkán/ másnaponta (2842/10 518)	-136,9	9,7	-155,8–117,8	<0,001
Tejtermék ritkán/ másnaponta (2011/11 346)	-134,8	11,1	-156,6–112,9	<0,001
Húsáru ritkán/ másnaponta (2175/11 147)	-74,4	10,8	-95,6–53,2	<0,001
Kávé másnaponta/ ritkábban (6619/6578)	-87,8	8,0	-103,6–72,1	<0,001
Dohányzott/nem dohányzott (3072/9762)	-303,7	9,2	-321,8–285,6	<0,001

CI: konfidencia intervallum; BMI: testtömegindex

Kétmintás T-próba

<sup>1</sup>A munkanélküli kategória a tanulókat és a szociális támogatásban részesülőket is tartalmazza.

*Forrás: Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Foley KL (2014): Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: a biomedicinális és a szociális tényezők hatása. Orv. Het. 155: 954-962.*

Ha az anyai jellemzők mentén kimutatható demográfiai, biomedicinális, gazdasági és kulturális különbségeket vizsgálták a roma és nem roma csoportokat összehasonlítva a teljes mintában azt tapasztalták, hogy a legnagyobb különbség az anya iskolai végzettségben jelentkezett (EH = 35,04), a legfeljebb 8 általános iskolai osztály és a magasabb végzettséget összehasonlítva. Jelentős különbség volt tapasztalható a munkanélküliség (EH = 24,95), a mélyszegénység (EH = 16,42), illetve a várandósság alatti dohányzás (EH = 7,76) esélyében is. A táplálkozási szokások tekintetében a roma anyák körében 3-szor nagyobb az esélye az alacsony gyümölcs-zöldség és a tejtermékek fogyasztásának (7. táblázat).

7. Táblázat: A 37-42. gesztációs héten született újszülöttek testtömegátlagainak összehasonlítása roma és nem-roma viszonylatban egyes dichotóm anyai változók alapján Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyékben, illetve Budapest X. kerületében (2009-12-ben születettek)

Változó	EH	95% CI	p
Roma/nem-roma (4288/12 213) Életkor $\leq 17/\geq 18$ év (449/16 052)	11,02	8,78–13,83	<0,001
Roma/nem-roma (4146/11 893) BMI $\leq 18,49\text{kg/m}^2/\text{többi}$	2,43	2,18–2,71	<0,001
Roma/nem roma (4288/12 212) Multipara/primipara (8794/7706)	1,72	1,64–1,87	<0,001
Roma/nem roma (4275/12 177) Művi abortusz $\geq 1/0$ (3115/13 337)	2,08	1,92–2,26	<0,001
Roma/nem roma (4273/12 180) Spontán abortusz $\geq 1/0$ (2595/13 858)	1,14	1,04–1,25	<0,005
Roma/nem-roma (4261/12 164) Iskola $\leq 8$ általános/ $<8$ általános	35,04	31,71–38,71	<0,001
Roma/nem-roma (4246/12 163) Munkanélküli <sup>1</sup> / foglalkoztatott (8937/7472)	24,95	21,78–28,59	<0,001
Roma/nem-roma (4187/11 461) Mélyszegénység/nem (6385/9263)	16,42	14,95–18,03	<0,001
Roma/nem-roma (4288/12 213) Lakáskomfort nincs/van (4087/11 326)	9,21	8,22–10,32	<0,001
Roma/nem roma (4252/12 138) Gyümölcs ritkán/másnaponta (2990/13 400)	4,26	3,94–4,66	<0,001

Roma/nem roma (4253/12 132) Zöldség ritkán/másnaponta (3529/12 856)	3,48	3,22–3,77	<0,001
Roma/nem roma (4247/12 128) Tejtermék ritkán/másnaponta (2497/13 878)	2,88	2,63–3,14	<0,001
Roma/nem roma (4228/12 111) Húsáru ritkán/másnaponta (3529/12 856)	1,72	1,57–1,88	<0,001
Roma/nem roma (4205/11 992) Kávé másnaponta/ritkábban (3854/2217)	1,60	1,50–1,73	<0,001
Roma/nem-roma (2356/3715) Dohányzott/nem dohányzott (3854/2217)	7,76	6,75–8,91	<0,001

CI: konfidencia intervallum; EH: esélyhányados  
Kétmintás T-próba

<sup>1</sup>A munkanélküli kategória a tanulókat és a szociális támogatásban részesülőket is tartalmazza.

*Forrás: Balázs P, Fogarasi-Grenczer A, Rákóczi I, Foley KL (2014): Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: a biomedicinális és a szociális tényezők hatása. Orv. Het. 155: 954-962.*

Vizsgálták a 7. táblázatban feltüntetett tényezők együttes hatását is a születési testtömegre. Ebben az esetben a legnagyobb szignifikáns különbség az anya 18 év alatti életkora mutatta (-556 g), amit az anya kóros soványsága (-265,6 g), a várandósság alatti dohányzás (-143,3 g) és a lakáskomfort hiánya (-113,4 g) követett. A roma etnicitás hatása ebben az esetben is kimutatható volt (-91,7 g), bár ennek hatása kisebb jelentőségű az előző tényezőkhöz képest. Érdeemes ezzel kapcsolatban megjegyezni, hogy ennek hátterében biológiai/genetikai tényezők is állhatnak, bár erre vonatkozó közvetlen vizsgálatok nem voltak. A többváltozós modellben a születési testtömegre jelentős hatást gyakorló fiatal anyai életkor a roma anyák körében 11-szer gyakoribb, a várandósság alatti dohányzás 8-szor gyakoribb, a kóros soványság azonban csak kb. 2,5-szer gyakoribb.

A vizsgálat eredményei megerősítették azt a romák körében már korábban leírt jól ismert tényt, hogy a roma anyák körében is lényegesen magasabb az alacsony iskolázottságúak és a munkanélküliség aránya, ami mélyszegénységhez és rossz lakáskörülményekhez vezet. Mindezen szociális-gazdasági tényezők kiegészülnek a kedvezőtlen táplálkozási szokásokkal – az alacsonyabb gyümölcs, zöldség és tejtermékfogyasztással, illetve a várandósság alatti magasabb dohányzási aránnyal. Mindezen tényezők külön-külön is és együttesen is jelentősen hozzájárulnak a roma anyák körében tapasztalható alacsony születési testtömeg magasabb arányához is. Ezen tényezők azonban nyilvánvalóan nem csak a roma etnikai csoportban jelente-



nek kockázati tényezőt, hanem bármely, hasonlóan rossz szociális-gazdasági helyzetben lévő csoportnál.

## **6.2. A roma újszülöttek és a roma anyák egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban**

### **6. 2. 1 Az etnicitás szerepe a csecsemőhalálózásban**

Mint ahogy arra korábban már utaltunk, a csecsemőhalálózást számos tényező befolyásolja. A roma etnicitás szerepét a perinatális- és csecsemőhalálózásban Szlovákiában vizsgálták utoljára. Az elemzést a 2004-es halálózási adatok felhasználásával végezték el a szlovák kistérségekben. Az alacsony iskolai végzettség és a magas munkanélküliségi arányszám mellett az etnicitás is szignifikánsan befolyásolta a perinatális- és csecsemőhalandóságot. A bevétel nem bizonyult szignifikáns faktornak. Az összes elemzésbe bevont változó egyszerre történő vizsgálata során csak a roma populáció aránya mutatott szignifikáns összefüggést a perinatális- és csecsemőhalálózással. E modell szerint a roma populáció aránya perinatális mortalitásban 34,9%-ban, a csecsemőhalálózásban 36,4%-ban bizonyult magyarázó tényezőnek (Rosicova és mtsai 2011).

### **6. 2. 2. A roma újszülöttek születési testtömege**

A környező országokban élő roma újszülöttek testtömegét és a roma anyák várandósság alatti egészségmagatartását több kutatás is vizsgálta. A 2000-es években Csehországból két tanulmány jelent meg ezzel kapcsolatban. A 2005-ben közölt tanulmány az 1995–2004 között született 1388 roma és 8938 nem roma újszülött adatait dolgozta fel. A két csoport között 373 gramm volt a nyers és 133 g a demográfiai, a társadalmi-gazdasági és magatartásbeli tényezőkre korrigált testtömegkülönbség a romák hátrányára (Bobak és mtsai 2005). A 2500 gramm alatti testtömeg előfordulási gyakorisága a romák körében 4,5-szer, a 37. gesztációs hét előtt születettek aránya 2,8-szer, az intrauterin retardáció előfordulása 2,9-szer volt gyakoribb (a gesztációs időre számított születési testtömeg <10 percentilis) (22,2% vs. 8,9%) a nem roma anyák újszülötteihez képest. Ezek a gyakoriságok a 2500 g alatti születési súly és az idő előtt születettek vonatkozásában megegyeznek a magyarországi vizsgálat eredményeivel (8. táblázat).

8. Táblázat: A 2500 gramm alatti születési testtömeggel és az idő előtt született (<37 hét) roma és nem-roma újszülöttek gyakorisága a közép-kelet európai országokban

Ország	Újszülött testtömege <2500 gramm		Gesztációs hetek száma <37 hét		Forrás
	Roma	Nem-roma	Roma	Nem-roma	
Cseh Köztársaság	14,1%	3,6%	9,9%	3,9%	Bobak 2005
Magyarország	14,2%	7,6%	10,7%	7,9%	Balázs 2014b

A fiatal (19 évnél fiatalabb) roma anyák aránya a mintában csak 3-szorosa volt a nem-roma anyakénak (21% vs. 7%), szemben a magyar vizsgálatban tapasztalt (18 évnél fiatalabb) 11-szeres különbséggel.

Egy másik csehországi tanulmány nem reprezentatív minta alapján (76 roma és 151 nem roma újszülött), 289 gramm különbséget mutatott ki a két csoport között (Rambousková és mtsai 2009). A szerzők a gesztációs időt illetően csak az átlagot közlik a romák (38,4 hét) és nem romák (39,6 hét) csoportjában és nem adták meg a kis súlyú újszülöttek és az idő előtt születettek arányát sem.

2015-ben jelent meg egy szerb tanulmány, melyben 2235 roma és 27 602 nem-roma újszülött antropometriai adatait hasonlították össze és ez alapján egy a romákra vonatkozó percentilis táblát állították össze (Stankovic és mtsai 2015).

### 6. 2. 3 A roma anyák egészségmagatartása

#### *Dohányzás*

A várandósság alatti anyai dohányzás gyakoriságát három csehországi tanulmány is vizsgálta. A 2002-es tanulmány szerint a roma anyák 78%-a dohányzott a nem-roma anyák körében tapasztalt 31%-hoz képest (Dejmek és mtsai 2002). A Bobak (2005) által végzett vizsgálatban trimeszterenként határozták meg a várandósok dohányzási szokásait. Mind a három trimeszterben szignifikánsan több roma anya dohányzott, mint nem roma (1. trimeszter: 67% vs. 25%; 2. trimeszter: 65% vs. 18%; 3. trimeszter: 63% vs. 16%). Felmérték a várandósság alatti alkoholfogyasztást is. Ebben nem találtak különbséget a két csoport között.

A dohányzási szokásokat illetően a roma anyák körében a másik 2009-ben publikált cseh tanulmány is magasabb arányt talált (57,9% vs. 20,3%)(Rambousková és mtsai 2009). Ezek

alapján megállapíthatjuk, hogy mindhárom tanulmányban kb. 2,5-3-szor volt gyakoribb a roma anyák körében a dohányzás gyakorisága a várandós nem-roma anyákhoz képest. A legutóbbi magyarországi vizsgálat ennél jóval nagyobb, kb. 8-szoros különbséget talált a dohányzásban (Balázs 2014b). Alkoholfogyasztásban a hazai vizsgálatok sem mutattak különbséget (Balázs és mtsai 2010).

### *Táplálkozási szokások*

A 2009-es cseh tanulmány vizsgálta a táplálékkiegészítők (vitaminok és nyomelemek) használatát is, illetve mérték az anyák vérében a folsav, a retinol, a béta-karotin és az alfa-tokoferol koncentrációját. A roma anyák a várandósság alatt jóval kisebb arányban, kb. harmadannyian fogyasztottak táplálékkiegészítőket (22,4% vs. 74,7%), mint a nem-roma anyák. A roma anyák vérében a folsav, a retinol, a béta-karotin és az alfa-tokoferol koncentrációja szignifikánsan alacsonyabb volt. A roma anyák és újszülötteik vérében a C-vitamin koncentrációja is szignifikánsan alacsonyabb volt, a nem-roma anyák és újszülötteikéhez képest (Dejmek és mtsai 2002).

A cseh roma anyák gyakrabban fogyasztottak fehér kenyeret, májat, füstölt kolbászt, sültkrumlit, chipset, édes üdítőket, illetve a vaját és zsírt tartalmazó ételeket részesítették előnyben. A nem-roma anyák körében ezzel szemben a zöldség, gyümölcs, gyümölcslé, a sajt és halfogyasztás volt gyakoribb. Nem találtak szignifikáns különbséget a hús, a csirke, a tejtermék és tojásfogyasztásban (Rambousková, 2006). Ezek az eredmények részben megegyeznek (zöldség és gyümölcsfogyasztás), részben eltérnek (tejtermékfogyasztás) a hazai eredményektől (Balázs 2014b).

## Irodalomjegyzék

- Babusik Ferenc.: A szegénység csapdájában, Cigányok Magyarországon – Szociális-gazdasági helyzet, egészségi állapot, szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, Delphoi Consulting, 2004.
- Bodnár Lóránt: A cigány csecsemők halálozása és a haláloki megoszlás alakulása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 1959-1978 között, Népegészségügy, 1981a. 62:362-366.
- Bodnár Lóránt: A cigány csecsemők halálozása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 1959-1978 között az egészségügy fejlődésének függvényében. Orv. Hetil., 1981b. 122:1903-1911.
- Bodnár Lóránt: Intrauterin retardáció gyakorisága cigányokban. Orv. Hetil., 1983. 124:1381-1384.
- Balázs Péter, Foley KL, és mtsai. : Koraszülő roma és nem roma nők összehasonlítása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei adatok alapján. Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle, 2010. 12:138–145,
- Balázs Péter, Rákóczi Ildikó, Greczer Andrea, Foley KL. : Várandósok egészségi állapota Magyarországon, a roma és nem-roma populációban végzett epidemiológiai kutatás alapján. Népegészségügy, 2012. 90: 227-237.
- Balázs Péter, Rákóczi Ildikó, Greczer Andrea, Foley KL.: Birth-weight differences of Roma and non-Roma neonates-public health implications from a population-based study in Hungary. Cent Eur J Public Health, 2014a. 22(1):24-8.
- Balázs Péter, Rákóczi Ildikó, Greczer Andrea, Foley KL.: Roma újszülöttek testtömegének vizsgálata: a biomedicinális és a szociális tényezők hatása. Orv. Het. 2014b. 155: 954-962.
- Bobak M, Dejmek J, Solansky I, Sram RJ. : Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study. BMC Public Health. 2005. 10;5:106.
- Dejmek J, Ginter E, Solanský I, és mtsai: Vitamin C, E and A levels in maternal and fetal blood for Czech and Roma ethnic groups in the Czech Republic. Int J Vitam Nutr Res. 2002. 72:183-190.

- HFA Adatbázis – European Health for All Database, 2015, September. Copenhagen, Denmark.
- Horváth Mihály: Cigánycsecsemők halálózása Baranya megyében 1973-77 között, városok és járások szerint. *Demográfia*, 1978. 21: 366-370.
- Juobert Kálmán: Size at birth and some sociodemographic factors in Gypsies in Hungary. *J Biosoc Sci*, 1991. 23(1): 39–47.
- Kósa Zsigmond, Széles György, és mtsai.: A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *Am J Public Health*, 2007. 97: 853-9.
- Rambousková J, Dlouhý P, Andél M.: Dietary consumption assessment and evaluation of nutritional status of Roma pregnant women and their newborn babies. In: Abreu L, Sandor J, eds. *Monitoring Health Status of Vulnerable Groups in Europe: Past and Present*. Pecs, Hungary: Compostela Group of Universities and Phoenix TN, European Thematic Network on Health and Social Welfare Policies; 2006. 178-188.
- Rambousková J, Dlouhý P, és mtsai.: Health behaviors, nutritional status, and anthropometric parameters of Roma and non-Roma mothers and their infants in the Czech Republic. *J. Nutr. Educ. Behav.*, 2009. 41(1), 58–64.
- Rosicova K, Madarasova Geckova A, és mtsai. : Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in Slovakia. *Int J Public Health*. 2011. 56(5):523-31. doi: 10.1007/s00038-010-0199-3.
- Stanković S, Živić S, és mtsai.: Comparison of weight and length at birth of non-Roma and Roma newborn in Serbia. *Int J Public Health*. 2015 Sep 5.
- Tambyrajia RL, Mongelli M.: Sociobiological variables and pregnancy outcome,. *Int J Gynaecol Obstet*, 2000. 70(1):105-12.

## **7. A roma gyermekek egészségi állapota és egészségmagatartása**

**Dr. Sárvány Attila**

### **7.1 A roma gyermekek egészségi állapota, egészségmagatartása Magyarországon**

A felnőtt roma lakosság egészségi állapota és egészségmagatartása nem csak az újszülöttek, hanem a gyermekek helyzetét is negatívan befolyásolja. Különösen igaz ez azoknál a családoknál, ahol magas a gyermekszám és hátrányos szociális-gazdasági helyzetben élnek. A szociális és gazdasági depriváció már önmagában is növeli a gyermekszegénységet, ehhez a roma etnicitás további rizikófaktorként járul hozzá. Ebben a fejezetben azoknak a vizsgálatoknak a legfontosabb eredményeit és főbb megállapításait foglaljuk össze, amelyek a roma gyermekek egészségmagatartását, egészségi állapotát és egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését vizsgálták.

#### **7. 1. 1 A roma gyermekek egészségmagatartása**

##### *7.1.1.1 Dohányzás, alkohol- és kábítószerfogyasztás*

A Magyarországon élő roma gyermekek egészségmagatartását több kutatás is vizsgálta. Az első, nagy elemszámú vizsgálatban – melyet 1998-ban végeztek - a WHO által koordinált nemzetközi kutatásban -, „Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (HBSC) – alkalmazott módosított kérdőívet használták. A felmérésbe a romák által legsűrűbben lakott térségekben elhelyezkedő iskolák 10-17 éves diákjait vonták be, összesen 11 megyéből. A 875 fős vizsgálati mintából 380 diák vallotta magát romának és 495 fő magyarnak. Az eredmények a roma tanulók kedvezőtlen egészségmagatartását mutatták. Bár az alkoholfogyasztás kipróbálása tekintetében nem volt különbség a roma és a magyar 10-13 éves gyerekek között (78% vs. 76%), a romák körében jelentősen magasabb volt a sört és a röviditalt kipróbálók aránya és a rendszeresen alkoholt fogyasztók aránya is. A fiúk jóval gyakrabban fogyasztottak alkoholt mindkét csoportban, mint a lányok. A részegség előfordulása is jelentősen magasabb volt a romák körében (45%), mint a magyar diákoknál (27%). A dohányzást mindkét csoportban a diákok körülbelül fele próbálta ki a vizsgált 10-17 éves korcsoportban (roma/nem roma: 50% vs. 45%), azonban a romák korábban próbálták ki a dohányzást – már 10-13 éves korban – és a rendszeres dohányzók aránya is kétszerese volt a magyar diákokhoz képest. Jelentős

nemi különbség volt kimutatható mindkét csoportban, ebben az esetben is (minden nap dohányzó roma fiúk: 31%, lányok: 25%; magyar fiúk: 13%, lányok: 11%). A kábítószer kipróbálók aránya mindkét csoportban alacsony értéket mutatott, azonban a roma tanulók esetén ez az arány (6%) háromszorosa volt a magyar diákok körében tapasztalt értékhez képest (2%). A fiúk jellemzően magasabb arányban próbálták ki a kábítószerket, mint a lányok mindkét vizsgált csoportban (Gordos 2000; Gordos és Aszmann 2000).

2004-ben Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a Népegészségügyi Program keretében vizsgálták a roma népesség szociális és egészségügyi állapotát. A kérdőíves felmérésbe 500 háztartást vontak be elsősorban vidéki, kisvárosi, falusi környezetből. A 12-18 éves korosztály körében a HBSC kérdőívvel vizsgálták az egészségmagatartás és egészségi állapot jellemzőit. Az összesen 114 roma fiatal átlagéletkora 15,18 év volt, 44,7%-uk járt általános iskolába, 23,7%-uk már nem tanult. A dohányzási szokások tekintetében a roma fiatalok 42,9%-a válaszolta azt, hogy már kipróbálta a dohányzást, 21,3%-uk rendszeresen dohányzott (hetente legalább egyszer), a minden nap rágyújtók aránya 2,7% volt. A fiúk körében gyakoribb volt a dohányzás, mint a lányok között (naponta dohányzók: 23,3% vs. 15,7%). A roma fiatalok körében az alkoholfogyasztás csak alkalmi jellegű volt, az illegális drogfogyasztás pedig csak elvétve, kipróbálás szintjén fordult elő (Huszti 2006).

Egy másik magyarországi vizsgálat - melyben ugyancsak a roma fiatalok dohányzási, alkoholfogyasztási és kábítószerfogyasztási szokásait mérték fel - azt találta, hogy a roma fiatalok körében magasabb a dohányzás, az alkoholmérgezés és a kábítószerhasználat életprevalenciája. A dohányzás esetén a lányoknál találtak különösen nagy különbséget (Gerevich és mtsai 2010).

#### *7.1.1.2 A telepszerű körülmények között élő gyermekek egészségmagatartása*

Magyarországon az első széles körű felmérés a különösen hátrányos helyzetben - telepszerű körülmények között - élő gyermekek egészségmagatartásáról 2011-ben készült (Sárváry és mtsai 2012). A felmérésbe a Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében – egy korábbi felmérésben azonosított telepeken vagy telepszerű körülmények között - élő 11 és 13 éves gyermekeket vontuk be. A felmérés során a tervezett mintaszám 1000 fő (megyénként 333) volt. A vizsgálathoz az Országos Gyermekégeszségügyi Intézet által, a 2009/2010. évben a HBSC felmérés során használt, és

az 5. osztályosokra valamint a 7. osztályosokra vonatkozó kérdőíveket alkalmaztuk. A HBSC vizsgálatához hasonlóan általános iskolákban történt az adatfelvétel.

*A kérdőív az alábbi témakörökre terjedt ki:*

- Egészségmagatartás: táplálkozási szokások, testtömeg-kontrollálás, fizikai aktivitás, fizikailag passzív szabadidő-eltöltési tevékenységek, rizikómagatartások (dohányzás, alkoholfogyasztás), sérülések, balesetek.
- Szubjektív jóllét: egészség értékelése, krónikus betegségek, étellel való elégedettség, pszichoszomatikus panaszok, gyógyszerhasználat, depresszív tünetek, önértékelés, testkép, tápláltsági állapot.
- Háttértényezők: demográfia (nem, életkor, lakóhely, iskolatípus), család (szerkezet, kapcsolatok, szülői nevelési stílus), kortársak (barátok, a velük töltött idő, kapcsolattartás, szociális önértékelés) iskola (iskolához való viszony, terhelés, tanulmányi eredmény, tanárok megítélése, osztályközösség, kortársbántalmazás, verekedés) szociális egyenlőtlenségek (család szubjektív és objektív szocio-ökonómiai helyzete) biológiai fejlődés.

*A minta jellemzői*

Összesen 915 telepszerű körülmények között élő (elsősorban roma) gyermek töltötte ki a kérdőívet. A 11 éves korcsoportból 463 fő (211 fiú és 252 lány), a 13 éves korosztályból 452 fő (205 fiú és 247 lány) vett részt a felmérésben. Az összehasonlítás alapjául szolgáló 2009/2010-ben készült HBSC felmérésben a 11 éves gyermekek száma 1873 (965 fiú és 908 lány) a 13 évesek száma 1905 (940 fiú és 965 lány) volt.

*A felmérésben résztvevők társadalmi-gazdasági helyzete*

A telepszerű körülmények között élő és az átlagos magyar gyermekpopuláció társadalmi-gazdasági helyzetét összehasonlítva megállapítható, hogy a telepszerű körülmények között élő gyermekek szülei között szignifikánsan, kb. ötször magasabb volt a csak 8 osztályt végzettek aránya, az apák és anyák foglalkoztatottsági aránya fele, illetve negyede volt az átlagos populáció gyermeklakosságának szüleihez képest. A telepszerű körülmények között élő gyermekek szülei körében az apák foglalkoztatottsága lényegesen magasabb volt, mint az anyáké. A 11 éves korosztályban hétszer, a 13 éves korosztályban négyszer több telepszerű körülmények között élő gyerek értékelte alacsonynak a családjának anyagi helyzetét az átlag populációhoz tartozó gyerekekhez képest (1. táblázat).



1. táblázat: A telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció társadalmi-gazdasági helyzetének főbb jellemzői

(Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) kutatás 2009/2010; a telepszerű körülmények között élő gyermekek egészségmagatartása felmérés, 2011)

	Telepszerű körülmények között élő gyermekek		Általános populáció	
	11 éves (95%MT)	13 éves (95%MT)	11 éves (95%MT)	13 éves (95%MT)
<b>A válaszadók száma (fő)</b>	463	452	1873	1905
<b>Jellemzők (%)</b>				
<b>A csak 8 osztályt végzett szülők aránya</b>	49,4 (46,0-52,7)	52,7 (49,3-56,1)	11,5 (9,2-11,5)	11,6 (10,2-12,4)
<b>Egyetemi/főiskolai végzettségű szülők aránya</b>	0,6 (0,3-1,5)	0,6 (0,2-1,4)	25,5 (22,3-25,5)	25,7 (23,9-26,9)
<b>Foglalkoztatott apák aránya</b>	37,6 (33,1-42,2)	43,3 (38,7-48,6)	84,3 (82,6-85,9)	82,1 (80,3-83,8)
<b>Foglalkoztatott anyák aránya</b>	15,0 (11,9-18,7)	18,8 (15,4-22,8)	72,0 (69,9-74,0)	72,4 (70,3-74,4)
<b>Szubjektív anyagi helyzet alacsony</b>				
<b>átlagos</b>	17,4 (14,1- 21,2)	14,9 (11,8- 18,6)	2,4 (1,7-3,14)	3,6 (2,78- 4,51)
<b>magas</b>	30,4 (26,3-34,8)	47,3 (42,7-52,1)	34,0 (31,9-36,2)	53,4 (51,1-55,7)
	52,2 (47,6- 56,9)	37,7 (33,3-42,5)	63,7 (61,4- 65,6)	43,0 (40,8- 45,3)

Megjegyzés: MT95%: 95%-os megbízhatósági tartomány

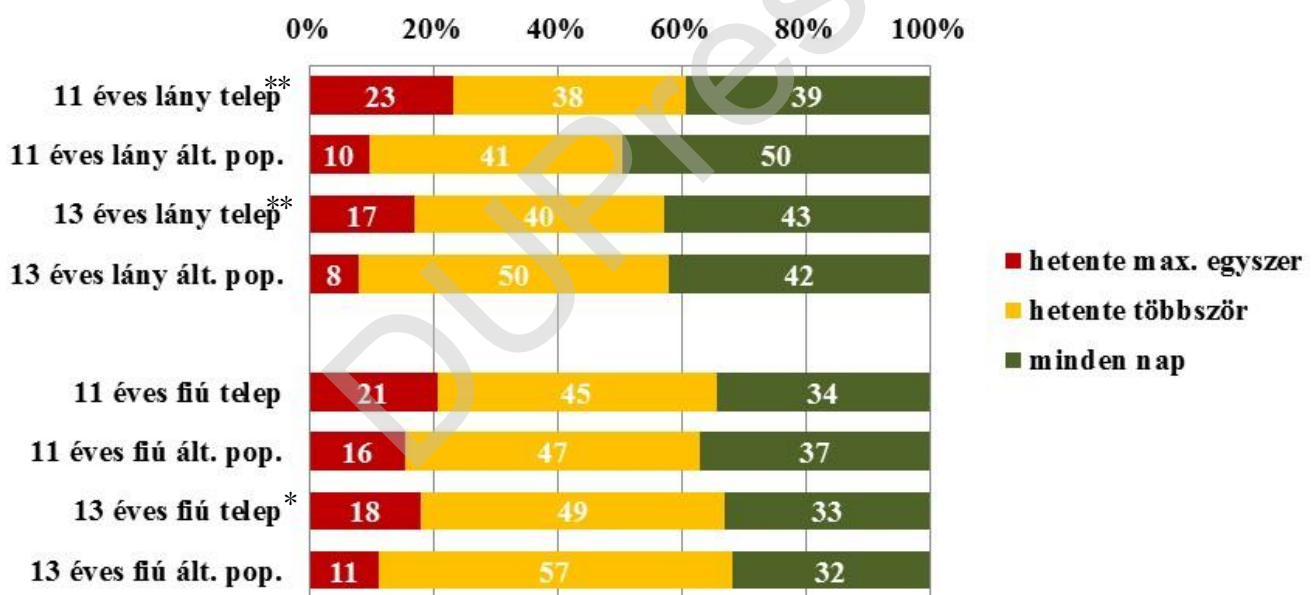
Forrás: Sárváry A és mtsai 2012: 234.

### Táplálkozási szokások

A telepszerű körülmények között élő gyerekek táplálkozási szokásai kedvezőek voltak a reggelizéssel kapcsolatban, de kedvezőtlen tendenciát mutattak a zöldség, a gyümölcs, az édesesség és az üdítőitalok fogyasztása tekintetében. A részletes eredmények szerint a mindennapi reggelizés a telepszerű körülmények között élő gyerekek között magasabb a 11 éves korosztályban (69,9%) és a 13 éves korosztályban (58,3%), mint az átlag populációba tartozó 11 éves

(61,6%), és 13 éves gyerekek között (47,1%). Mindkét korosztályban lényegesen kevesebb telepszerű körülmények között élő gyerek számolt be arról, hogy soha nem reggelizik: a 11 éves korosztályban a gyerekek 10%-a, míg a 13 évesek 17,1%-a soha nem fogyaszt reggelit.

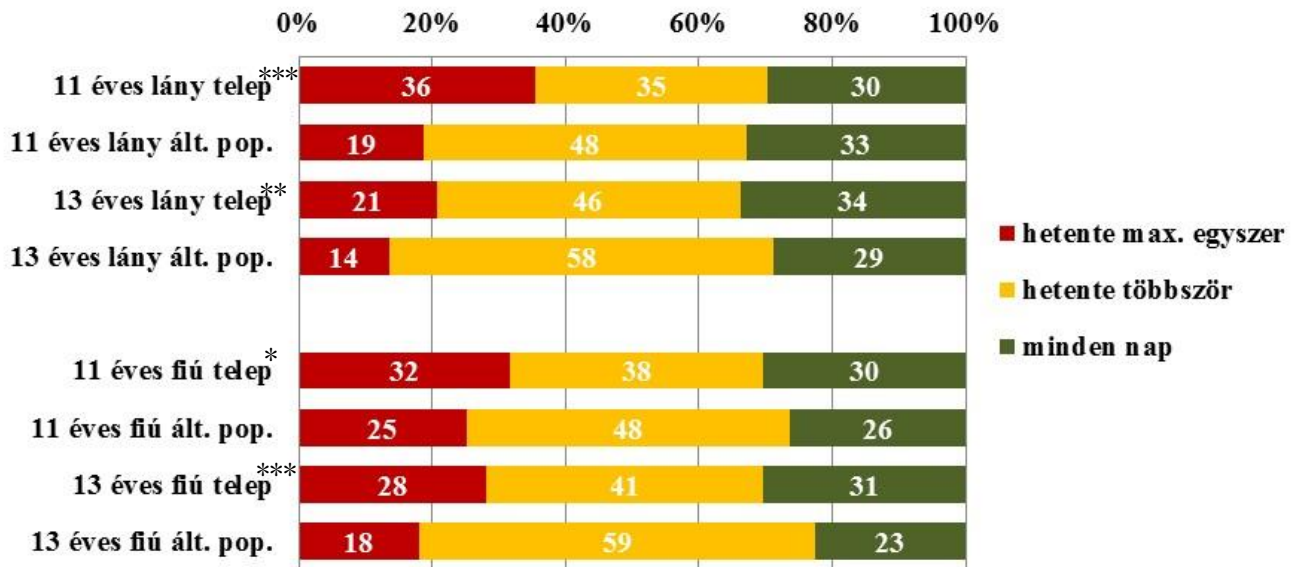
Mindkét populációban a gyerekek körülbelül egyharmada evett gyümölcsöt, és valamivel kevesebben zöldséget minden nap mindkét korosztályban. A telepszerű körülmények között élő gyerekek között azonban jóval többen számoltak be arról mindkét korosztályban, hogy soha, vagy ritkábban, mint hetente esznek gyümölcsöt (11 évesek: 21,9% vs. 12,7%; 13 évesek: 17,4% vs. 9,5%) és zöldséget (11 évesek: 33,5% vs. 22,1%; 13 évesek: 24,4% vs. 15,8%) (1. és 2. ábra). Az átlag populációba tartozó gyerekek között mindkét korosztályban szignifikáns különbség mutatkozott a nemek között a gyümölcs-, és zöldségfogyasztás tekintetében. A 11 és 13 éves lányok között magasabb volt a mindennapi gyümölcs-, és zöldségfogyasztás prevalenciája, mint a fiúk körében.



1. ábra A gyümölcsfogyasztás gyakorisága a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001

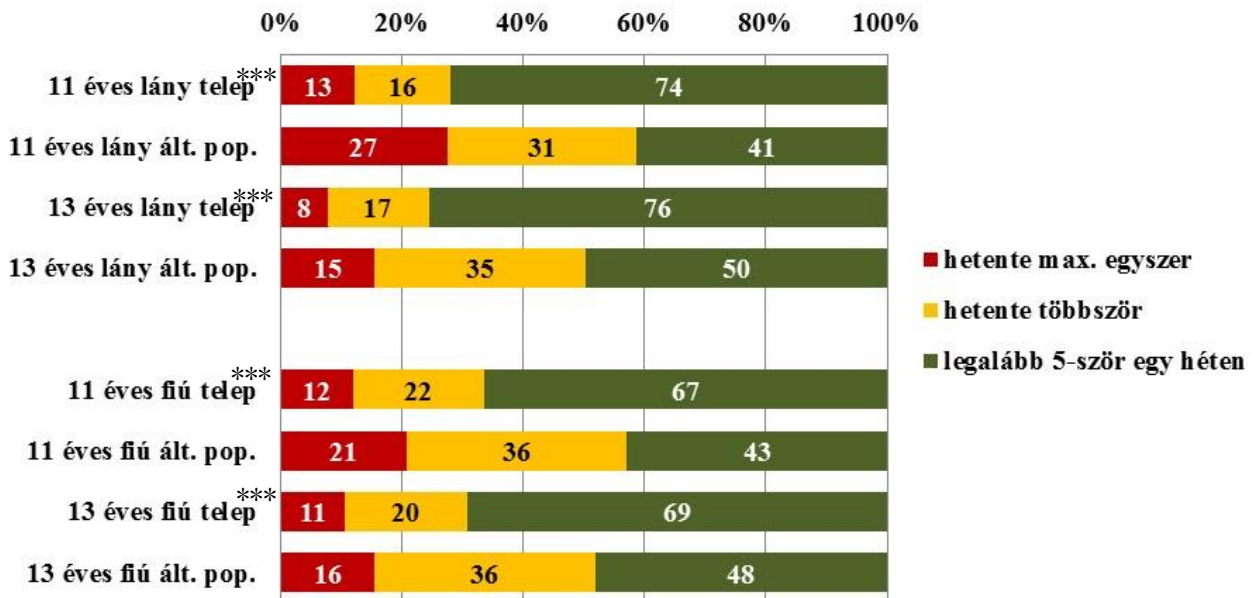
Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.



2. ábra A zöldségfogyasztás gyakorisága a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

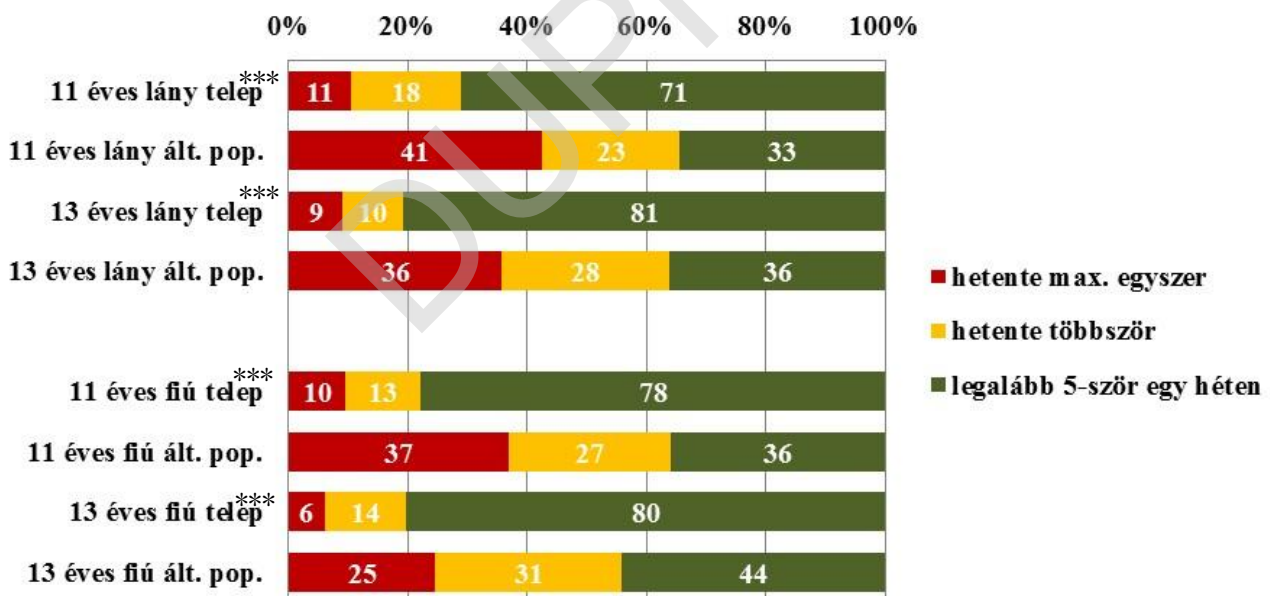
Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.

A két populáció édesség és üdítőital fogyasztásában szignifikáns különbség mutatkozott mindkét korosztályban. A telepszerű körülmények között élő gyerekek között a rendszeres (legalább ötször egy héten) édesség (11 évesek: 68,9% vs. 42,1%; 13 évesek: 72,6% vs. 49,0%) és kóla vagy üdítőital fogyasztás (11 évesek: 74,7% vs. 34,7%; 13 évesek: 80,7% vs. 40,1%) gyakorisága másfélszer volt magasabb, mint az átlag populáció gyerekei között (3. ábra). Mindkét korcsoportban szignifikánsan több átlag populációba tartozó gyerek jelezte, hogy soha vagy ritkábban, mint hetente egyszer fogyaszt édességet, mint a telepszerű körülmények között élő gyerekek. A kóla és más cukros üdítőitalok fogyasztásának gyakoriságában különösen nagy volt az eltérés a két populáció között ebben a kategóriában: négyszer több átlag populációhoz tartozó gyerek számolt be arról, hogy soha vagy ritkábban, mint hetente egyszer fogyaszt cukrozott üdítőt.



3. ábra Az édességfogyasztás gyakorisága a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.



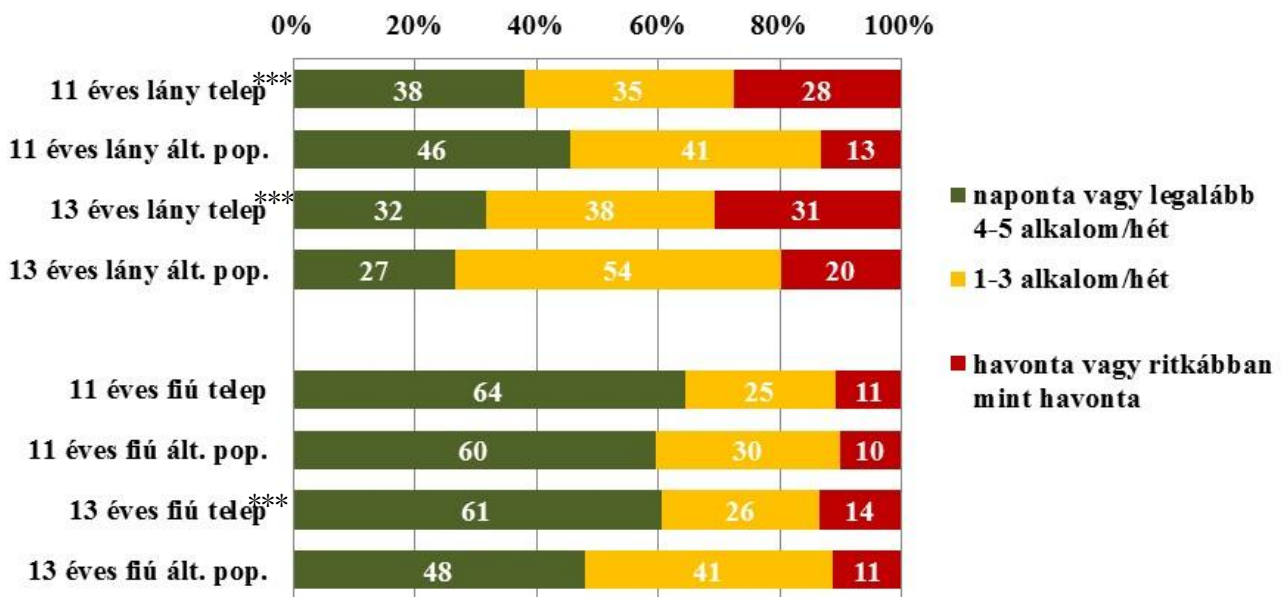
4. ábra A kóla vagy más cukros üdítők fogyasztásának gyakorisága a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.

Bár mindkét populációban a gyerekek legalább háromnegyed része soha nem ment éhesen iskolába vagy feküdt le éhesen aludni (szignifikánsan kevesebb volt köztük a telepszerű körülmények között élő gyerek mindkét korcsoportban), ugyan akkor több mint két és félszer több 11 éves (4,8% vs. 1,8%), és másfélszer több 13 éves telepszerű körülmények között élő gyerek (3,3% vs. 2,0%) válaszolta azt, hogy mindennap vagy gyakran éhesen ment iskolába vagy feküdt le aludni.

#### *Fizikai aktivitás, a szabadidő passzív eltöltése*

Mindkét populációban a 11 évesek fele végzett rendszeresen (naponta vagy legalább 4-5 alkalommal hetente) intenzív testmozgást testnevelés órán kívül (51,3% vs. 52,8%), a 13 évesek között azonban már kevesebben számoltak be ugyanerről. A 13 éves korcsoportban közel másfélszer több telepszerű körülmények között élő gyerek végzett rendszeresen (naponta vagy hetente 4-5 alkalommal) fizikai aktivitást testnevelés órán kívül (46,1% vs. 37,2%), ami szignifikáns eltérést jelentett. Ugyanakkor szintén szignifikánsan több telepszerű körülmények között élő gyerek végzett havonta, vagy ritkábban, mint havonta intenzív testmozgást, mint az átlag populációba tartozó gyerek (11 évesek: 19,0% vs. 11,6%; 13 évesek: 22,1% vs. 15,6%), ami elsősorban a lányok között megfigyelhető különbségből adódott. Mindkét populációban a 11 és 13 évesek körében is több fiú végzett rendszeresen (testnevelési órán kívüli) intenzív testmozgást, mint lány (5. ábra). A 13 éves lányok körében jelentős visszaesés tapasztalható a rendszeresen intenzív testmozgást végzők arányát tekintve, ami a testkép megváltozásával, a nemi érés beindulásával és ezzel párhuzamosan az érdeklődési kör megváltozásával magyarázható. Ez a folyamat a romák körében valamivel hamarabb következik be, ami magyarázhatja az intenzív testmozgást ritkán végző lányok magasabb arányát.



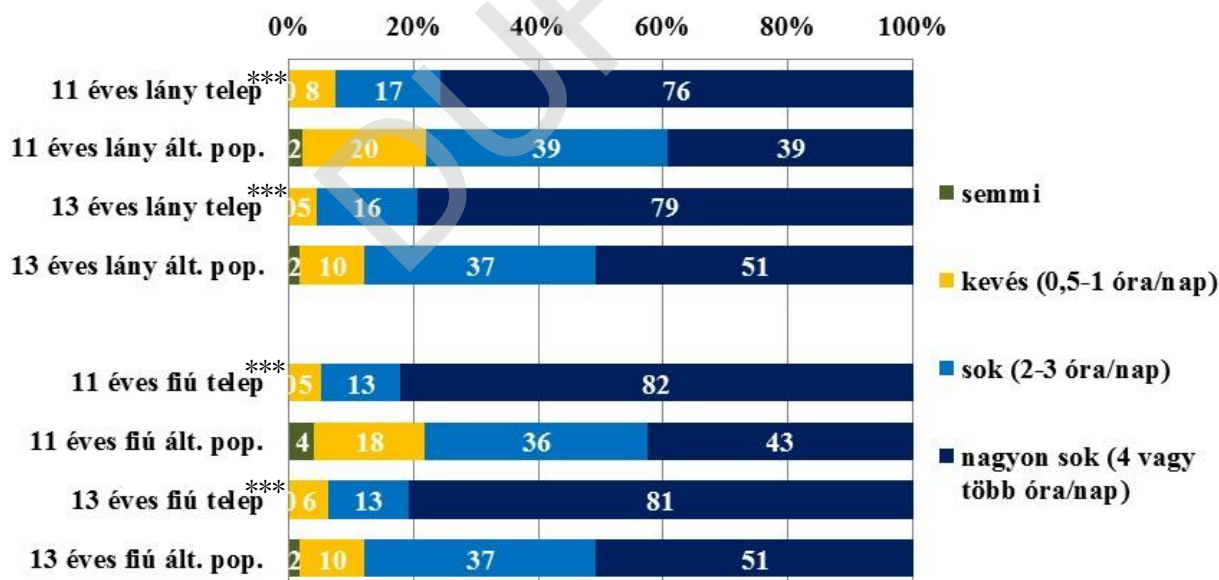
5. ábra Az intenzív testmozgás gyakorisága a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.

Az elmúlt 7 napra vonatkozó legalább 60 perces testmozgást kategóriákba sorolva szignifikáns különbség adódott a két populáció között. A telepszerű körülmények között élő gyerekek közel egyharmada elegendő mennyiségű (minden nap legalább 60 perc) mozgást, míg másik harmada nagyon keveset (0-2 nap legalább 60 perc) mozgott az elmúlt 7 napban mindkét korcsoportban. Ezek a gyakoriságok mindkét esetben magasabbak a telepszerű körülmények között élő gyerekek körében, mint az átlag populációba tartozó gyerekek között (elegendő testmozgás aránya: 11 évesek: 34,8% vs. 26,5%; 13 évesek: 28,5% vs. 17,5%). A kevésnek és közel elegendőnek ítélt fizikai testmozgás aránya az átlag populációba tartozó gyerekek között volt szignifikánsan magasabb. A telepszerű körülmények között élő és az átlag populációba tartozó gyerekek körében mindkét korosztályban szignifikánsan több lány ítélte kevésnek az elmúlt 7 napban végzett testmozgást, mint fiú.

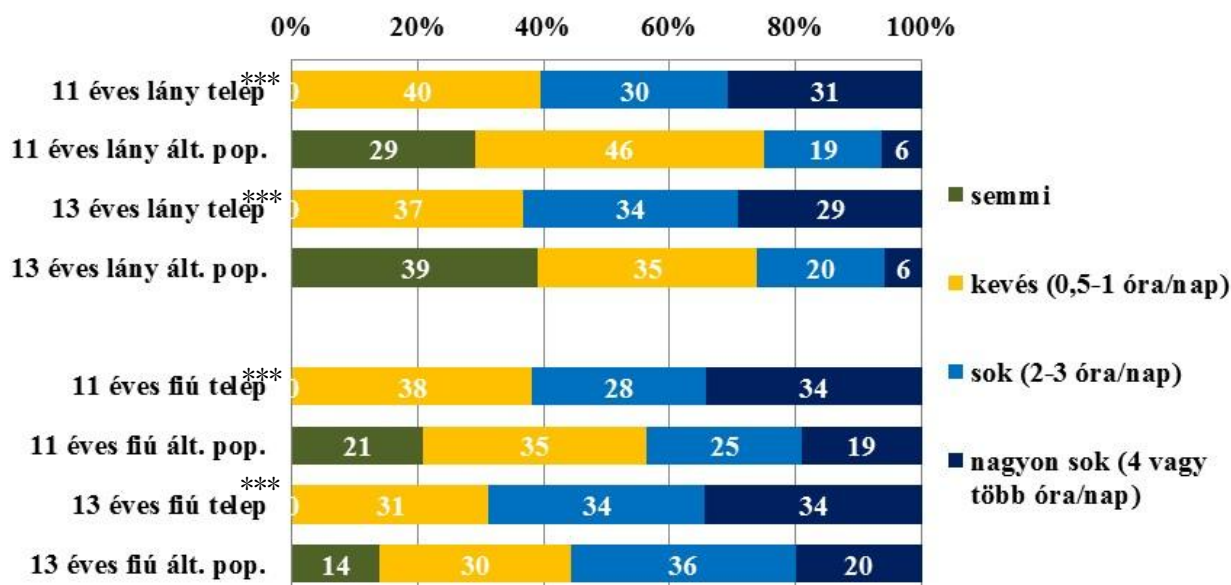
A szabadidő passzív eltöltését a TV, videó és DVD és a játék számítógépen, számítógépkonzolon kérdésekkel vizsgálták. A TV, videó és DVD hétköznapi használatának gyakoriságára vonatkozóan mindkét populációban és mindkét korosztályban szignifikáns különbségek mu-

tatkoztak (6. ábra). Kétszer több 11 éves (79,0% vs. 41,1%) és másfélszer több 13 éves (80,1% vs. 51,3%) telepszerű körülmények között élő gyerek számolt be nagyon sok (napi 4 óra vagy annál több) tv, videó és DVD használatról. Nem volt olyan telepszerű körülmények között élő gyermek, aki ne töltött volna valamennyi időt hétköznap a képernyő előtt. A számítógépes játékokra vonatkozó eredmények hasonló tendenciákat mutattak (7. ábra). A telepszerű körülmények között élő gyerek körülbelül egyharmada mindkét korosztályban (11 évesek: 32,5%; 13 évesek: 31,8%) nagyon sok időt fordított számítógépes játékokra, ami körülbelül két és félszerese az átlag populációba tartozó gyerekek által közölt gyakorisági értékeknek (11 évesek: 12,9%; 13 évesek: 12,8%). A „semmi időt nem töltök számítógépes játékokkal” kategóriában – a TV, videó és DVD használatához hasonlóan – nem volt telepszerű körülmények között élő gyerek. Bár a telepszerű körülmények között élő fiúk fizikai aktivitása és passzív szabadidő eltöltése ellentmondásosnak tűnik – tehát a magasabb intenzív fizikai aktivitáshoz jelentősen magasabb passzív szabadidő társul az átlagos populációhoz képest – ez azonban valószínűleg azzal magyarázható, hogy az iskola után a szabadidejükben csupán ezzel a két tevékenységgel foglalkoznak és sokkal kevesebb időt fordítanak a tanulásra vagy pluszfoglalkozásokra.



6. ábra A TV, video, DVD használata (hétköznap) a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.



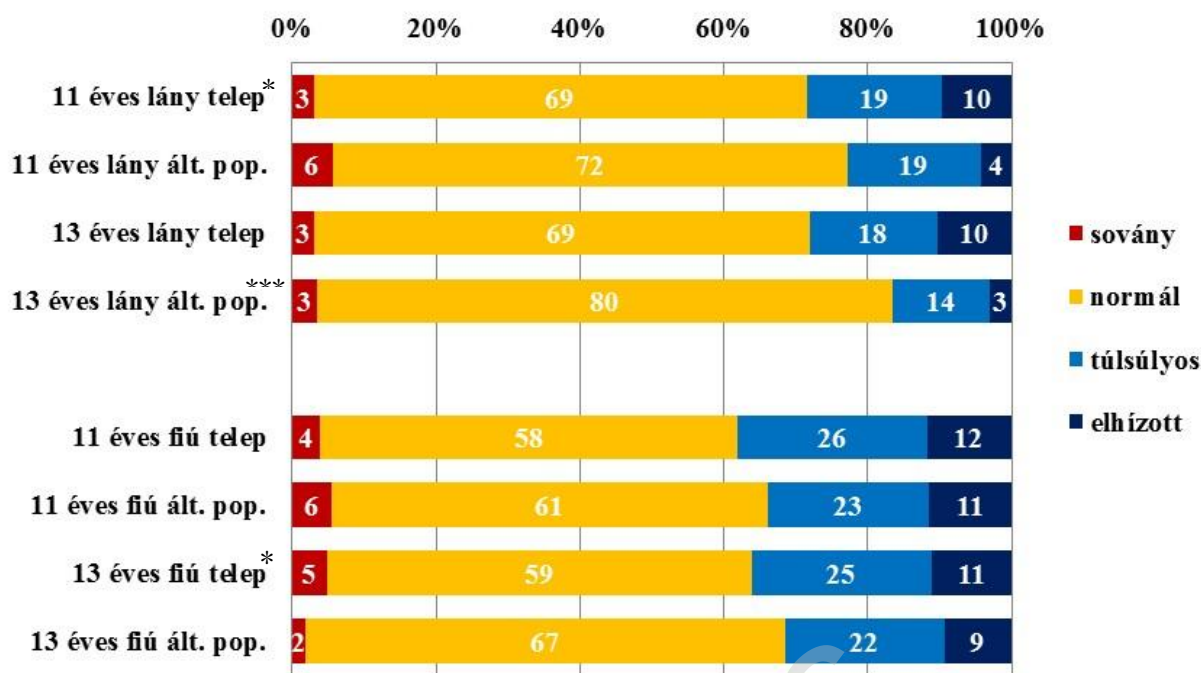
7. ábra Játék számítógépen, számítógépkonzolon (hétköznap) a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.

### Tápláltsági állapot

A testtömegindex (BMI) kategóriák szerinti megoszlása nem mutatott jelentős különbséget a két csoport között a 11 éves korosztályban. A 13 éves korosztályban azonban szignifikánsan kevesebb normál súlyú, és körülbelül kétszer több (10,7%) elhízott gyerek volt található a telepszerű körülmények között élő gyerekek között, mint az átlag populációban (6,1%). Érdeemes megemlíteni, hogy az átlag populációban mindkét korosztályban a lányok között a normál testsúlyú, míg a fiúk között a túlsúlyos és elhízott gyerekek prevalenciája mutatott magasabb értéket.





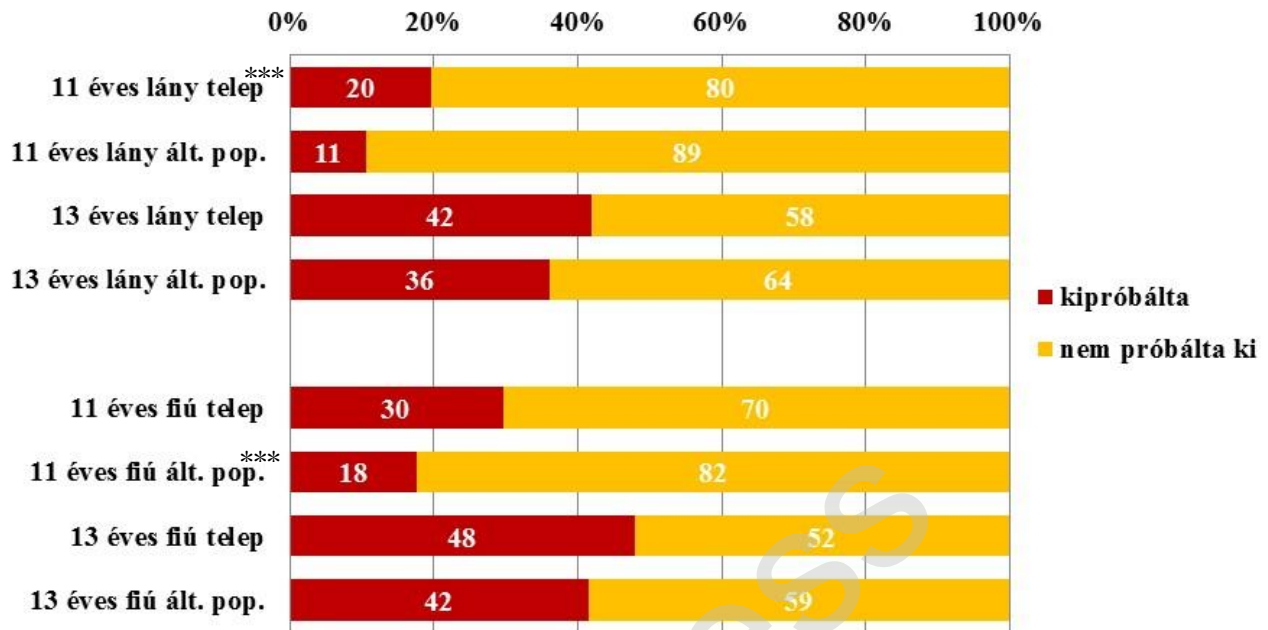
8. ábra A testtömegindex megoszlása a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárvány A és mtsai 2012.

#### *Dohányzási és alkoholfogyasztási szokások*

A telepszerű körülmények között élő gyerekek dohányzási és alkoholfogyasztási szokásai hasonló mintázatot mutatott, mint amit Gordos és Aszmann (2000) és Huszti (2006) korábban végzett vizsgálatában tapasztaltak. Az eredmények szerint a 11 évesek körében a telepszerű körülmények között élő gyerekek közel negyede (24,7%), míg az átlag populációba tartozó gyerekek 14,2%-a próbálta már ki a dohányzást. Ez az eredmény egyértelműen azt mutatja, hogy a kipróbálás ideje a telepszerű körülmények között élő gyermekek körében korábbi időpontra esik az átlag populációhoz képest. Nemek szerint vizsgálva a különbségeket megfigyelhető, hogy a telepszerű körülmények között élő 11 éves fiúk harmada (29,6%), míg a lányok ötöde (19,7%) már kipróbálta a dohányzást (9. ábra). A különbség szignifikáns volt a 11 éves telepszerű körülmények között élő fiúk és lányok és az átlagpopuláció gyerekei között. A 13 évesek körében mindkét csoportban jelentősen nőtt a dohányzást kipróbálók aránya a 11 éves korosztályhoz képest. Ez a növekedés kétszeres volt a telepszerű körülmények között élők (44,9%), és két és félszeres az átlag populációba tartozó gyerekek között (38,8%). A dohányzás kipróbálása a Gordos és Aszmann (2000) vizsgálatában a 10-17 éves korcsoportban 50% volt, ami a 10-13 évesek körében 44%-os, a 14-17 évesek körében 63%-os arányt

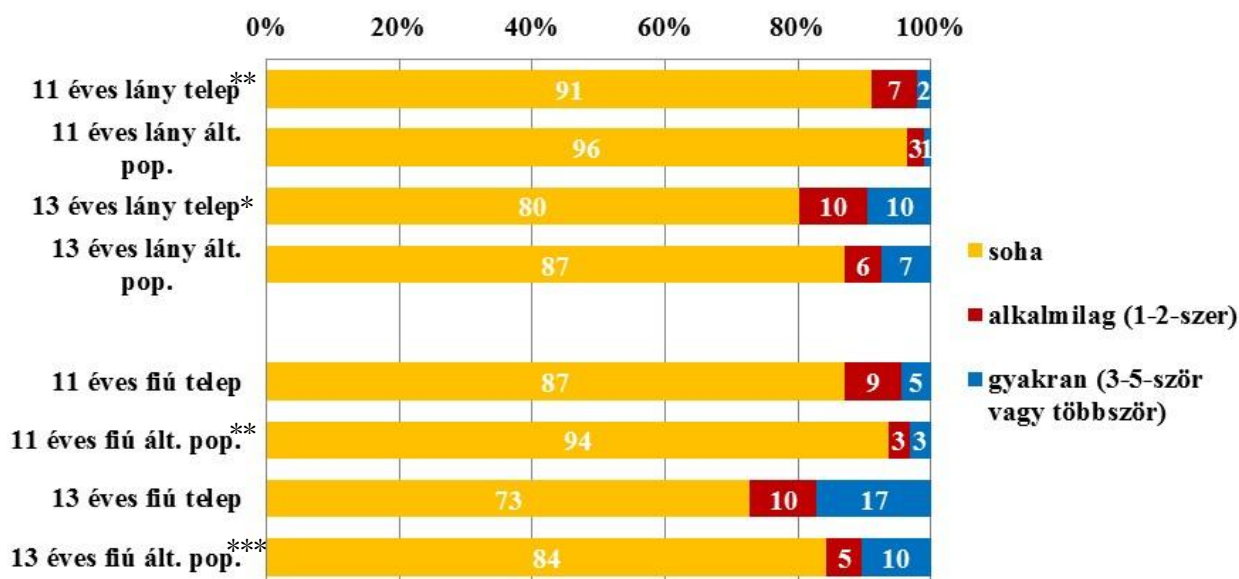
jelentett. A Huszti (2006) által végzett vizsgálatban a 12-18 éveseknél 42,9%-os arányt tapasztaltak.



9. ábra A dohányzást kipróbálók aránya a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.

Az elmúlt 30 napra vonatkozó dohányzási gyakoriság adatai – hasonlóan a kipróbálás-hoz - azt mutatták, hogy az alkalmanként dohányzók között két és félszer több a telepszerű körülmények között élő gyerek a 11 éves és körülbelül kétszer több a 13 éves korosztályban. Az elmúlt 30 napban gyakran dohányzók között szintén szignifikánsan magasabb volt a telepszerű körülmények között élő gyerekek aránya mindkét korcsoportban és mindkét nemből (10. ábra).



10. ábra A dohányzás gyakorisága az elmúlt 30 napban a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.

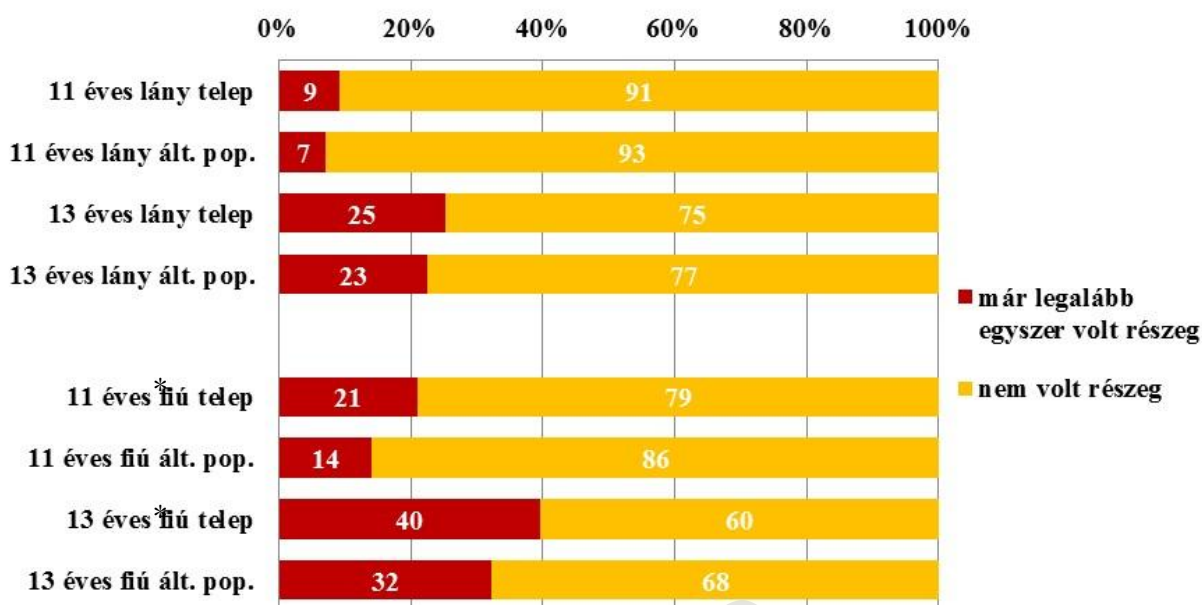
Bár a rendszeresen (naponta vagy hetente több, mint egyszer dohányoztak) dohányzók aránya mindkét populációban alacsonynak adódott – hiszen ebben a korcsoportban még leginkább a kipróbálás a jellemző -, mindkét korcsoportban több volt köztük a telepszerű körülmények között élő gyerek (11 évesek: 4,6% vs. 2,4%; 13 évesek: 12,9% vs. 7,9%). A rendszertelenül dohányzók aránya a telepszerű körülmények között élő gyerekek között háromszor volt gyakoribb a 11 éves korosztályban, mint az átlag populációhoz tartozó gyerekek körében, ez a különbség azonban 13 éves korra jelentősen lecsökkent: nagyjából minden ötödik gyerek mindkét csoportban alkalmanként rágyújtott. Mindkét korosztályban mindkét populációban több fiú számolt be arról, hogy rendszeresen dohányzik, mint lány. Gordos és Aszmann (2000) vizsgálatában a minden nap dohányzó roma fiúk aránya 31%, a lányok aránya 25% volt, ami jelentősen magasabb a magyar gyermekek értékeihez képest (fiúk: 13%, lányok: 11%). Huszti (2006) vizsgálatában a 12-18 évesek 21,3%-a dohányzott rendszeresen (hetente legalább egyszer), a minden nap rágyújtók aránya 2,7% volt. A különbségek a különböző korcsoportokból és az eltérő adatfelvételi időszakból adódhat.

Az alkohol kipróbálásának prevalenciája 11 éves korban a telepszerű körülmények között élő gyerekek között magasabb (41,2% vs. 35,9%), míg a 13 éves korosztályban alacso-

nyabb volt (58,3% vs. 64,0%), mint az átlag populációhoz tartozó gyerekek között, azonban az eltérés nem volt szignifikáns. A 11 éves korosztályhoz viszonyítva – ahogy ez várható volt - mindkét csoportban magasabb volt az alkohol kipróbálásának előfordulása a 13 évesek körében. Az átlag populációba tartozó gyerekek között mindkét korosztályban, míg a telepszerű körülmények között élő gyerekek között a 11 éves korosztályban szignifikánsan több fiú próbálta már ki az alkoholt, mint lány.

Az elmúlt 30 napra vonatkozó alkoholfogyasztással kapcsolatos adatok nem mutattak jelentős különbséget a két minta között. A gyerekek több mint 80%-a nem fogyasztott alkoholt ebben az időszakban a 11 éves és kb. 65%-a a 13 éves korosztályban. Az alkalmi és gyakori alkoholfogyasztók között egyik korcsoportban sem volt különbség a két populáció között. Mindkét populációban mindkét korosztályban egyaránt több fiú volt az alkoholfogyasztók csoportjában.

Az eredmények a részegség tekintetében (már legalább egyszer volt részeg) szignifikáns különbséget mutattak – a telepszerű körülmények között volt magasabb a prevalencia - a 11 évesek és ezen belül a fiúk (21% vs. 14,1%) és szintén a 13 éves fiúk csoportjai között (39,6% vs. 32,2%). Mindkét populációban nagyobb volt a részegség prevalenciája 13 éves korban, a növekedés mintegy kétszeres volt (11. ábra). Mindkét populációban mindkét korcsoportban szignifikánsan több fiú, mint lány számolt be arról, hogy már legalább egyszer volt részeg. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos eredmények megegyeznek a korábban bemutatott Gordos és Aszmann (2000) által közölt eredményekkel.



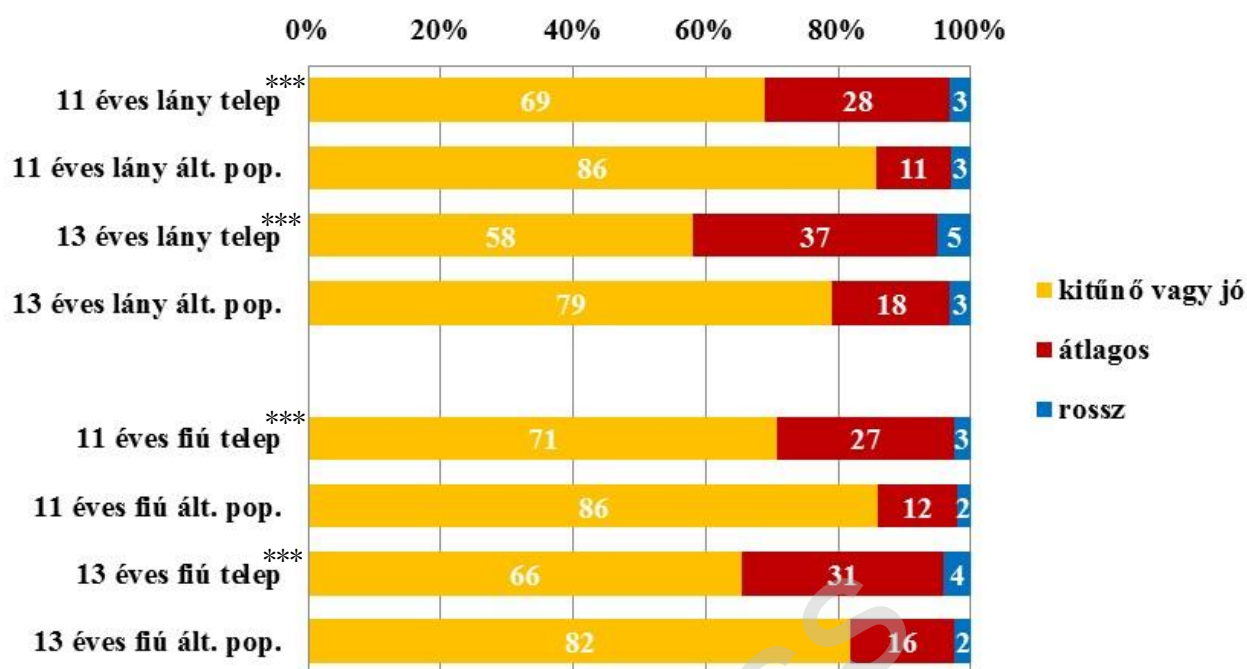
11. ábra A részegség (már legalább egyszer) gyakorisága a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.

### *Szubjektív egészségi állapot*

Szignifikánsan kevesebb telepszerű körülmények között élő gyerek számolt be kitűnő vagy jó egészségi állapotról mindkét korosztályban, mint az átlag populációhoz tartozó gyermekek (11 évesek: 69,9% vs. 86,1%; 13 évesek: 61,9% vs. 80,4%). Ez a különbség nemek szerinti bontásban is jellemző volt (12. ábra). Mindkét korosztályban körülbelül kétszer annyi telepszerű körülmények között élő gyerek ítélte átlagosnak az egészségi állapotát, mint az átlag populációba tartozó gyermekek. Nem volt azonban jelentős különbség a saját egészségi állapotát rossznak ítélő gyerekek között a két csoportban.

A 2004-es szabolcs-szatmár-bereg megyei felmérésben a 12-18 éves roma fiatalok 85,2%-a minősítette egészségi állapotát kitűnőnek vagy jónak. Az eredmények nem hasonlíthatók össze közvetlenül a telepszerű körülmények között élő gyermekek válaszaival, mert egyrészt a két felmérés között 7 év telt el, másrészt a korcsoportok sem voltak azonosak, illetve a két csoport gazdasági-társadalmi helyzete is eltért egymástól (Husztai 2006).



12. ábra A szubjektív egészségi állapot megítélése a 11 és 13 éves telepszerű körülmények között élő gyermekek és az általános populáció körében nemek szerint

Khi<sup>2</sup>-próba: \*<0,05; \*\*<0,01; \*\*\*<0,001  
 Forrás: Sárváry A és mtsai 2012.

A magyarországi vizsgálatok egyértelműen a roma gyermekek és fiatalok kedvezőtlen egészségmagatartását igazolták. E különbségek mind a kedvezőtlen táplálkozási szokásokban, mind a gyakoribb, illetve korai szerhasználatban (dohányzás, alkoholfogyasztás) megnyilvánulnak.

## 7. 1. 2. A roma gyermekek egészségi állapota

### 7. 1. 2. 1 Fertőző betegségek

A roma gyermekek és fiatalok körében előforduló fertőző betegségek felméréséről nem jelent meg publikáció. Azonban a felnőtt roma lakosság körében végzett szerológiai felmérésből következtetni tudunk bizonyos, elsősorban gyermekkorban előforduló fertőző betegségek jelenlétére. Egy budapesti felmérés szerint a hepatitis A antitest előfordulása kétszer gyakoribb volt a felnőtt romák körében, mint a nem romák körében (80% vs. 43%) (Gyarmathy és mtsai

2008). Magyarországon jellemzően azokon a területeken fordulnak elő hepatitis A járványok, ahol a higiénés viszonyok nem megfelelőek, így pl. Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megyékben.

### **7. 1. 3. Egészségügyi ellátás**

A magyarországi romatelepeken élő gyermekek egészségügyi ellátását és higiénés viszonyait 2003-2004-ben mérték fel (Ungváry és mtsai 2005). A mintegy 300-400 vagy 767 romatelepen (definíciótól függően) összesen 138 000-en éltek. A telepeken az összlakosság 15,8%-a volt 0-5 éves, 35,6%-a volt 0-14 éves gyermek. A romateleppel rendelkező településeket 456 házi gyermekorvos látta el. A gyermeklakosságot ellátó háziorvosok 11,4%-ának rendelési ideje (< 15 óra/nap/ 5 nap/hét) volt, ami a szerzők megállapítása szerint nem elégséges. A gyermekellátást az eseteknek csak kb. 60%-ában végezte gyermekgyógyász szakorvos. A gyermekek ügyeleti ellátását döntő többségében a felnőtt lakosság háziorvosai végezték (94%) (ez országosan jellemző arány). A telepeket ellátó védőnők 12,5%-a két településnél többet látott el, illetve kb. 22%-a 750 főnél több személy ellátását végezte (az ideális ellátandó gondozotti létszám 300 fő, az ellátandó települések száma a kettőt nem haladja meg). Összességében tehát a telepeken élő gyermekek egészségügyi ellátása bár nem különbözött az átlagos magyarországi gyermekek ellátásától, sok esetben az ügyeleti rendszer hiányosságai voltak tapasztalhatók.

### **7. 2. A roma gyermekek egészségi állapota, egészségmagatartása nemzetközi összehasonlításban**

A nemzetközi szakirodalomban az utóbbi időben egyre több publikáció foglalkozik ezzel a témával. Ezek a közlemények általában egy-egy aspektusát pl. a dohányzási, vagy a táplálkozási szokásokat, egy fertőző ágens vagy egy adott betegség előfordulását vizsgálták a roma gyermekek körében (Janevic és mtsai 2010; Hujová és mtsai 2011; Halánová és mtsai 2013; Kolvek és mtsai 2014). Két tanulmány mérte fel komplexen a roma gyermekek egészségmagatartását (Kanapeckienė és mtsai 2009, Kolarcik és mtsai 2009, 2010, 2012).

## 7. 2. 1. Egészségmagatartás

### 7. 2. 1. 1 Dohányzási és alkoholfogyasztási szokások

Litvániában két településen, két roma iskolában végzett felmérés eredményei alapján (n=59 és 31) a roma gyermekek körében magasabbnak adódott a mindennapos dohányzás (16,1% és 15,5% vs. 10,9%), a napi alkoholfogyasztás (3,2% és 3,4% vs. 2,1%) és a kábítószerfogyasztás (3,3% és 1,7% vs. 0,6%) gyakorisága a nem roma gyermekek értékeihez képest. Az alkoholfogyasztással kapcsolatban megjegyzendő, hogy az alkoholt sohasem fogyasztók aránya az egyik iskolában a roma gyermekek körében volt a legmagasabb. Az eredmények értékelhetőségét erősen limitálja, hogy egyrészt alacsony volt a vizsgálatban részt vett roma gyermekek száma, másrészt nagyon széles volt a felmérésben résztvevő roma gyermekek életkori korcsoportja (9-19 év), az összehasonlításként használt nem roma csoportban viszont csak 14-15 éves korú gyermekek szerepeltek (Kanaeckiené és mtsai 2009).

Egy Kelet-Szlovákiában végzett vizsgálatban – melyben 330 roma és 772 nem roma serdülő vett részt – a dohányzás, a részegség, a droghasználat gyakoriságát alacsonyabbnak, míg a fizikai inaktivitás gyakoriságát magasabbnak találták, mint a nem roma populációban. A roma fiúk körében csak a droghasználatot találták alacsonyabbnak (Kolarcik és mtsai 2010). Ezek az eredmények a dohányzás és a részegség tekintetében jelentősen eltérnek a magyarországi telepszerű körülmények között élő gyermekek körében tapasztalt eredményektől.

A kardiovaszkuláris betegségek különböző rizikófaktorainak előfordulási gyakoriságát felmérő másik szlovák kutatásban a dohányzás prevalenciáját is vizsgálták. A dohányzás a 7-18 éves roma gyermekek és serdülők körében kétszer gyakoribb volt, mint az általános populációban (26,4% vs. 9,2%) (Hujová és mtsai 2011).

A dohányzás gyakoriságára vonatkozó külföldön végzett felmérések adatait a 2. táblázat foglalja össze. A Szlovákiában két különböző területen végzett vizsgálat eredményei jelentősen eltérnek egymástól.



1. Táblázat: A dohányzók (legalább hetente) gyakorisága a romák és nem romák körében

Ország	Korcsoport és átlagéletkor (roma/nem roma)	Minta elem- száma (roma/nem roma)	Dohányzás gyakorisága		p érték	Forrás
			Roma	Nem roma		
Litvánia	9-19 év 12,3 és 13,6/14,5	59 és 31/640	16,1% és 15,5%	10,9%	0,023	Kanapeckienė és mtsai 2009
Szlovákia	12-17 év 14,5/14,9	330/772	fiúk: 17,7%, lányok: 9,4%	fiúk: 24,9%, lányok: 21,0%	fiúk: ns, lányok: <0,001	Kolarcik és mtsai 2010
Szlovákia	7-18 év	174/131	26,4%	9,2%	-	Hujová és mtsai 2011

ns: nem szignifikáns

#### 7. 2.1.2 Balesetek, sérülések

A Kelet-Szlovákiában roma és nem roma serdülők körében végzett felmérés szerint a romák körében gyakrabban fordultak elő balesetek és sérülések, mint a nem romáknál (EH=1,57;  $p<0,01$ ) (Kolarcik és mtsai 2009).

#### 7. 2. 2 Szubjektív jóllét

A Kelet-Szlovákiában végzett vizsgálatban a roma serdülők sokkal gyakrabban minősítették egészségi állapotukat rossznak (EH=3,01;  $p<0,001$ ), ugyan akkor kevésbé gyakrabban fordultak elő körükben szubjektív egészségi panaszok (Kolarcik és mtsai 2009). A magyarországi telepsterű körülmények között élő gyermekek (főleg romák) között végzett vizsgálatban jellemzően az egészségi állapotukat kitűnőnek vagy jónak minősítők arányában volt jelentős különbség, míg az egészségi állapotukat rossznak ítélok arányában nem volt különbség.

A roma fiatalok szignifikánsan gyakrabban számoltak be a reménytelenség érzéséről, ugyan akkor erősebbnek ítélték a szülői támogatást és az étellel való elégedettségük is magasabb volt (Kolarcik és mtsai 2012).

### **7. 2. 3 Egészségi állapot**

#### *7. 2.3.1 Fertőző betegségek*

Egy csehországi vizsgálat az influenza, az akut bronchitis, az emésztőrendszeri fertőző betegségek, a középfülgyulladás, a tüdőgyulladás és a virális betegségek gyakoribb előfordulását detektálta a 0-2 éves roma gyermekek körében (Dostal és mtsai 2010). Egy görögországi vizsgálat az 5-14 éves roma gyermekeknél szignifikánsan csökkent tüdőfunkciót talált (Kaditis és mtsai 2008). Egy másik Görögországban végzett szerológiai vizsgálat szignifikánsan magasabb arányban mutatott ki korábbi hepatitis A (98,3% vs. 32,7%) és hepatitis B (22% vs. 0%) fertőzést az 5-14 éves roma gyermekek körében, közülük 4% volt krónikus hepatitis B fertőzött. Hepatitis B elleni védőoltásban jóval kevesebb roma gyermek részesült, mint nem roma (14% vs. 96%). Nem találtak egyik csoportban sem hepatitis C fertőzöttet (Michos és mtsai 2008).

Egy olaszországi vizsgálatban a hasmenéses betegségek, az akut légzőrendszeri betegségek és a légzési nehezítettség gyakori előfordulását figyelték meg a 0-5 éves, táborokban élő roma gyerekeknél (Monasta és mtsai 2008).

A szlovák roma gyerekek körében 30,6%-ban mikrosporidiumokat mutattak ki. Ezek az opportunisztikus patogének elsősorban az immunhiányos betegségben szenvedőkre jelentenek veszélyt (pl. HIV fertőzöttek), terjedésében a rossz higiénés állapotok, a kontaminált (fertőzött) ivóvízzel és állatokkal való érintkezés is szerepet játszik (Halánová és mtsai 2013).

#### *7. 2.3.2 Vesebetegségek*

Szlovákiában egy járóbeteg szakellátó gyermek nefrológiai centrumban vizsgálták a különböző vesebetegségek előfordulási gyakoriságát a roma és nem roma gyermekek körében. Megállapították, hogy a vesebetegségekre utaló korai jelekkel a centrumban megjelenő roma betegek

aránya viszonylag alacsony volt, ezzel szemben magasabb volt az arányuk a teljes lakosságban mért roma populáció arányát figyelembe vevő várt értékhez képest a már klinikai tüneteket mutató elsődleges vesebetegségek tekintetében (pl. Alport szindróma, szisztémás lupus erithematosus). Ennek az lehet a magyarázata, hogy a roma gyermekek nem érik el vagy nem keresik fel a nefrológiai szakellátó helyeket addig, amíg végül a betegségük végstádiumú vesebetegségbe nem torkollik (Kolvel és mtsai 2014).

### *7. 2.3.3 Kardiovaszkuláris betegségek rizikófaktorai*

Szlovákiában a 7-18 éves roma gyermekek és serdülők (n=174) és a hasonló korú nem roma (n=131) gyerekek csoportjában vizsgálták a kardiovaszkuláris betegségek különböző rizikófaktorainak előfordulási gyakoriságát. Mérték a résztvevők lipoprotein a (Lp(a)), triglicerid (TG), HDL és LDL koleszterin (HDL-C és LDL-C), az apolipoprotein A és B (apo A és apo B) szintjét, valamint a vérnyomását. Az antropometriai paraméterekből kiszámolták a testtömegindexet (BMI) és a derék-csípő hányadost (WHR) is. A dohányzó roma gyermekek és serdülők körében magasabb volt a triglicerid, az Lp(a) és a WHR, mint a nem dohányzó romák körében. A roma gyermekek körében szignifikánsan magasabb volt az LDL-C, a TG, az apo A, az Lp(a) szintje, valamint a WHR, a BMI és a szisztolés és diasztolés vérnyomásértékek a helyi populáció értékeihez képest (Hujová és mtsai 2010; Hujová és mtsai 2011).

Egy másik Közép-Szlovákiában végzett vizsgálatban a nem HDL koleszterin (nem HDL-C) szintjét és a nem HDL koleszterin többi kardiovaszkuláris rizikófaktorral kapcsolatos összefüggését vizsgálták roma és nem roma gyermekek körében. A roma gyermekek körében a magas nem HDL-C prevalenciája 5,4%, míg a nem roma csoportban 4,2% volt. Mindkét etnikai csoportban a túlsúlyosság és az elhízás, illetve a magasabb társadalmi-gazdasági helyzet pozitív, míg a kor és a dohányzás negatív összefüggést mutatott a nem HDL-C koncentrációval (Alberty és mtsai 2009).

### **7. 2. 4 Egészségügyi ellátás**

Kifejezetten a roma gyermekek egészségügyi ellátását vizsgáló közlemény nagyon kevés jelent meg a nemzetközi szakirodalomban. Egy Bulgáriában végzett kvalitatív felmérés szerint – melyben 50, a gyermekegészségügyi ellátórendszert igénybevevő, abban dolgozó, illetve

döntéshozó személyt kérdeztek meg mélyinterjúban erről a kérdésről - a legfontosabb akadályok a roma gyermekek ellátásában a szegénység, az adminisztratív és földrajzi akadályok, a szülők alacsony iskolai végzettsége, valamint a romák kultúrájához, nyelvéhez és vallásához való alkalmazkodás hiánya jelentette (Rechel és mtsai 2009). Egy, a roma fiatalok egészségmagatartását és egészségi állapotát felmérő közlemény vizsgálta az egészségügyi ellátásukat is (Kolarcik és mtsai 2009). A már korábban idézett vizsgálat eredményei szerint a roma fiatalok gyakrabban veszik igénybe az egészségügyi ellátást (az elmúlt évben legalább egyszer: 60,2% roma vs. 35,3% nem roma;  $EH=2,77$ ;  $p<0,001$ ), aminek a szerzők szerint valószínűleg az az oka, hogy körükben gyakrabban fordulnak elő a balesetek és sérülések.

### Irodalomjegyzék

- Alberty R, Albertyová D, Ahlers I. : Distribution and correlations of non-high-density lipoprotein cholesterol in Roma and Caucasian children: the Slovak Lipid Community Study. *Coll Antropol.*, 2009. 33(4): 1015-22.
- Dostal M, Topinka J, Sram R.J. : Comparison of the health of Roma and non-Roma children living in the district of Teplice. *Int J Public Health*, 2010. 55: 435–441. DOI 10.1007/s00038-010-0133-8.
- Gerevich J, Bacskai E, Czobor P, Szabo J. : Substance use in Roma and non-Roma adolescents. *J Nerv Ment Dis.*, 2010. 198:432–436.
- Gordos Ágnes: Káros szenvedélyek az általános iskolás cigány és magyar gyermekek körében. *Med Univ.*, 2000. 33: 201-203.
- Gordos Ágnes, Aszmann Anna: Káros szenvedélyek az általános iskolás cigány és magyar gyermekek körében. *Népegészségügy*, 2000. 81: 11-19.
- Gyarmathy V. Anna, Ujhelyi Eszter, Neaigus Alan.: 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.*, 2008. 16(3): 124-7.
- Halánová M, Valenčáková A, Malčecová B, és mtsai: Occurrence of microsporidia as emerging pathogens in Slovak Roma children and their impact on public health. *Ann Agric Environ Med.*, 2013. 20(4): 695-8.

- Hujová Z, Alberty R, Ahlers I, és mtsai: Cardiovascular risk predictors in central Slovakian Roma children and adolescents: regional differences. *Cent Eur J Public Health.*, 2010. 18(3): 139-44.
- Hujová Z, Alberty R, Pauliková E, és mtsai: The prevalence of cigarette smoking and its relation to certain risk predictors of cardiovascular diseases in central-Slovakian Roma children and adolescents. *Cent Eur J Public Health.*, 2011. 19(2): 67–72.
- Huszti Éva: 12-18 év közötti cigány fiatalok jólléte és életmódja Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. In: Fónai Mihály, Péntes Mariann, Vitál Attila (szerk.): *Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és kitörési lehetőségei Északkelet-Magyarországon.*, Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza, 2006.
- Janevic T, Petrovic O, Bjelic I, Kubera A. : Risk factors for childhood malnutrition in Roma settlements in Serbia. *BMC Public Health*, 2010. 10: 509.
- Kaditis AG, Gourgoulianis K, Tsoutsou P. , és mtsai: Spirometric values in Gypsy (Roma) children. *Respir Med*, 2008. 102: 1321–1328.
- Kanapeckienė V, Valintėlienė R, Beržanskytė A, és mtsai: Health of Roma children in Vilnius and Ventspils. *Medicina (Kaunas)*, 2009. 45: 153-161.
- Kolarcik P, Geckova AM, Orosova O, és mtsai. : To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? *Soc Sci Med.*, 2009. 68(7): 1279-84. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.12.044.
- Kolarcik P, Geckova AM, Orosova O, és mtsai. : Predictors of health-endangering behaviour among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia by gender. *J Epidemiol Community Health*, 2010. 64: 1043–1048.
- Kolarcik P, Geckova AM, Reijneveld S, van Dijk J. : Social support, hopelessness and life satisfaction among Roma and non-Roma adolescents in Slovakia. *Int J Public Health*, 2012. 57: 905–913.
- Kolvek G, Podracka L, Rosenberger J, és mtsai. : Kidney diseases in Roma and non-Roma children from eastern Slovakia: are Roma children more at risk? *Int J Public Health.*, 2014. 59(6):1023-6. doi: 10.1007/s00038-014-0609-z.
- Michos A, Terzidis A, Kalampoki V, és mtsai. : Seroprevalence and risk factors for hepatitis A, B, and C among Roma and non-Roma children in a deprived area of Athens, Greece. *J Med Virol.*, 2008. 80(5): 791-7. doi: 10.1002/jmv.21134.

- Monasta L, Andersson N, Ledogar RJ, Cockcroft A. : Minority health and small numbers epidemiology: a case study of living conditions and the health of children in 5 foreign Roma camps in Italy. *Am J Public Health*, 2008. 98: 2035–2041.
- Rechel B, Blackburn CM, Spencer NJ, Rechel B. : Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *Int J Equity Health*, 2009. 8: 24. doi: 10.1186/1475-9276-8-24.
- Sárváry Attila, Kósa Zsigmond, Jávorné Erdei Renáta, és mtsai. : Telepszerű körülmények között élő gyermekek egészségmagatartása Észak-kelet Magyarországon. *Népegészségügy*, 2012. 90(4): 230-245.
- Ungváry György, Odor Andrea, Bényi Mária, és mtsai. : Romatelepek Magyarországon – gyermekek egészségügyi ellátása, higiénés viszonyok. *Orv. Hetil.*, 2005. 146: 691-699.

DUPRESS

## 8. A romák egészségi állapota

Dr. Kósa Zsigmond

### 8.1 Nemzetközi és hazai kutatások

Az Európai Bizottság által támogatott „Egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése a roma közösségekben” elnevezésű program keretein belül készült el egy tanulmány, mely programban kilenc ország vett részt partnerként: Olaszország, Görögország, Szlovákia, Portugália, Románia, Csehország, Bulgária, Spanyolország és Magyarország. (Fundación Secretariado Gitano 2007)

A program célja volt az információgyűjtés a roma népesség egészségi állapotáról, összehasonlítása a többségi társadalommal annak érdekében, hogy a döntéshozók számára javaslatok és intervenciós stratégiák kidolgozását tegyék lehetővé. További célként fogalmazódott meg az egészségügyi szolgálatok hozzáférése és használata hiányosságainak azonosítása, mozgósítani a résztvevőket, és tréningek által nagyobb betekintést nyújtani a roma közösség kultúrájába az egészségügyben dolgozó szakemberek számára.

A tanulmányban felhasznált szakirodalom és kutatásleírás alapvetően egy-egy kisebb közösség egészségproblémáit és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során szubjektív módon tapasztalt diszkriminációt vizsgálja az etnikai, kulturális háttér bemutatásával. A kutatási módszer során nem standard kérdőívet használnak, így az általános populáció egészségi állapotával való összehasonlítást igen erős fenntartásokkal lehet elfogadni. Bemutatásra kerül egy intervenció is, melynek során a szerzők a Nemzetközi Migrációs Szervezet támogatásával 76 egészségklubból álló hálózatot hoztak létre Tolna, Somogy és Zala megyékben több mint kétezer, második világháborús sérelmei miatt kollektív kárpótlásra jogosult 65 éves cigányember számára. A szervezési és adminisztratív munka jelentős részét, felkészített roma mediátorok, valamint a helyi közösségek vezetői végezték. Előzetes állapot- és igényfelmérés után a romák három alkalommal interaktív előadásokat hallhattak a szív-érrendszeri, daganatos valamint a mozgásszervi betegségekről és a kockázati tényezőkről, különös tekintettel a dohányzásra és a táplálkozásra. Az előadásokat látogatni nem képes, idősebb, beteg embereket a felkészített roma mediátorok otthonukban keresték fel, többször a területileg illetékes egészségügyi és szociális ellátórendszer képviselőivel. A részvételt ételmiszerjegyek szétosztásával ösztönöztük. Az előadásokon, valamint a családlátogatások során szociális és jogi problémák felvetésére is lehetőség nyílt. Tapasztalataik, a program értékelése, valamint a programban

résztevők visszajelzései alapján a szerzők megállapítják, hogy a közösség szükségleteit és igényeit figyelembe vevő, klubokban folyó egészségnevelés, valamint a roma betegek és az egészségügyi ellátó rendszer kapcsolatát javító akciók hatásos és hatékony eszközök a roma népesség egészségi állapotának javításában.

Csépe Péter PhD disszertációjában áttekintette a romák egészségi állapotával kapcsolatos kutatások eredményeit (Csépe P 2010). Megállapításait összefoglalva elmondható, hogy átfogó - módszertanilag is védhető - kutatás hazánkban igen kevés számban található.

A hazánkban élő 600.000 – 800.000 roma túlnyomó többségének kedvezőtlen egészségi állapota jelentős népegészségügyi problémát jelent. A roma népesség szociális-gazdasági helyzet és környezet-egészségügyi szempontjából a legrosszabb körülmények között élő társadalmi csoport Magyarországon. Számos, egészségi állapottal kapcsolatos mutató (egészségmagatartás, morbiditás, mortalitás) kedvezőtlen, a rutinszerűen gyűjtött statisztikai adatok (OECD Health Data 2008) mellett az Országos Lakossági Egészségfelmérések eredményei (OLEF 2004) és Kopp Mária vizsgálatai (Kopp 2008) is ezt igazolták. A szegénység és a rossz egészségi állapot közötti összefüggést több nemzetközi és hazai vizsgálat igazolta. A cigány populáció egészségi állapotát jellemző morbiditási és mortalitási adatok közigazgatási típusú gyűjtését viszont törvényi szabályozás tiltja, így a tudományos célú adatgyűjtés, a megfelelő módszertannal végzett epidemiológia vizsgálat is nehézségekbe ütközik. Mindazonáltal elfogadhatjuk, hogy a romák szociális-gazdasági helyzete, egészségmagatartása és egészségi állapota kedvezőtlen, sőt sokkal rosszabb a nemzetközi összehasonlításban szintén kedvezőtlen átlagos magyar populációhoz viszonyítva (Kósa, Lénárt, Ádány 2002). A cigány emberek gyakrabban betegszenek meg és korábban halnak meg. Egyes becslések szerint a cigány népességben a születéskor várható élettartam akár 10 évvel is kevesebb lehet, mint az átlagpopulációban. (Puporka, Zádori 1999; Gyukits, Ürmös 1999; Prónai 2000) Lényegesen magasabb a szív- és érrendszeri és a légúti megbetegedések és halálozások gyakorisága ( Delphoi 2003). A teljes magyarországi népességben a 60 évesnél idősebbek között a romák csak 4%-ot képviselnek, míg a nem-roma populáció 21%-a idősebb 60 évesnél.

A romák lakás- és életkörülményei sok kívánnivalót hagynak maguk után, számos helyen hiányoznak a megfelelő higiénés körülmények, a szemétszállítás, a folyóvíz néhol még a villanyáram is. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) munkatársai egy 2005-ben végzett átfogó vizsgálat során pontos képet rajzoltak a roma telepek kedvezőtlen higiénés viszonyairól (Ungváry 2005). Hasonlóan kedvezőtlen leírást adott a Népegészségügyi Iskola (Debrecen) kutatócsoportja, mely 14 megyében vizsgálta a telepek környezet-



egészségügyi jellemzőit (Kósa 2004). Ez nemcsak Magyarországra és Kelet-Európára igaz. Angliában, Bristol környékén a helyi önkormányzati telkeken vagy a közutak mentén élő cigányok vizsgálata során azt találták, hogy 39% nem jutott friss vízhez a lakóhelyén, 42% nem rendelkezett vécével és 44%-nál nem volt szemétyűjtés. Hasonlókat tapasztaltak Olaszországban, a közép-kelet-európai országok EU csatlakozása után bevándorolt és hatóságilag engedélyezett táborokban élő cigányoknál. Mindezen tényezők elősegítik a fertőző betegségek terjedését és megnehezítik gyógyításukat. A roma telepeken ma is fennáll egyes fertőző betegségek terjedésének veszélye, például tbc, a hepatitisz A vírus által okozott májgyulladás, a rühesség, a tetvesség és más bőrbetegség.

A tbc orvosi-epidemiológiai szempontból jól meghatározható megbetegedés, jól körülírt kóroktani és fokozó tényezőkkel, alapja közismerten bakteriális fertőzés. A fogékonyságot az immunrendszert gyengítő állapotok segítik elő, mint például a hiányos táplálkozás, az alkoholizmus, krónikus megbetegedések elsősorban a tüdő betegségei, melynek hátterében legtöbbször a dohányzás áll (Pletschette, Nair 2004). Becslések szerint a tbc-ben megbetegedettek aránya a roma népességben 1,48 százalék, vagyis valamivel több, mint tízszerese a magyarországi átlagnak. A vizsgált adatok közül, az átlagtól való eltéréseket figyelembe véve a nem, a gazdasági aktivitás valamint a lakóviszonyok szerepe a leginkább meghatározó. A nők, a háztartásban elhelyezkedettek betegségaránya magasabb, a gazdaságilag aktívaké valamint a jobb lakókörülmények között élőké alacsonyabb (Gyukits 2001). A nem és a lakáskörülmények együttes hatását tekintve a rossz körülmények között élő nők a legveszélyeztetettebbek (arányuk az átlaghoz képest közel négyszeres). Hasonlóan magas veszélyeztetettségi faktort jelent az elkülönült, szegregációval jellemezhető életforma (közel háromszoros az arány). Az aktivitás hiánya és a lakáskörülmények együttes veszélyeztető hatása a háztartásban foglalkoztatottakat érinti, a nők magas reprezentációjának következtében (a jó körülmények között élő férfiak aránya 1,1%, a rossz lakáskörülmények között élő nők aránya 5,5%).

A hepatitisz A vírus terjedésében a kedvezőtlen higiéniés viszonyok játszanak döntő szerepet. Magyarország az A-típusú fertőző májgyulladást illetően az alacsonyan fertőzött országok közé sorolható, csökkenő tendencia a figyelhető meg a fertőzöttség területén, bár évről évre előfordul kisebb-nagyobb májgyulladás járvány. Az 1990-es évek elején évente átlagosan 2500 volt a megbetegedések száma, ez 2003-ra 800-ra csökkent. Ennek okát sokan a higiéniés helyzet javulásában látják, de bizonyára közrejátszik a védőoltások elterjedése is. Az A-típusú májgyulladások területi megoszlásának szembetűnő eltérései vannak, 2003-ban például megbetegedések háromnegyede Borsod-Abaúj-Zemplén megyében történt, míg országosan 100

ezer emberre 5,5 megbetegedés esett, Borsod megyében ez a szám 52,3 volt. Szabolcs, Hajdú és Heves megyében is jelentős számú megbetegedést regisztráltak. Néhány évvel ezelőtt egy kis kelet-magyarországi falu 700 lakója kapott védőoltást májgyulladás járvány miatt, és a járvány során egyébként negyvenen kerültek kórházba. A járvány a település cigányok lakta utcáiban kezdődött.

Egy 2001-ben készült egészségügyi minisztériumi kutatás szerint csaknem százezer ember él az ország 483 cigánytelepén, katasztrofális infrastrukturális és közegészségügyi szempontból fokozottan kockázatos körülmények között (Egészségügyi Minisztérium 2001). Drámai javulást az utóbbi években végzett felmérések sem mutattak. A cigányok lakásviszonyai valamelyest javultak ugyan a korábbi évtizedekhez képest, de a különbségek nem szűntek meg. A romák mintegy 30 százaléka él egyszobás lakásban, villannyal ugyan el vannak látva, de csak 70%-nál van a házban vízvezeték, és mindössze felének van vízöblítéses WC-je. Az utcák jelentős részben csatornázatlanok, a telepek majd felén nincs vezetékes ivóvíz, sokszor szemétszállítás sem. Ahol van csatorna és vízvezeték, a roma lakások közül kevesen csatlakoznak a közműre, inkább közkutakat használnak, mert rossz az épületek állaga, sokan nem is tudnák fizetni a vízdíjat. Előfordul, hogy a romák nem arra használják az ivóvizet biztosító közkutakat amire valók, hanem ott mosnak és tisztálkodnak. Az emberek legtöbb helyen árnyékszékeket használnak, ami a gyerekek számára azért veszélyes, mert ők inkább a WC környékét használják, ez egyik oka lehet a megbetegedéseknek. Több településen előfordult, hogy a vízművek a díjhátralékos roma kolóniákban elzárta a vizet. Valószínűsíthetően emiatt tört ki az egyik keleti megye egyik cigánytelepén, nem sokkal később pedig két másik településen májgyulladás-járvány, ahol az összes fertőzött roma volt. Több példát hozhatnánk még fel az Országos Epidemiológiai Központ jelentései alapján, ahol a fertőzöttek nagy része vagy mindegyike roma volt, jelentős többségük gyermek. A járványügyi kérdés sokszor politikai kérdéssé vált, az egyik faluban a polgármester a járvány terjedését megakadályozandó hirdetményt tett közzé a faluban, melyben ahhoz kötötte a szociális juttatások kifizetését, hogy árnyékszéknek és kézmosási lehetőségnek kell lenni minden portán. Egy másik helyen felelős kormányzati vezető azt mondta, hogy ez nem cigánykérdés, hanem a gond az, hogy az alapvető higiénés szabályokat nem tartják be az érintett népesség körében. Egyes településeken (helyi rendeletre) a cigánygyermek az általános iskolákban és óvodákban csak fertőtlenítő oldatban való kézmosás után ülhetnek be a padokba. A telepek felszámolása tehát járványügyi szempontból is fontos volna. Több országos és helyi cigány vezető ugyanakkor úgy véli, hogy lejárató kampány folyik a romák ellen. Az tény, hogy a májgyulladás járványok leginkább a

cigánytelepekről indulnak el, nem a higiénés szokásokat, hanem inkább a higiénés lehetőségek hiányát jelzi. A járványok kialakulását és terjedését nem lehet csak a klasszikus epidemiológia módszertani eszközeivel megmagyarázni és kontrollálni, figyelembe kell venni az érintett populáció kulturális sajátosságait is. Magyarországon a fertőző betegségek ellen adható kötelező védőoltásokat még a leghátrányosabb helyzetben lévő roma közösségek gyermekei is csaknem teljes számban, megkapják, az átoltottságot hivatalos források 95-98% közé teszik. A szomszédos Szerbiában is kötelező számos védőoltás, így a kanyaró elleni vakcina, de az ottani roma közösség tagjai nem mindig részesülnek védőoltásban, mivel sokszor költöznek, nem járnak iskolába, nincsenek nyilvántartva az egészségügyi ellátórendszerben. A szerbiai roma populáció általános átoltottságáról nincs megbízható információ, de egy vajdasági cigánytelepen végzett vizsgálat szerint az átoltottság nem érte el az 50%-ot. Az elmúlt év telén Észak-Szerbiában kanyarójárvány zajlott, több mint száz kanyarógyanús megbetegedést jelentettek. A laboratóriumi vizsgálattal megerősítetten kanyarós betegek egy kivétellel a roma populációhoz tartoztak (Epinfo 2007). Ez a járvány újabb példa arra, hogy csupán közegészségügyi intézkedésekkel nem lehet teljes sikert elérni a betegségek megelőzésében. A járvány megfékezésére természetesen meghozták az ilyenkor szokásos intézkedéseket, de a további endémiák megelőzésére kulturálisan adaptált felvilágosító programokat kell kezdeni, illetve folytatni a szerbiai roma populációban.”

2002 tavaszán egy, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Területfejlesztési Tanács által kezdeményezett kutatás, a megye roma népessége felzárkóztatási programját előkészítő projekt keretében zajlott. A kutatást a Delphoi Consulting végezte el Babusik Ferenc vezetésével. (Babusik , Papp 2002) A minta 1500 háztartásból állt, ez a méret, figyelembe véve az egy háztartásban élők átlagos számát is, közel 6 % -os szinten reprezentálja a megye roma háztartásait. A mintavétel alapjául a megye egyes települései roma népességszámára vonatkozó becslés szolgált.

A mintavétel módszerül a kétlépcsős, aránytalan eljárást alkalmazták. Az első lépcsőben kerültek kiválasztásra azok a települések, amelyek mintavételi pontként szolgáltak. A második lépcső során alakították azokat a keretszámokat, amelyek az egyes kistérségek roma lakosságánál aránytalaná tették a mintát: a kisebb lélekszámú kistérségeket valós arányuknál nagyobb mértékben, míg a nagyobbakat saját súlyánál kisebb mértékben vették figyelembe. A kérdező-biztosokkal folytatott adatfelvétel után a minta aránytalan jellegét, illetve a felvétel kisebb-nagyobb eltérését matematikai eljárással, ún. súlyozással állították helyre, így a közölt adatok az életkori eloszlás, a nemek közötti arány, valamint az egyes kistérségek

roma lélekszám-aránya szerint reprezentálják a 2001 év végén, BAZ megyében élő roma népesség 19 és 34 év közötti csoportját.

Mivel az empirikus adatfelvételt kérdezőbiztosok igénybevételével folytatták, egyúttal nem állhattak rendelkezésre a cigányságra vonatkozó név- és lakcím adatok, ezért a következő módszert alkalmazták. A kistérségek, illetve a munkában résztvevő cigány kisebbségi önkormányzatok megbízottai, valamint a kérdezőbiztosok segítségével felmérték, hogy az egyes települések mely körzetében élnek jellemzően romák. A felvétel ezek után ún. „hólabdamódszerrel” zajlott, folyamatosan ügyelve a kiválasztott települési mintán belül az életkori és nemi arányok megtartására.

A kutatás során kizárólag a belgyógyászati betegségkategóriákkal foglalkoztak, nem vették fel a baleseti, illetve üzemi baleseti adatokat, tekintettel arra, hogy a vizsgált fő belgyógyászati betegségek közül kerülnek ki a népesség halandóságát elsősorban befolyásoló vezető halálokok. A kutatás előkészítése során összeállítottak egy tünetekből álló listát, amely tünetek bizonyos előfordulási kombinációi (szindrómák) olyan betegségek meglétére utalnak a populációban, amelyek a KSH adataival, valamint a kérdőíven bevallott betegségekkel összehasonlíthatók.

Az adatok elemzése során az általános orvosi anamnézis felvételének adatait (tünetekből következő szindrómák) hasonlították össze a KSH adataiban talált BNO kódokkal megadott betegségcsoportokkal. A lekérdezett tünetekből így az arányszámoknak megfelelően kiszámolták, hogy az anamnézis felvétel szerint milyen betegségek milyen gyakoriak lehetnek. A kérdőíven emellett direkt kérdést is feltettek arra vonatkozólag, hogy a KSH BNO csoportjainak megfelelő diagnosztikai csoportokhoz tartozó betegségekben a lekérdezettek valamelyike (illetve családtagja) szenved-e. A tünetek alapján számolt betegséget arra használták, hogy a lekérdezettek által bevallott betegségek arányának valóságosságát leellenőrizzék. A megkérdezetteknel a tünetek alapján számolt betegségek gyakorisága az általuk megszabott, szindrómákra jellemző arányszámok mellett a legtöbb betegség esetében valamivel alacsonyabb volt a bevallottaknál, egyúttal a kettő között korreláció magas ( $r=0,82$ ), így biztonságosan állíthaták, hogy a kérdezettek nem vallottak be több betegséget, mint a valós arány.

Az adatok elemzése alapján megállapították, hogy a teljes 19-34 éves korú roma népesség 41,6 %-a szenved valamilyen betegségben, e népesség 17,1 %-a egynél több betegségben szenved - azaz a beteg roma népesség 40,9 %-a betegségek szempontjából is halmozottan hátrányos helyzetben van.

*Az egyes betegségarányok (%), valamint a roma népesség felülreprezentáltsága (szorzó) egyes betegségcsoportokban*

	összes KSH %	roma bevallott %	szorzó
Ischaemiás szívbetegségek	0,45	6,77	15,0
Csontritkulás	0,10	1,14	11,5
Tbc, tüdőcsúcszhurut, gümőkór	0,14	1,48	10,9
Vérképzőrendszer betegségei, vashiányos anaemia	0,80	8,32	10,3
Vakság,csökkentlátás	0,33	3,35	10,3
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	0,90	6,64	7,4
Átmeneti agyi keringészavarok	0,09	0,54	6,2
Spondylopathiák (gerincbetegségek)	0,96	4,96	5,2
Asthma	0,76	3,62	4,8
Pszichoaktív szerek okozta mentális és vis. zavarok (drogozás)	0,27	1,27	4,7
Daganatos betegségek	0,23	1,01	4,3
Deformáló hátgerinc-elváltozások	1,23	5,10	4,1
Pajzsmirigybetegségek	0,47	1,88	4,0
Idült alsó légúti betegségek	0,95	3,76	4,0
Hypertónia	3,40	12,21	3,6
A máj betegségei	0,36	1,01	2,8
Diabetes mellitus	0,61	1,21	2,0
Cerebrovascularis betegségek	0,10	0,20	1,9

*Forrás: Delphoi Consulting*

Az Egészségügyi; Szociális és Családügyi Minisztérium megbízásából 2004-ben készített egy kutatást a Delphoi Consulting, melynek célja alapvetően a roma népesség egészségügyi, illetve szociális ellátórendszerhez való hozzáférése esélyegyenlőségének vizsgálata volt (Babusik 2004). A kutatáshoz szorosan kapcsolódott a szociális és gazdasági helyzet, és az egészségi állapot feltárása, illetve annak a kérdésnek a vizsgálatára, hogy a romák milyen mértékben szorultak rá, illetve jogosultak az egyes szociális ellátásokra és a rászorultság mértékéhez képest milyen mértékben kapják meg azokat.

A szociális-gazdasági státusz adatainak felvétele és elemzése során figyelemmel voltak arra a munkára, amely a KSH Társadalomstatistikai főosztályán a szegénység és társadalmi kirekesztés témakörben folyt.

A kutatás 1200 háztartás körében, személyes megkereséssel végzett adatfelvételen alapult, és nem, korösszetétel, települési elhelyezkedés és a települések roma százalékaránya szerint reprezentálta az ország 19 éves kor feletti roma népességét. A mintavétel alapjául az ország egyes települései roma népességszámára vonatkozó becslése szolgált. A mintavétel módszerül a kétlépcsős, aránytalan eljárást alkalmazták. Az első lépcsőben kerültek kiválasztásra azok a települések, amelyek mintavételi pontként szolgáltak. A második lépcső során alakított-

ták ki azokat a keretszámokat, amelyek az egyes települések roma lakosságánál aránytalanul tették a mintát: a kisebb lélekszámú településeket valós arányuknál nagyobb mértékben, míg a nagyobbakat saját súlyánál kisebb mértékben vették figyelembe. A kérdezőbiztosokkal folytatott adatfelvétel után a minta aránytalan jellegét, illetve a felvétel kisebb-nagyobb eltérését matematikai eljárással, ún. súlyozással állítottuk helyre. Az empirikus adatfelvételt roma származású kérdezőbiztosok igénybevételével folytatták. A munkában résztvevő cigány kisebbségi önkormányzatok, közösségi házak és egyéb érdekvédelmi szervezetek munkatársai segítségével felmérték, hogy az egyes települések mely körzetében élnek jellemzően romák. A felvétel ezek után ún. „hólabdamódszerrel” zajlott, folyamatosan ügyelve a kiválasztott települési mintán belül az életkori és nemi arányok megtartására.

A kutatás eredményei alapján megállapították, hogy a romák egészségi állapotát, betegségeknek a népesség körében megjelenő arányait, azt a kérdést, hogy milyen könnyen vagy nehezen jutnak közvetlenül, lakóhelyükön egészségügyi ellátáshoz, valamint az egészségügyi ellátásban milyen személyes viszonyulással, attitűdökkel találkozhatnak – egyaránt és mélyen két faktor határozza meg: a szegénység, illetve az etnikai „másság”.

A teljes esélyegyenlőséget megvalósító egyenlő hozzáférés első kérdése az, hogy a szegényebb, szociálisan deprivált rétegek – éppen lakóhelyi elhelyezkedésük, illetve az ország településszerkezetének sajátossági okán – azonos mértékben férnek-e hozzá a szolgáltatásokhoz. Azok a települések maradnak ki közvetlenül, a helyben dolgozó házi orvosok szolgáltatásai közül, amely települések egyéb szempontból is a leghátrányosabbak közé tartoznak. E települések azok, amelyek többségében, a település idős korszerkezetéből, és a helyi források hiányából fakadóan az egyéb intézményi alapszolgáltatások is hiányoznak. Az ország teljes roma népességének 18,6 % -a él olyan településen, ahol nincs helyben házi orvos. Ezek a települési és a szociális hátrány összeadódnak a közvetlen, helyben adott házi orvosi ellátás hiányával. A legszegényebb aprófalvak roma lakossága – mely a teljes roma lakosságból több mint százezer ember – különösen súlyos helyzetben van; egyszerre sújtja a szegénység, a magas betegségarányok, illetve az, hogy közvetlenül lakóhelyén nem fér bármikor azonnali orvosi ellátáshoz. Az esélyegyenlőtlenség egyik forrása strukturális természetű.

Vizsgálták, hogy az egészséges élethez való egyenlő esélyű hozzáférést, a magasabb betegségkockázatok elkerülését akadályozza-e valami? A kutatás eredményei szerint a romák körében, a teljes népességhez viszonyítva lényegesen gyakoribb megbetegedések mutathatók ki egyes belgyógyászati betegségkategóriákban (TBC, szív -és érrendszeri megbetegedések, vashiányos vérszegénység, stb.). Bizonyos betegségek igen magas értékben járnak hozzá,

hogy a romák között roppant nagy a megváltozott munkaképességűek, a rokkantnyugdíjasok aránya. A magasabb arányú megbetegedések háttérében egyértelműen szegénységfaktorok állnak.

Kimutatták, hogy elsősorban a roma népesség abszolút értelemben vett deprivált körülményei tehetők felelőssé e magasabb arányokért. A roma népesség rövidebb átlagos élettartama, ezen belül az idősebb korosztályoknak a többségi társadalomhoz képest való alacsonyabb aránya, ugyancsak közvetlen függvénye a romák egészségügyi mutatóinak. Mindebből következően a betegségek gyakoriságának csökkentése elsősorban és mindenekelőtt gazdasági és szociális feladat. E népesség egészségi állapota olymértékben rossz, hogy halaszthatatlan az egészségügyi kormányzat azonnali beavatkozása is.

Az esélyegyenlőtlenség következő forrása tehát ugyancsak szerkezeti természetű, mégpedig a roma népesség nagyobbik hányadát sújtó strukturális szegénység az az ok, amely megfosztja a romákat az egészséges élethez és a méltó ideig tartó öregkorhoz való joguk gyakorlásától.

Az egészségügyi esélyegyenlőség következő kérdése az anyagi erőttől, a jövedelmi helyzettől független, csorbítatlan hozzáférés. A roma családokban havonta gyógyszerekre fordított összeg szignifikánsan a család anyagi helyzetének függvénye, a legszegényebb és a legjobb helyzetű családok között ötszörös különbséget találtak. Mivel a szegényebb családokban egyes betegségek viszonylag gyakoribbak, amelynek következményeként nyilván magasabbak lennének a gyógyszerköltségek, egyúttal a szegényebb családok jóval kevesebbet költenek gyógyszerre – ebből az következik, hogy a szegényebb családokban betegségeik ellenére nem tudnak megfelelően gyógyszerre költeni. A gyógyszerek rendelésekor a házi orvosok egy nem jelentéktelen hányada nincs tekintettel a betegek szociális státuszára a gyógyszerek árának vonatkozásában. A kutatás bizonyította, hogy a romák egy része azt tapasztalja, hogy nem tudja házi orvosával megbeszélni a költségek problémáját, a gyógyszerfelírás eljárása „szociálisan érzéketlen” folyamatban zajlik.

A 19-55 éves korú roma nők körében összesen 15,5 % azért nem használ fogamzásgátló tablettát, mert nincs rá pénze. Mivel a 19-55 éves korú roma nők összlélekszáma 132 700 fő, becsülhető, hogy összesen 20 000 roma nő anyagi okok miatt nem használhatja a leginkább biztonságot nyújtó fogamzásgátlási módszert.

A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy roma nők éppúgy szabályozzák terhességeik, gyermekeik számát, mint bármely csoport tagjai, éppen annyi gyermeket szülnek, mint ahányat csoportjuk demográfiai törvényszerűségei megkívánnak, a nem kívánt terhességeket

azonban a szegényebbek, alacsonyabban iskolázottak, illetve azok, akik betegségekben szenvednek - magas arányban csak abortusszal tudják elkerülni.

A romák a vizsgálat tükrében nem remélnék nagyobb gyógyulási esélyt a paraszolvenciáért cserébe – viszont lényegesen jobb ellátást igen. A kutatás adatai azt mutatják, hogy a szegény családok, noha forrásaik igen korlátozottak, e „reménybe való investáció” tekintetében semmivel sem maradnak le jobb módú társaiknál, éppen annyit investálnak a jobb ellátás reményébe, amennyit bárki más, és ezt az investációt anyagi lehetőségeik határán teszik. Noha a romák a hálapénz gyógyulásra gyakorolt hatását nem tekintik jelentősnek, még a legszegényebbek is anyagi lehetőségeik határán áldoznak erre, miközben a nagy jelentőségűnek ítélt gyógyszerekre kevesebbet tudnak költeni, mint paraszolvenciára. Kimutatható, hogy azok, akik cigányellenességet vagy diszkriminációt tapasztalnak az egészségügyben, nem fizetnek kevesebb paraszolvenciát – az ellátás színvonalába fektetett, pénzben kifejezett remény tehát erősebb a realitásnál.

A romák által – sokszor anyagi teherviselő képességük határán – fizetett paraszolvencia, noha önkéntes adomány egy hit oltárán, paradox módon csorbítja az egyenlő hozzáféréshez való jogot: ugyanis több pénzért nem kapnak több vagy jobb szolgáltatást, sőt azok, akik átélik a megkülönböztetést, a negatív „szolgáltatásért” cserébe fizetnek. Az egyenlő hozzáférés egyúttal az egészséggel, a betegséggel, a gyógyulás folyamatával, valamint a várható költségekkel kapcsolatos, orvosok által nyújtott információkhoz való hozzáférés egyenlőségét is jelenti. Minél szegregáltabb helyen élnek a romák, annál kevésbé kapnak orvosaitól felvilágosításokat. A felvilágosítás mértéke nem függ iskolai végzettségtől és anyagi helyzettől, viszont aki gettóban él, de jobb módú, vagy iskolázottabb, az is kisebb nívón kap információt. A szegregációval arányosan csorbul ez a jogegyenlőségi elv is. Igen lényeges, az esély –és jogegyenlőséget érintő kérdés az, hogy a szociális helyzet vagy az etnikai hovatartozás befolyásolja-e az ügyeleti ellátást, ezen belül azt, hogy ügyeleti időben kivonul-e az ügyeletes a családokhoz. A romák ötöde (!) számol be az ügyeleti kivonulás megtagadásáról. Az ügyeleti időben való kivonulás éppúgy érinti a felnőtt betegeket, mint a gyermekeket (!). A kivonulás megtagadása az ügyeletes orvosok részéről elsősorban a lakhatási deprivációval: a szegregációval, valamint a zsúfoltsággal függ össze. Azon romák esetében, akik egyszerre élnek gettóban és zsúfoltan, a helyzet még rosszabb, az esetek negyven százalékában tapasztalták azt, hogy az ügyeletes orvos nem megy ki hozzájuk. Az orvosok egy része nem biztosítja az egyenlő hozzáférést az ügyeleti időben – mélyen csorbul a jog –és esélyegyenlőség elve. Az ügyeleti kijárást megtagadását inkább azok tapasztalják, akik gyakrabban, de kevesebbet paraszolvenciát fizetnek



mit azok, akik nem tapasztalnak megtagadást. A szegregált lét, a lakás zsúfoltsága, valamint a kisebb összegű paraszolvencia együttesen magyarázzák a megtagadásokat. A szakrendelői, kórházi szint szereplőivel kapcsolatban a romák összesen 25 %-a él át valamilyen erejű cigányellenességet, vagy megkülönböztetést. A háziorvosi ellátási szint szereplőivel kapcsolatban a romák összesen 44,5 %-a él át valamilyen erejű cigányellenességet, megkülönböztetést. Azok a romák, akik erősen cigányellenesnek tapasztalják a háziorvosi szint szereplőit, az átlag másfélszerese arányában számolnak be az ügyeleti kivonulás megtagadásáról – felnőttek és gyermekek esetében egyaránt. A kivonulás megtagadása mögött a felsoroltakon kívül az orvosok egy részének rasszista nézet –vagy viselkedési rendszere is meghúzódik. A romák, mint romák élik át a megkülönböztetést, a megkülönböztetés szempontjából az iskolázott vagy jobb körülmények között élő roma épp olyan, mint iskolázatlanabb vagy szegényebb társai; a romákat mint romákat különböztetik meg és nem másért.

A szűréseken, TBC -szűrésen való részvétel mértékét egyértelműen befolyásolja az átélt megkülönböztetés. Azok a nők, akik a diszkrimináció hiányát tapasztalják a szakrendelői, kórházi szinten, szignifikánsan magasabb arányban mennek el nőgyógyászati szűrésre, míg a cigányellenesség a szűrésektől szignifikánsan visszatartó tényező.

Az adatok azt mutatják, hogy maguk a romák is tisztában vannak életmódjuk és szegénységük egészségkárosító hatásával, tehát nem aufklerista felvilágosító támogatásra, hanem iskolázottságra és munkahelyre, valamint egyenlő bánásmódra van szükségük az egészségesebb élet elérése érdekében.

## **8.2 A telepszerű körülmények között élők egészségmagatartásának felmérése**

2004-ben Északkelet-Magyarország három megyéjében kérdőíves adatfelvételt végeztek a telepi, vagy telepszerű körülmények között élők körében (Kósa, Széles és munkatársai 2007). A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája 2001-2002 között felmérést végzett a három megyében az ott fellelhető telepek elhelyezkedésére, az ott lakók számára és környezetegészségügyi helyzetére vonatkozóan. Telepként definiálták azt a legalább 4 lakásból álló településrészt, amelynek lakásai alacsonyabb komfortfokozattal (víz-, áram-, gázellátás, csatornázás, szemét elhelyezés, stb.), és magasabb laksűrűséggel hátrányosan különböznek a település jellegzetes lakókörnyezetétől. A felmérés kivitelezésében döntően az adott

megyében élő roma származású, civil szervezetekben aktívan közreműködő kérdezőbiztosok vettek részt.

A felmérés során gyűjtött adatok feldolgozását követően a három megyében található telepeket több szempont szerint rangsorolták. Vizsgálták a kedvezőtlen adottságok halmozódását, a telepeken élők létszámát, az etnikai hovatartozását, az adott település hátrányos helyzetét.

A kutatás során a végzett vizsgálat célpopulációja a Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye településein telepi vagy telepszerű körülmények között élő 18. életévüket betöltött magyar állampolgárok voltak. A vizsgálat mintakeretének nagysága a 18 éves vagy annál idősebb lakosok létszámának felmérése alapján mintegy 62 000 fő.

A felmérésben a célpopulációt reprezentáló 1 000 fős mintán került sor a kérdőív felvételére. Ez a mintanagyság már tartalmazta a válaszmegtagadás következtében fellépő veszteség pótlását is, amelynek várható értékét 20-25%-ban határozták meg.

A mintavétel a három megyében telepeken vagy telepszerű körülmények között élő 18 éves, vagy annál idősebb lakosok településenkénti létszám-nyilvántartási adatbázisának felhasználásával történt. A véletlenül kiválasztott településeken, lélekszámtól függően egy-vagy több 10 fős (véletlenszerű, arányos, csoport mintavételezési módszer) – véletlenül kiválasztott 18, vagy annál idősebb mindkét nembeli személyekből álló – csoport kiválasztására került sor. Ez a típusú mintaválasztási módszer lehetővé tette, hogy a különböző települések az ott telepi vagy telepszerű körülmények között élők létszámának megfelelő mértékben legyenek képviselve a mintában, azaz minél nagyobb egy adott településen a telepi körülmények között élők létszáma, annál nagyobb az esélye, hogy a mintában nagyobb elemszámmal szerepel. A kiválasztott településeken a válaszadó személyek kiválasztása az adott település telepeiről készült térkép segítségével a véletlen séta módszerével történt. Ezzel a módszerrel a kérdőív-felvételt végző kérdezőbiztosok először kiválasztották a telepen található lakóházat, majd a házban lakó összes 18. életévét betöltött személy esetében felvették a kérdőívet. Abban az esetben, ha a 18. életévét betöltött személyek egy része a felkeresés időpontjában nem tartózkodott a házban, a kérdezőbiztos egy későbbi látogatás alkalmával a távollévőkötől is megkísérelte felvenni a kérdőívet.

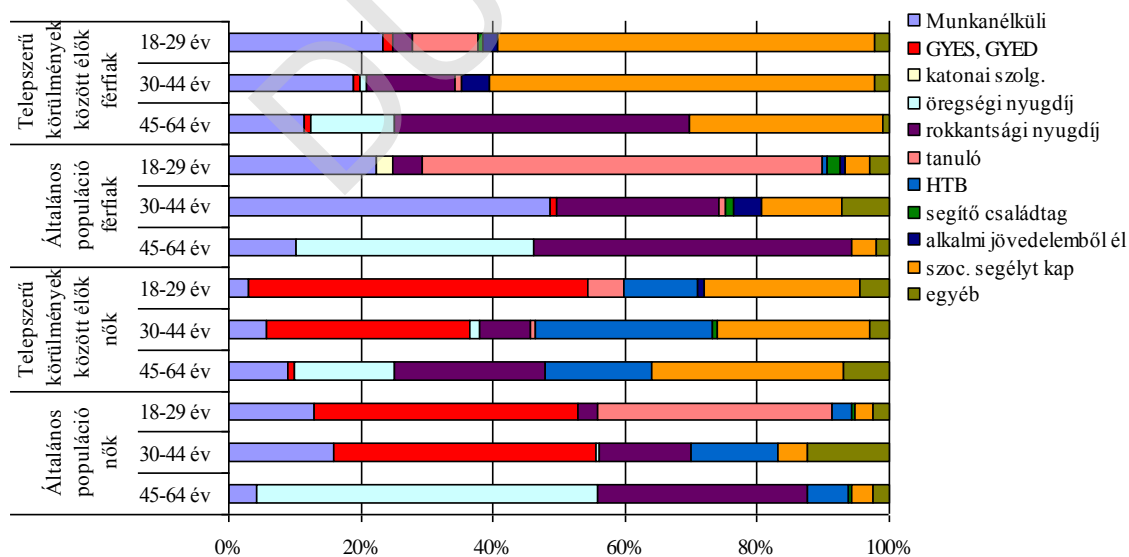
Az elemzés során vizsgálták a gazdasági-társadalmi jellemzőket összehasonlítva az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003. évi eredményeivel.

A társadalmi-gazdasági helyzet jellemzésére az iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás, az átlagos havi ekvivalens jövedelem és a lakáskörülmények mutatóit használták (1. táblázat). A

csak alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya a telepszerű körülmények között élők körében lényegesen magasabb, az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élőkhez viszonyítva közel kétszeres, az általános populációhoz viszonyítva több mint háromszoros a különbség.

Az alacsony iskola végzettség magas aránya különösen az idősebb korcsoportban szembetűnő, megközelíti a 90 %-ot, szemben a másik két populáció 50 és 29 %-os értékével. A telepszerű körülmények között élő 18-29 évesek közül csak mindössze 27 % rendelkezik magasabb iskolai végzettséggel.

Az alacsony iskolázottság jelentősen rontja a munkaerőpiaci lehetőségeket, melyet az aktív dolgozók igen alacsony aránya is jelez a telepeken élők esetében, a legkedvezőbb helyzetű 30-44 évesek körében is csak minden ötödik aktív dolgozó. A vizsgált másik két csoportban ez az arány kétszer, illetve négyszer magasabb. A telepen élők körében az átlagos havi ekvivalens jövedelem (euró) mértéke az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élőkével gyakorlatilag megegyezik, és kétszer alacsonyabb az általános populációhoz viszonyítva. Az inaktivitást vizsgálva szembetűnő férfiak körében a munkanélküliek viszonylag alacsony, míg a rokkantsági nyugdíjasok és a szociális segélyben részesülők magas aránya az általános populációhoz viszonyítva. A telepszerű körülmények között élő nők esetében a GYES-en (gyermekgondozási segély), GYED-en (gyermekgondozási díj) lévők, a háztartásbeliek és a szociális segélyezettek magas aránya figyelhető meg (1. ábra).

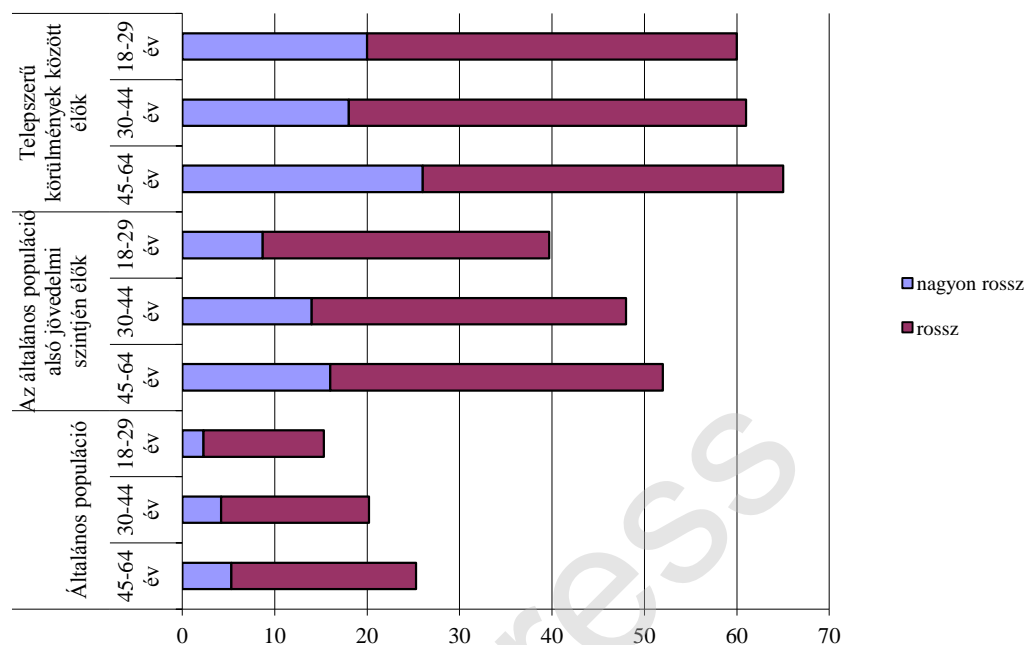


1. ábra A gazdasági inaktivitás okainak megoszlása a telepszerű körülmények között élők és az általános populáció körében

1. táblázat A telepszerű körülmények között élők és az általános populáció társadalmi gazdasági helyzete

	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők			Általános populáció		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
csak alapfokú végzettség (%)	73 (68, 77)	80 (75, 84)	87 (82, 91)	43 (36, 50)	44 (38, 50)	50 (45, 56)	16 (14, 19)	17 (15, 20)	29 (26, 32)
aktív dolgozó (%)	17 (14, 21)	22 (18, 27)	11 (7, 16)	18 (12, 27)	40 (32, 49)	24 (19, 30)	62 (59, 65)	79 (76, 81)	53 (51, 56)
átlagos havi ekvivalens jövedelem (euro)	170 (160, 180)	161 (153, 169)	159 (150, 168)	143 (138, 148)	146 (142, 151)	150 (146, 154)	332 (316, 348)	307 (293, 321)	300 (290, 309)
egy szobás lakásban él (%)	11 (8, 14)	12 (9, 16)	15 (10, 20)	17 (13, 23)	15 (11, 21)	15 (12, 19)	8.7 (7.0, 11)	7.5 (5.9, 9.5)	6.4 (5.3, 7.9)

Ennek megfelelően a gazdasági helyzet minősítése is eltérő a három vizsgált csoportban, melyet a telepszerű körülmények között élők közel 40 %-a nagyon rossznak ítélt meg (2. ábra). Ugyanakkor az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők 30 %-a, míg az általános populáció 20 %-a minősítette nagyon rossznak az anyagi helyzetét.



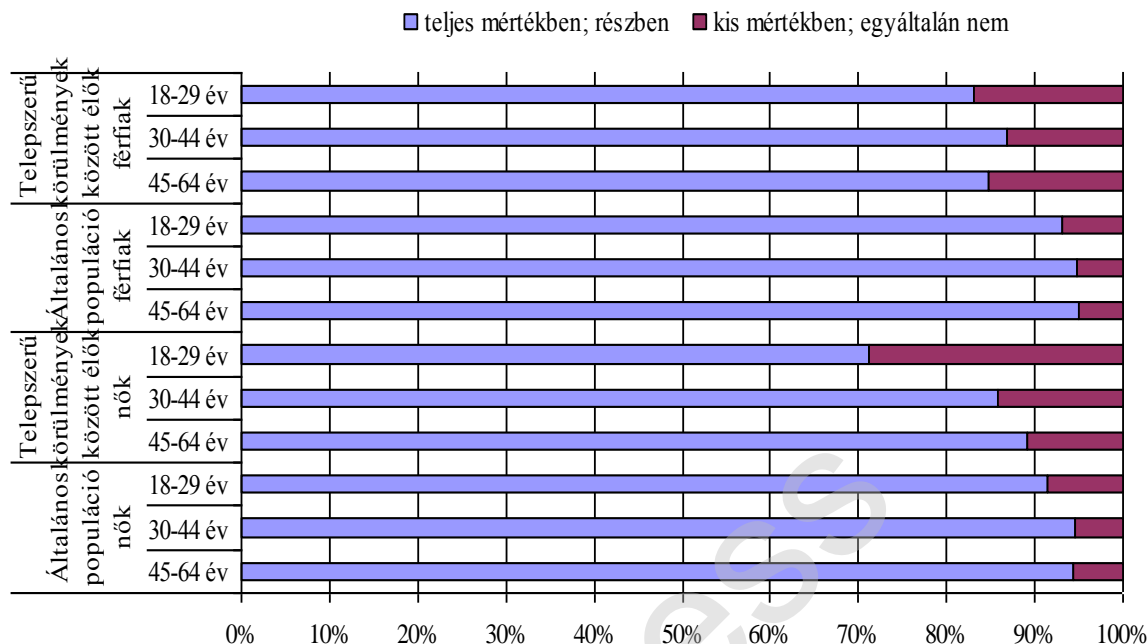
**2. ábra** A gazdasági helyzet minősítése a telepszerű körülmények között élők és az általános populáció körében

Feltehetően az alacsony jövedelem és a magas fokú gazdasági inaktivitás következménye, hogy a telepeken élők lakáskörülményei is rosszabbak, az egy szobás lakásban élők aránya meghaladja az általános populáció hasonló mutatóit.

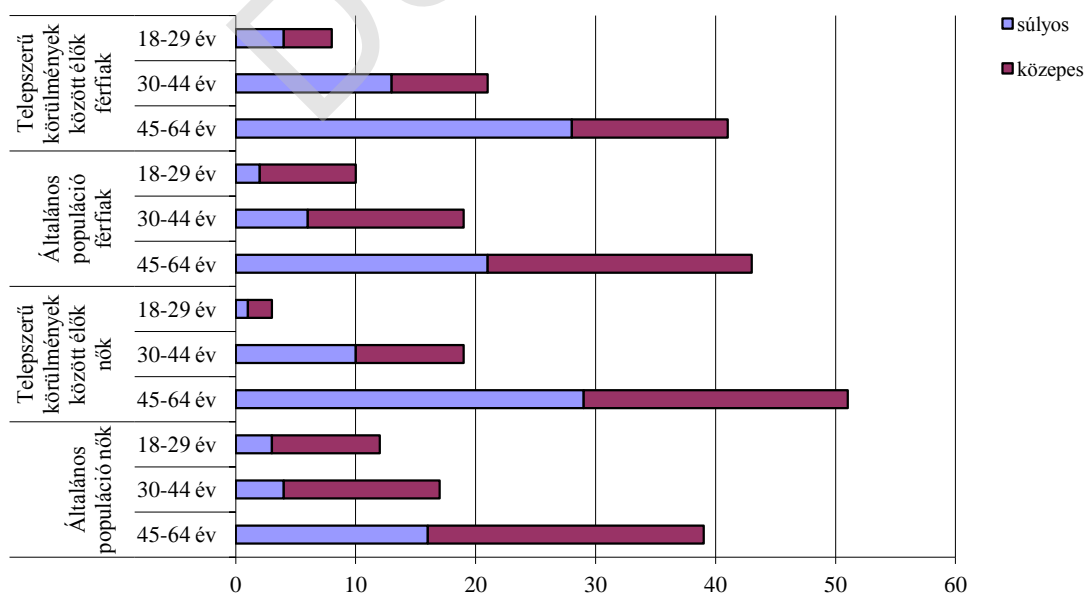
A lakáskörülményekkel, a lakóhellyel való elégedettség megítélése természetesen függ az egyén igényének szintjétől, de alapvetően az objektív körülmények a meghatározóak. A telepeken élők jelentős része elégedetlen azzal a környékkel ahol él, az elégedetlenség mértéke kifejezettebb a fiatalabbak és a nők körében (3. ábra).

A férfiak körében a súlyos és a közepes korlátozottság összevont mértéke a két vizsgált populáció esetén hasonlóan alakul, míg nők körében a telepi körülmények között élőkénél a két korlátozottsági fok mértéke – a 18-29 éves korcsoportot kivéve – lényegesen magasabb (a 45-64 éves férfiak 42 %, nők 52 %). A súlyos korlátozottság gyakorisága a telepszerű körülmények

között élőknel kifejezettebb mindkét nem esetében. A 45-65 évesek körében minden harmadik embernek segítséget kell igénybe venni az ágyból való felkeléshez (4. ábra).

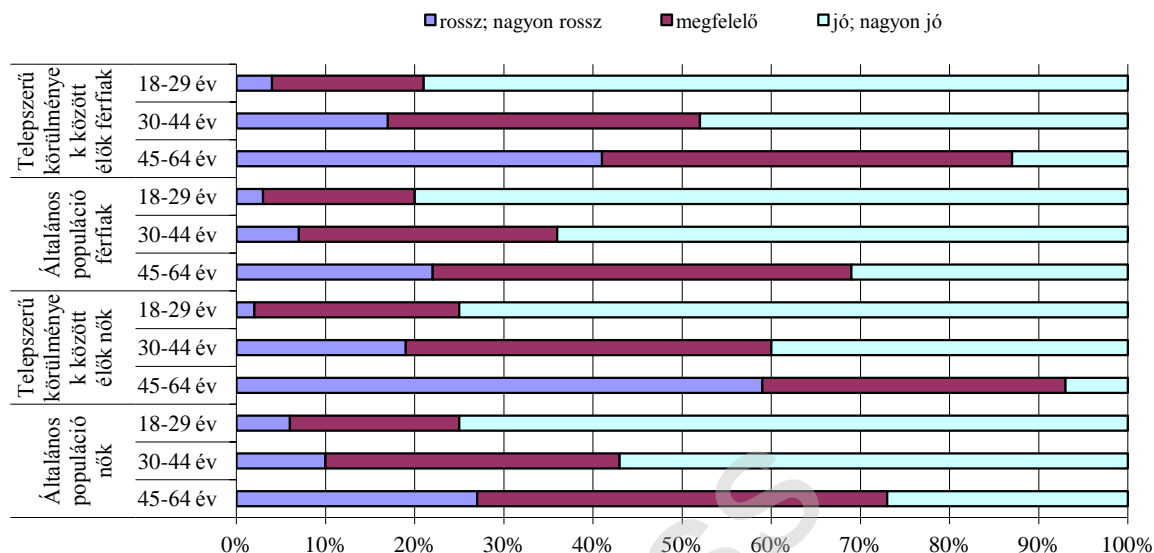


3. ábra A lakóhellyel való elégedettség mértéke a teleszerű körülmények között élők és az általános populáció körében



4. ábra A funkcionalitás csökkenés gyakorisága (%) nemenként és korcsoportonként

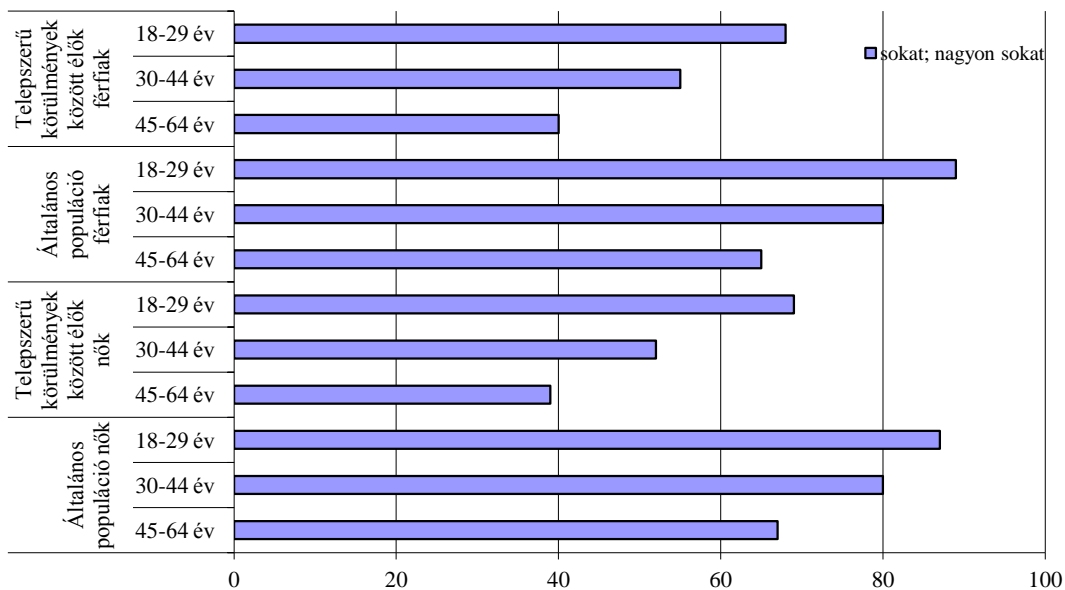
A 18-29 éves férfiak és nők körében nincs jelentős különbség a két populációban az egészségi állapot szubjektív megítélésében (5. ábra).



5. ábra A vélt egészség kor és nem szerinti megoszlása

A 30-44, és különösen a 45-64 éves korcsoportokban mindkét nem esetében megfigyelhető a rossz, nagyon rossz minősítés magas értékei (45-64 év férfiak 42 %, nők 58 %) a telepszerű körülmények között élők körében. Az általános populáció hasonló nemű és korú lakossága körében a fenti értékek kétszer kisebbek. A telepen élők közül a 45-64 éves férfiaknál csak minden 7., nőknél minden 14. megkérdezett minősíti egészségi állapotát jónak, illetve nagyon jónak. A két nem egészségi állapot minősítésének eltérései igen kifejezettek e populációban, a nők körében a szubjektív megítélés sokkal rosszabb egészségi állapotot mutat.

Az általános populációban mindkét nem valamennyi korcsoportban lényegesen nagyobb mértékben gondolta, hogy „nagyon sokat”, vagy „sokat tehet” egészségéért; a 18-29 évesek közel 90 %-a vélekedett így. A telepen élők körében e válasz gyakorisága lényegesen alacsonyabb, a kor előrehaladtával csökken, a 45-64 éves férfiak és nők közül mindössze 40 % gondolja úgy, hogy sokat tehet egészségéért (6. ábra).



**6. ábra A** „Mennyit tehet az egészségéért?” kérdésre adott válaszok gyakorisága korcsoportonként, nemenként

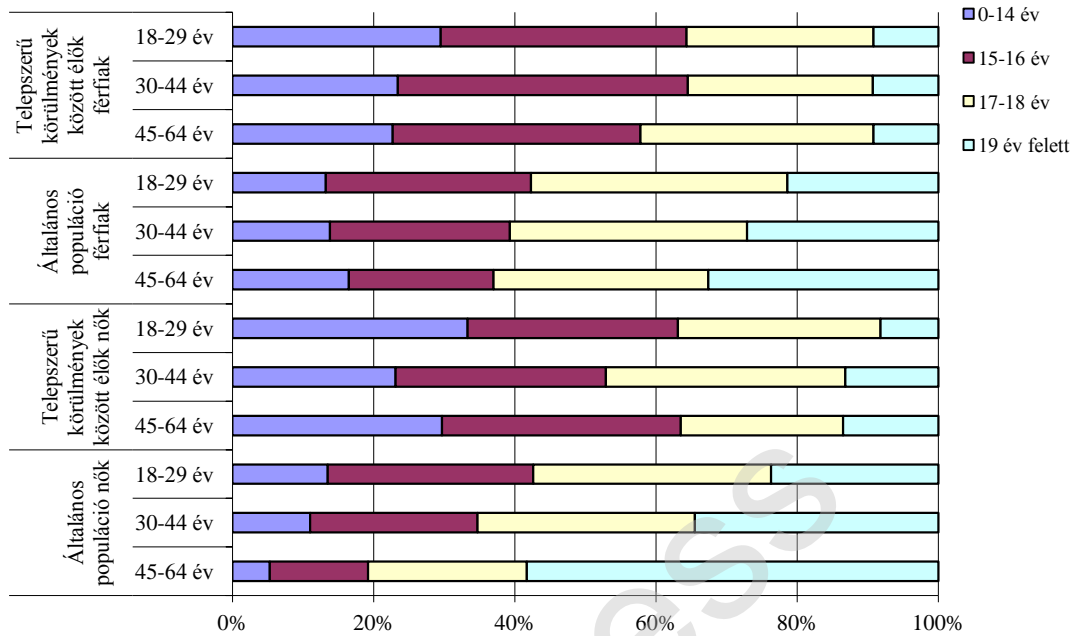
A vizsgálat alapján megállapítható, hogy már a 18-29 évesek körében – kivéve az általános populációt – a rendszeres dohányosok aránya több, mint 50 %. A legmagasabb dohányzási gyakoriság mindkét nemből a 30-44 éveseknél figyelhető meg. E korcsoportban minden második telepen élő naponta több, mint 20 darab cigarettát szívott el. E populációban a rendszeres dohányzókhöz tartozik a 30-44 éves nők 66 %, a férfiak 75 % (2. táblázat). Az általános populációhoz viszonyítva összességében a telepszerű körülmények között élők körében mindkét nem esetében alacsonyabb a soha nem dohányzók aránya. A dohányzás kezdetére jellemző a fiatalabb életkor valamennyi vizsgált korcsoportban a telepen élők körében (7. ábra).

A telepen élő 18-34 éves korcsoportban 15,9 év (95 % CI 15,7-16,2), a 35-44 éves korcsoportban 16,2 év (95 % CI 15,8-16,5), a 45-64 éves korcsoportban 16,6 év (95 % CI 14,3-19,0) volt a dohányzás kezdetére jellemző átlagéletkor. Ugyanezen értékek az általános populációban a következők voltak: 17,3 év (95 % CI 17,1-17,5), 19,0 év (95 % CI 18,7-19,3), és 21,0 év (95 % CI 20,2-21,9).

Az alkoholfogyasztási szokásokra vonatkozó kérdések az önkitaltós kérdőívekben kerültek felvételre, mely kérdések a fogyasztás gyakoriságára és az elmúlt 7 napban fogyasztott mennyiségre irányultak. A telepen élő nők körében igen magas az absztinensek gyakorisága, ala-



csony a mérsékelt és a nagyivók gyakorisága, szemben az általános populáció és az általános populáció alsó jövedelmi kvartiliséba tartozók értékeivel (2. táblázat).



7. ábra A rendszeres dohányzás kezdetére jellemző életkor korcsoportonként, nemenként (%)

A telepen élő férfiak esetében a 18-29 éves korcsoportban valamivel magasabb a nagyivók gyakorisága, a többi korcsoportban viszont alacsonyabb. Az absztinensek aránya – a nőkhöz hasonlóan – a telepen élők esetében magasabb.

1. táblázat Az egészséget befolyásoló tényezők gyakorisága a teleszerű körülmények között élők és az általános populáció körében

	Teleszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők			Általános populáció		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>Nők</b>									
<b>dohányzás</b>									
soha	40 (34, 47)	22 (17, 29)	32 (24, 41)*	43 (34, 52)	36 (28, 45)	55 (48, 61)*	53 (49, 57)	47 (42, 51)	56 (53, 59)
régebben	9.2 (5.9, 14)	12 (7.6, 18)	13 (7.6, 20)	6.6 (3.3, 13)	8.1 (4.7, 14)	13 (9.1, 19)	12 (9.2, 15)	12 (9.4, 14)	16 (14, 19)
max. napi 20 darab	26 (20, 32)	17 (12, 23)	12 (6.9, 19)	26 (19, 34)	31 (24, 40)	19 (14, 24)	24 (21, 27)	24 (21, 28)	19 (17, 22)
több mint napi 20 darab	25 (20, 32)	49 (42, 57)*	44 (35, 54)*	25 (18, 32)	25 (18, 32)*	14 (9.7, 19)*	12 (9.5, 15)	18 (15, 21)	8.5 (7.0, 10)
<b>alkohol fogyasztás</b>									
absztinens	83 (77, 88)	82 (76, 88)*	91 (84, 95)*	81 (73, 88)	66 (58, 74)*	71 (65, 77)*	57 (53, 61)	55 (51, 59)	61 (57, 65)
alkalomszerűen	14 (10, 20)	13 (8.3, 19)*	7.3 (3.7, 14)	17 (11, 26)	28 (21, 36)*	19 (14, 25)	36 (32, 40)	35 (31, 39)	26 (23, 29)
mérsékelten	1.5 (0.5, 4.5)	3.1 (1.3, 7.3)	0.9 (0.1, 6.2)	1.6 (0.4, 6.0)	4.3 (2.0, 9.2)	6.4 (3.8, 11)	4.4 (2.8, 6.6)	7.5 (5.6, 10)	11 (8.8, 13)
nagyívó	1.0 (0.2, 3.9)	1.9 (0.6, 5.7)	0.9 (0.1, 6.2)	0.0	1.4 (0.4, 5.4)	3.3 (1.6, 6.9)	2.7 (1.6, 4.5)	2.2 (1.3, 3.8)	2.4 (1.6, 3.6)

<b>BMI</b>									
sovány	10 (6.7, 15)	8.3 (4.8, 14)	3.9 (1.5, 9.9)	12 (7.2, 20)	4.5 (2.0, 10)	2.9 (1.3, 6.2)	13 (10, 16)	4.0 (2.7, 5.9)	2.5 (1.7, 3.7)
normál	71 (65, 77)	52 (44, 60)	41 (32, 51)	64 (55, 72)	49 (41, 57)	33 (27, 39)	68 (64, 71)	57 (53, 61)	35 (32, 38)
túlsúlyos	14 (10, 20)	28 (22, 36)	34 (26, 44)	16 (11, 24)	25 (18, 33)	37 (31, 44)	14 (12, 17)	25 (22, 29)	38 (35, 41)
kövér	4.1 (2.1, 8.0)	11 (6.9, 17)*	21 (15, 30)	7.5 (4.0, 14)	21 (15, 29)*	27 (22, 34)	5.4 (3.7, 7.7)	14 (12, 17)	25 (22, 28)

	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők			Általános populáció		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>NŐK</b>									
<b>táplálkozás</b>									
növényi olaj használata naponta	26 (21, 33)*	30 (23, 37)*	28 (21, 37)*	54 (44, 63)*	48 (39, 56)*	48 (41, 54)*	70 (66, 73)	63 (59, 67)	61 (57, 64)
zöldség/gyümölcs hetente	32 (26, 39)	36 (29, 44)*	36 (27, 45)*	45 (37, 53)	55 (46, 63)*	69 (62, 75)*	55 (50, 59)	66 (63, 70)	77 (74, 79)
zöldség/gyümölcs ritkábban, mint hetente	49 (43, 56)	45 (38, 53)	42 (33, 51)*	43 (35, 52)	37 (29, 45)	21 (16, 27)*	40 (36, 44)	29 (26, 33)	18 (16, 21)
	18 (14, 24)	19 (13, 25)	23 (16, 32)*	13 (7.6, 20)	8.8 (5.3, 15)	11 (7.1, 15)*	5.0 (3.4, 7.3)	4.6 (3.2, 6.5)	5.0 (3.8, 6.6)
<b>FÉRFIAK</b>									
<b>dohányzás</b>									
soha	31 (25, 38)	20 (15, 28)	13 (7.6, 20)	17 (10, 27)	27 (21, 35)	22 (17, 29)	41 (37, 44)	38 (34, 42)	29 (26, 32)
régebben	5.1 (2.7, 9.2)	5.6 (2.8, 11)	17 (11, 25)	5.8 (2.2, 14)	11 (7.0, 18)	28 (21, 35)	8.2 (6.2, 11)	17 (14, 20)	32 (28, 35)
max. napi 20 darab	14 (9.6, 19)*	13 (8.1, 19)	17 (11, 25)	36 (25, 48)*	14 (8.6, 21)	19 (14, 26)	28 (25, 32)	15 (12, 19)	15 (13, 18)
több mint napi 20 darab	50.3 (43, 57)	62 (53, 69)	53 (44, 62)*	42 (31, 53)	48 (39, 57)	32 (25, 39)*	23 (20, 27)	30 (26, 35)	24 (22, 28)

	Telepszerű körülmények között élők			Az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők			Általános populáció		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>Férfiak</b>									
<b>alkohol fogyasztás</b>									
absztinens	44 (37, 51)	45 (37, 53)	59 (50, 68)*	40 (29, 52)	29 (21, 38)	30 (23, 37)*	30 (26, 33)	25 (21, 29)	23 (20, 27)
alkalomszerűen	16 (11, 22)*	14 (9.3, 21)	12 (7.1, 20)	33 (24, 45)*	27 (19, 35)	19 (13, 26)	36 (32, 40)	26 (22, 30)	17 (14, 20)
mérsékelten	24 (19, 31)	26 (19, 33)	16 (10, 24)	15 (8.3, 26)	22 (15, 31)	30 (24, 37)	23 (20, 26)	31 (27, 35)	39 (35, 42)
nagyívó	16 (12, 22)	16 (11, 23)	13 (7.8, 21)	12 (6.1, 22)	23 (16, 31)	22 (17, 29)	12 (9.2, 15)	18 (15, 22)	21 (18, 25)

<b>BMI</b>									
sovány	0.5 (0.1, 3.7)	2.9 (1.1, 7.6)	1.0 (0.1, 6.5)	0.0	0.7 (0.1, 4.9)	1.7 (0.8, 3.5)	1.9 (1.0, 3.6)	0.4 (0.1, 1.4)	1.3 (0.8, 2.4)
normál	58 (51, 65)	39 (31, 47)	41 (32, 51)	60 (49, 71)	40 (33, 49)	48 (43, 53)	62 (58, 66)	38 (34, 42)	31 (28, 35)
túlsúlyos	37 (30, 44)	40 (32, 48)	36 (28, 46)	28 (18, 39)	39 (31, 47)	34 (29, 39)	26 (23, 30)	43 (39, 48)	44 (40, 48)
kövér	4.8 (2.5, 9.0)	18 (13, 26)	22 (15, 31)	12 (5.8, 24)	21 (14, 29)	17 (13, 21)	9.8 (7.5, 13)	19 (15, 23)	24 (21, 27)
<b>táplálkozás</b>									
növényi olaj használata	21 (16, 27)*	28 (21, 36)	22 (16, 31)*	50 (38, 62)*	41 (33, 50)	37 (30, 44)*	61 (56, 66)	62 (58, 66)	59 (56, 61)
naponta zöldség/gyümölcs	28 (22, 35)	31 (24, 39)	37 (28, 46)	40 (29, 53)	44 (36, 53)	53 (45, 61)	42 (38, 46)	49 (45, 54)	60 (56, 63)
hetente zöldség/gyümölcs	44 (38, 51)	45 (37, 53)	31 (23, 40)	49 (37, 61)	41 (33, 50)	31 (25, 39)	50 (46, 54)	42 (38, 46)	34 (30, 37)
zöldség/gyümölcs ritkábban, mint hetente	27 (22, 34)*	24 (18, 32)	32 (24, 41)*	10 (5.3, 20)*	15 (9.3, 22)	16 (11, 22)*	8.2 (6.2, 11)	8.7 (6.3, 12)	6.6 (5.1, 8.7)

A számok a prevalencia populációs becslései a 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

\*A telepszerű körülmények között élők és az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők becslés értékei (95 %-os CI) között nincs átfedés

A telepen élő férfiak esetében a 18-29 éves korcsoportban valamivel magasabb a nagyivók gyakorisága, a többi korcsoportban viszont alacsonyabb. Az absztinensek aránya – a nőkhöz hasonlóan – a telepen élők esetében magasabb.

A táplálkozási szokások vizsgálata két alapvetően fontos kérdést érintett: a növényi olaj használatát és a friss zöldség/gyümölcs fogyasztásának gyakoriságát. Megállapítható, hogy a növényi olaj használata a telepen élők  $\frac{1}{4}$ -nél, az általános populáció alsó jövedelmi szintjén élők  $\frac{1}{2}$ -nél, míg az általános populáció közel  $\frac{2}{3}$ -nál figyelhető meg (2. táblázat). A felmérést megelőző 1 hónapban a naponta zöldséget/gyümölcsöt fogyasztók aránya az általános populációban 50 % feletti, míg a telepen élők körében ez 30 % körüli. A telepi nők 20 %-a, a férfiak 29 %-a ritkábban, mint hetente fogyasztott gyümölcsöt, vagy zöldséget, szemben az általános populáció hasonló mutatóival, ami nőknél közel 5 %, férfiaknál 8 %.

A testtömeg-indexet vizsgálva mindhárom populációban ugyanazon tendenciák érvényesülése mellett jelentős eltérések a gyakoriság vonatkozásában nem voltak észlelhetők (2. táblázat). A nőknél a kor előrehaladtával emelkedett a túlsúlyosság vagy elhízás gyakorisága.

A fiatal férfiak körében a túlsúlyos, vagy elhízottak aránya magasabb, mint az ugyanezen korosztályba tartozó nőknél. A túlzott soványság a fiatal nőknél lényegesen gyakoribb, mint a fiatal férfiaknál.

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének gyakorisága jelentős mértékben különbözik az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében (3. táblázat). Ezen belül a nemek között is megfigyelhetőek az eltérések, amelyek mindkét vizsgált populációban hasonló jellegűek. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi gyakorisága az életkor előrehaladtával növekszik mindkét populációban, azonban a férfiak körében az igénybevétel lényegesen alacsonyabb, a különbség a fiatalabb korcsoportoknál kifejezettebb. Az általános populációnál mindkét nemnél magasabb prevalencia értékek figyelhetők meg a telepszerű körülmények között élőkhez viszonyítva, különösen a férfiak körében és a fiatalabb korcsoportokban. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételén belül a telepszerű körülmények között élők körében a háziorvosi szolgálat a meghatározó. A szociálisan hátrányos helyzetű csoportra is jellemző, hogy egészségügyi problémáinak megoldására leggyakrabban a háziorvosi szolgálatot veszi igénybe. A szakorvosi és a rendelőintézeti ellátás igénybevétele körükben lényegesen alacsonyabb értéket mutat.

A fogorvosi szolgáltatás igénybevétele az általános populáció körében igen alacsony, legjobb esetben is csak minden második ember élt ezzel a lehetőséggel 1 éven belül. Az életkor

előrehaladtával az általános populációban mindkét nemre jellemző, hogy egyre kevesebben keresik fel a fogorvost, a férfiaknál az igénybevétel gyakorisága (30-42 %) kifejezettebben alacsonyabb a nőkhöz (39-61 %) viszonyítva. A telepszerű körülmények között élők esetében a fogorvosi ellátás igénybevétele az életkor előrehaladtával jelentősen csökken. A telepszerű körülmények között élő 45-64 éves férfiak közül 1 éven belül csak minden ötödik ember járt fogorvosnál. Mindkét nem esetében a szolgáltatás igénybevételi gyakorisága lényegesen alacsonyabb az általános populációhoz viszonyítva.

A nők körében a nőgyógyászati vizsgálaton történő részvétel gyakorisága a telepi 45-64 éves korcsoport kivételével közel azonos. Jelentős különbség figyelhető meg a vizsgálatot megelőző 2 évben a mammográfiás vizsgálaton résztvevők prevalencia értékeiben, különösen a nép-egészségügyi program lakossági szűrővizsgálata célcsoportjában, a 45-64 évesek körében. A telepszerű körülmények között élők közül ebből a korcsoportból csak minden negyedik nő vett részt az elmúlt 2 évben a szűrővizsgálaton, amely igen alacsony az általános populációhoz viszonyítva, ahol a részvételi arány 70 %-os volt.

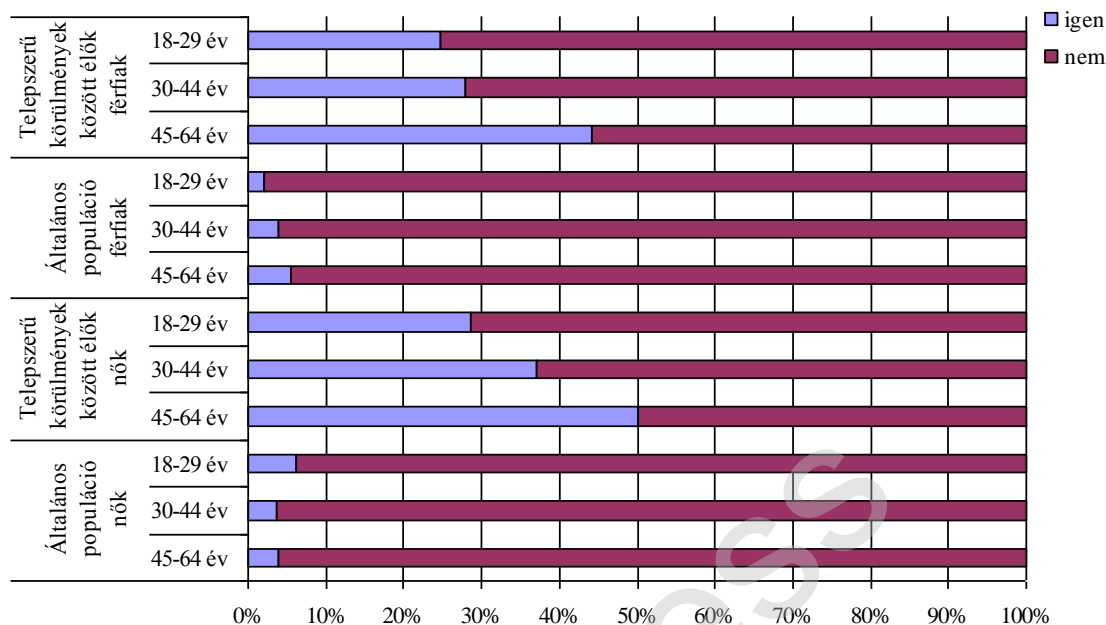
3. táblázat A telepszerű körülmények között élők és az általános populáció által igénybevett egészségügyi szolgáltatások az elmúlt 12 hónapban

	Telepszerű körülmények között élők			Általános populáció		
	18-29 év	30-44 év	45-64 év	18-29 év	30-44 év	45-64 év
<b>Nők</b>						
bármilyen egészségügyi szolgáltatás	65% (58, 71)	62% (55, 70)	78% (69, 85)	74% (70, 77)	73% (69, 76)	80% (78, 83)
találkozás a háziorvossal	70% (64, 76)	71% (63, 77)	86% (78, 91)	62% (59, 65)	62% (59, 65)	77% (75, 79)
találkozás szakorvossal	51% (44, 58)*	42% (35, 50)*	58% (49, 67)	68% (64, 72)*	68% (64, 71)*	69% (66, 72)
fogorvosi szolgáltatás	44%(38, 51)*	33% (26, 41)*	32% (24, 41)	61% (57, 65)*	50% (46, 54)*	39% (36, 43)
rendelőintézeti ellátás*	11% (7.6, 16)	14% (9.2, 20)	17% (11, 25)	16% (14, 20)	13% (11, 16)	18% (15, 20)
nőgyógyászati vizsgálat az elmúlt 5 évben	90% (85, 93)	82% (75, 87)*	62% (53, 71)*	90% (87, 92)	92% (89, 94)*	86% (84, 87)*
mammográfiai vizsgálat az elmúlt 2 évben	8.0% (5.0, 13)	15% (10, 21)	25% (18, 34)	8.5% (6.3, 11)	24% (20, 27)	70% (67, 74)*
<b>Férfiak</b>						
bármilyen egészségügyi szolgáltatás	42% (35, 49)*	48% (40, 56)*	67% (57, 75)	60% (56, 64)*	61% (57, 65)*	72% (68, 75)
találkozás a háziorvossal	48% (41, 55)*	51% (43, 59)*	74% (65, 81)	67% (63, 71)*	68% (64, 71)*	73% (71, 75)
találkozás szakorvossal	22% (16, 28)*	23% (17, 31)	42% (34, 52)	38% (33, 42)*	35% (31, 38)	51% (47, 54)
fogorvosi szolgáltatás	38% (31, 45)	26% (20, 34)*	21% (14, 29)	42% (37, 46)	40% (36, 44)*	30% (27, 34)
rendelőintézeti ellátás*	3.1% (1.4, 6.8)	9.8% (5.9, 16)	23% (16, 31)	5.9% (4.1, 8.4)	7.7% (5.8, 10)	17% (15, 20)

A számok a prevalencia populációs becslései a 95%-os megbízhatósági tartománnyal.

\*A telepszerű körülmények között élők és az általános populáció becsült értékei (95 %-os CI) között nincs átfedés

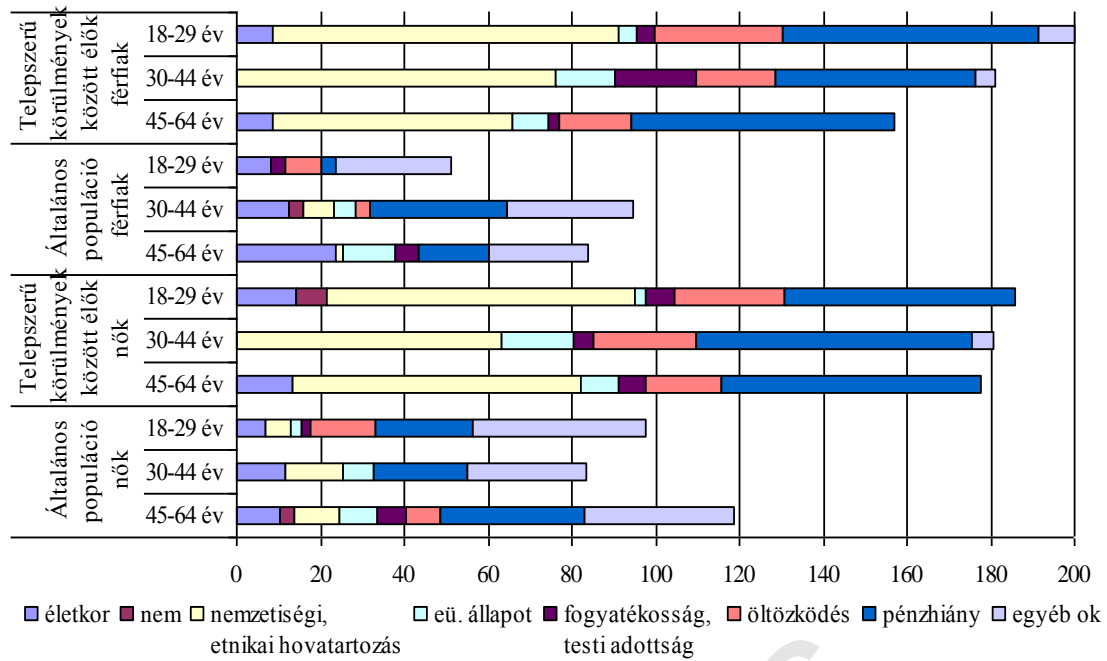
A kérdőívben szerepelt egy kérdés, mely az egészségügyi ellátás során – a szubjektív megítélésre alapozva – a tapasztalt diszkriminációra vonatkozott.



**8. ábra** Az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során tapasztalt diszkrimináció gyakorisága az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében

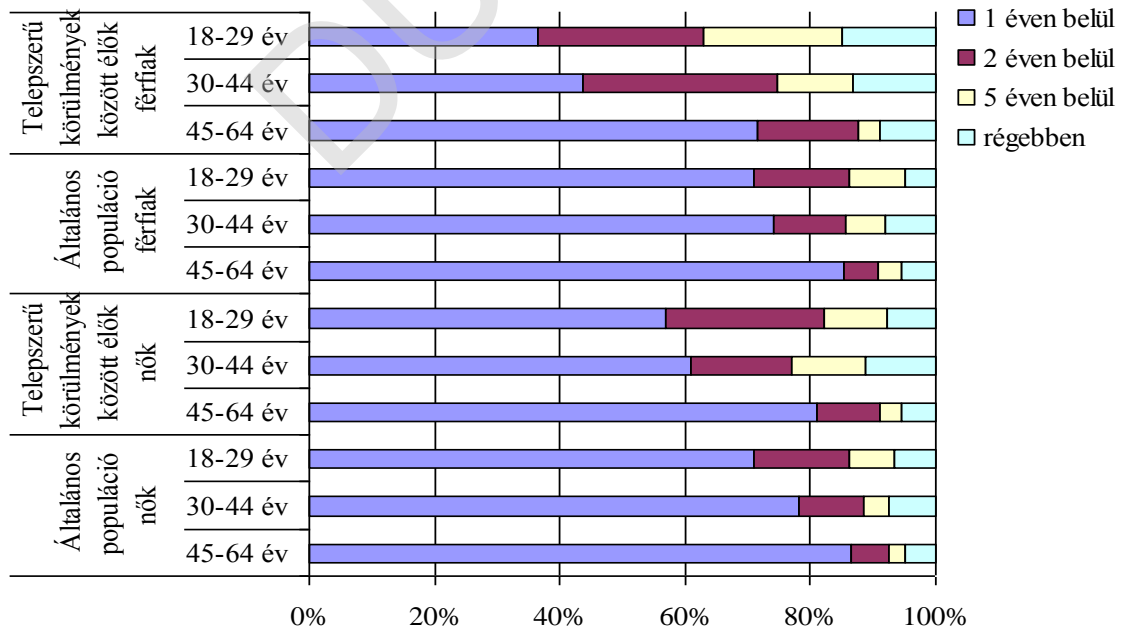
Az egészségügyi ellátás során diszkriminációt vélelmezett a telepszerű körülmények között élők körében a 18-29 éves korcsoport 25-29 %-a, a 30-44 éves korcsoport 28-37 %-a, a 45-64 éves korcsoport 44-50 %-a (8. ábra). Ezen prevalencia értékek 2-6 % között alakultak az általános populáció különböző korcsoportjaiban mindkét nem esetén. A diszkrimináció okait vizsgálva a két populáció között jelentős eltérések mutatkoznak (9. ábra). Az általános populációban diszkrimináció háttérében vélt okként az életkor, a pénzhiány és az egyéb ok közel azonos súllyal szerepel, míg a telepszerű körülmények között élők esetében a válaszok alapján a sorrend az etnikai hovatartozás, a pénzhiány és az öltözködés miatti megkülönböztetés. Kiemelendő, hogy az etnikai diszkriminációt a válaszadók közel  $\frac{2}{3}$ -a jelezte. A pénzhiányt, mint hátrányos megkülönböztetés okát az egészségügyi ellátás igénybevétele során a telepiek valamivel alacsonyabb értékben jelölték.





9. ábra Az egészségügyi ellátás igénybevétele során tapasztalt diszkrimináció okai az általános populáció és a telepszerű körülmények között élők körében

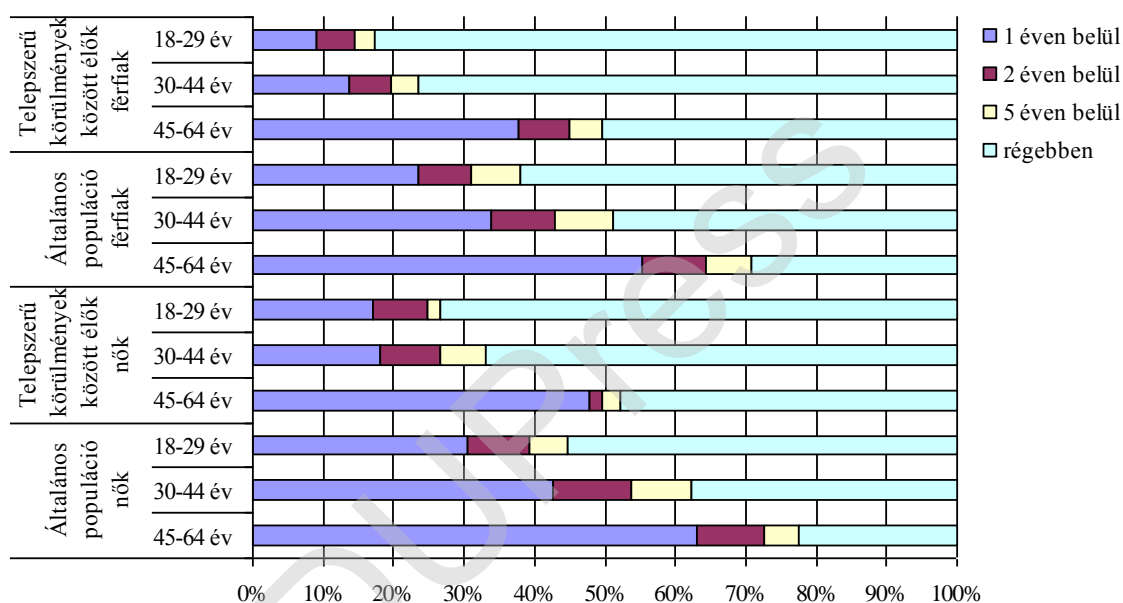
Az egészségügyi ellátás során, a 18-44 éves telepi férfiak 45 %-nak, míg a nők 60 %-nak mérték a vérnyomását a megkérdezést megelőző 1 éven belül (10. ábra).



10. ábra A megkérdezést megelőzően az utolsó vérnyommérés óta eltelt idő %-os arányban

Az általános populáció ugyanazon korcsoportjánál ezen értékek férfiaknál 70 %, nőknél több mint 70 % volt. A 45-64 évesek körében a két populációban jelentős eltérés nem tapasztalható. Az 5 évnél régebben történt vérnyomásmérés gyakorisága mindkét populációnál, valamennyi korcsoportban férfiaknál és nőknél 5-10 % között van.

Az ellátás során a koleszterinszint mérése a telepszerű körülmények között élők 50-85 %-ánál a megkérdezést megelőzően több, mint 5 éve történt (11. ábra). Ugyanezen értékek az általános populációnál lényegesen alacsonyabbak (34-62 %), ugyanakkor az egy éven belüli koleszterinszintmérés gyakorisága lényegesen magasabb a telepi körülmények között élőkhez viszonyítva.



**11. ábra** A megkérdezést megelőzően az utolsó koleszterinszintmérés óta eltelt idő %-os megoszlásban

A legjelentősebb népbetegségek közül a szívinfarktus, az agyvérzés, valamint a májbetegség gyakoriságát vizsgálva megállapítható, hogy a telepi körülmények között élők körében mindhárom betegség vonatkozásában magasabb prevalencia értékek figyelhetők meg.

A telepi körülmények között élő 45-64 éves férfiaknál a szívinfarktus előfordulási gyakorisága közel 15 %.

Az agyvérzés előfordulási gyakorisága mindkét nem esetében magasabb az általános populáció körében (45-64 éves férfi: 4,4 %; nő: 2,4 %).

A vizsgálat eredményei rámutatnak arra, hogy a telepszerű körülmények között élők életkörülményeinek javítását célzó beavatkozások célkitűzéseinek megfogalmazásakor nélkülözhetetlenek a szakmailag megalapozott kutatási programok eredményei, melynek figyelembevételével komplex interszektoriális program tervezhető. A rendszeres egészségfelmérések lehetőséget biztosíthatnak a jövőben a célzott intervenció programoknak köszönhető (s attól esetleg független) változások értékelésére. A szegregálódott lakossági csoport kedvezőtlen egészségi állapotának hátterében a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok alapján a rossz társadalmi-gazdasági helyzetük, életmódjuk áll. Ezek ismeretében kell növelni a gazdasági lehetőségeket a foglalkoztatás bővítésével, mely elősegítheti a munkavállalást, és javíthatja a jövedelemszerző képességet. Az elérhető és diszkriminációmentes oktatásügy és egészségügy az emberi tőke javításával hozzájárulhat a szegénység ördögi körének megszakításához. Az eredmények azonban azt is mutatják, hogy az egészség alapvető szociális feltételeinek megteremtése önmagában feltehetőleg nem elegendő, hiszen a roma közösségek egyes mutatói, még az általános populáció legszegényebb rétegéhez viszonyítva is rosszabbak, ezért a roma közösségek fejlesztését a csoport tagjai egymástól eltérő feltételeinek és szükségleteinek ismeretére és a romák növekvő részvételére, jogkörökkel történő felruházására kell építeni.

## Irodalomjegyzék

- Babusik Ferenc : Magyarországi cigányság – strukturális csapda és kirekesztés 2007.  
<http://www.delphoi.hu/download-pdf/roma-szoc-eu.pdf>. Megtekintve: 2009.03.14.
- Babusik Ferenc: A szegénység csapdájában. Cigányok Magyarországon – szociális – gazdasági helyzet, egészségi állapot, szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés. Delphoi Consulting 2004.  
<http://www.delphoi.hu/download-pdf/roma-szoc-eu.pdf>
- Babusik Ferenc, Papp Géza: A cigányság egészségi állapota-szociális, gazdasági és egészségügyi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében. Delphoi Consulting 2002.  
<http://www.delphoi.hu/download-pdf/roma-BAZ-eu.pdf>
- Csépe Péter: Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra Doktori értekezés Semmelweis Egyetem 2010.  
[http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/csepepeter.d.pdf](http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/csepepeter.d.pdf)

- Egyenlőség, egészség és a roma/ cigány közösség Madrid 2007 Fundación Secretariado Gitano  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action3/docs/2004\\_3\\_01\\_manuals\\_hu.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf)
- Gyukits György, Ürmös Andor: A roma nők véleménye egészségi állapotukról és az egészségügyi ellátásukról. Mentálhigiéne és pszichoszomatika, 1999. 10: 54-60.
- Gyukits György: A krónikus betegségek gyakorisága a roma lakosság körében. Lege Artis Med, 2001. 11: 237-239.
- Kopp Mária. (szerk.) A magyar lakosság lelkiállapota az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.
- Kósa Karolina, Lénárt Beáta, Ádány Róza: A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota. Orv Hetil, 2002. 143: 419-2426.
- Kanyarójárvány Szerbiában: Országos Epidemiológiai Központ, Epiinfo, 2007. 14: 125-126.
- Kósa Karolina.: Assessment of settlements in 14 Hungarian counties. Presentation by Debrecen School of Public Health, 2004.  
[http://www.kvvm.hu/cimg/documents/KVM\\_sajt\\_bemutat\\_\\_2.ppt](http://www.kvvm.hu/cimg/documents/KVM_sajt_bemutat__2.ppt).
- Kósa Zsimond, Széles Gábor, Kardos László, Kósa Karolina, Németh Renáta, Ország Sándor, Fésüs Gabriella, McKee M, Adány Róza, Vokó Zoltán: A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary Am J Public Health. 2007 May;97(5):853-9.
- OECD Health Data 2008 – Magyarország. 2008. <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1719>.
- Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ. 2004. <http://www.oszmk.hu/index.php?m=29>.
- Pletschette, M, Nair S.: Tuberculosis research: an end to neglect and negligence. Trop Med Int Health, 2004. 9: 817-817.
- Prónai Csaba: A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében. Kisebbségkutatás, 2000. 9: 631-637.
- Puporka Lajos, Zádori Zsolt. A magyarországi romák egészségi állapota. The World Bank, Magyarországi Regionális Iroda, NGO tanulmányok (2). 1999.
- Roma felnőtt népesség egészségi állapota, egészségmagatartása, és a romák valamint az egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolat vizsgálata. Egészségügyi Minisztérium. 2001. [http://www.romaweb.hu/doc/szociologia/romak\\_osszegzett\\_eum2001.pdf](http://www.romaweb.hu/doc/szociologia/romak_osszegzett_eum2001.pdf)
- Ungváry György: Romatelepek Magyarországon: gyermekek egészségügyi ellátása, higiénés viszonyok. Orv Hetil, 2005. 146: 691-699.

## 9. A védőnői munka lehetőségei a roma családok egészségkultúrájának fejlesztésében

Nagy Józsefné

### 9.1. Bevezetés

A védőnői munka alapfeladata évtizedek óta alig változott: a családok, kiemelten a várandós anyák, a csecsemők, gyermekek védelme, rendszeres gondozása, egészségnevelése, szűrővizsgálatok biztosítása, védőoltások megszervezése, védőnői tanácsadás biztosítása.

A védőnők feladata az ismerethiányból, szociális és pszichés okokból eredő hátrányok leküzdésének segítése, az egészségi állapotromlás megállítása, a megelőzés szempontjából a problémák kezelése a családok mindennapjaiban, a gyermekvárás és nevelés elérhető legjobb szintjének kialakítása, fejlesztése. A prevenciós tevékenység, (mely zömmel a primer prevenciót érinti) az egészség megőrzésére, fejlesztésére irányul, multidiszciplináris és multiszektorális együttműködést igényel, a multikulturális sajátosságok figyelembevételével. A védőnők családgondozói tevékenységük végzése során kiemelten kezelik a hátrányos helyzetű, ezen belül a roma lakosság gondozását. Szinte napi kapcsolatban vannak velük és ez azt eredményezi, hogy a munkájuk során találkoznak a kulturális, és szociális problémák eltérő és széles horizontjával.

Neményi szerint a védőnők a legközvetlenebb, legtoleránsabb csoportja az egészségügyi teamnek, akik a cigányság ellátásában tevékenykednek.<sup>7</sup> A védőnői munka lehetőségeinek a vizsgálata a probléma feltárásában, a megoldási alternatívák tervezésében, szervezésében, összehangolásában, kivitelezésében döntő fontosságú lehet.

Módszertani gyűjtőmunkával, szakmai műhelyek létrehozásával, az eltérő kultúrákhoz igazodó ellátással, a védőnői családgondozást fejlesztő, konkrét leírásokkal a szakma még sajnos nem rendelkezik, ez a tanulmány is csak próbát tesz erre.

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium 49/2004.(V.21), a területi védőnői ellátásáról szóló rendelete biztosítja valamint a 26/2014 (IV.8.)EMMI rendelet a várandós-gondozásról, hogy a védőnői munka a preventív egészségügy biztos bázisa legyen.

---

<sup>7</sup> Neményi Mária utal erre: Cigány anyák az egészségügyben. [www.mek.oszk.hu](http://www.mek.oszk.hu)

Az „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” adja a védőnői feladatokat:

- mindenkinek egyenlő esély biztosítása az egészséges életkezdethez és az egészség megtartásához,
- életmódbeli, életvezetési problémákból adódó betegségek megelőzése,
- az egészséges életkezdet és gyermekkor biztosítása,
- az önpusztító életmód, a szenvedélybetegségek kialakulásának megelőzése,
- megküzdési stratégiák elsajátítása, lelki segély szolgálatok biztosítása,
- a hiányos információból adódó ismeretek fejlesztése, a prevenciók tevékenységek összehangolása

A védőnői munka *minőségfejlesztési programjában* megfogalmazódott, hogy a védőnői gondozásnak a jövőben jobban kell alapoznia az egyén, a család, és a közösség értékrendjére, kulturális másságára, az egészségmagatartást, az életmódot, szokásokat meghatározó tényezőkre, mert csak ezek ismeretében tud fejlődést, változtatást elérni, elfogadtatni, szemléletet, értékrendet formálni.

Feladatunk a primér prevención belül a saját munkaterületünkön az egészségnevelés, amelynek célja egyéni és közösségi szinten az egészség megőrzése, az egészségkultúra színvonalának növelése, az erre irányuló képességek és készségek, a magatartás fejlesztése, az egészségkárosítás elkerülése, a szervezetet érő külső ártalom csökkentése.

A védőnő munkája során az egyén, a család szükségleteire alapozva látja el feladatát úgynevezett „gondozási tervet”, egészségnevelési programot készít, egyre inkább figyelembe véve az igényeket, vagy éppen az igények felkeltését. A prevenciók magatartás megerősítését, a negatív tendenciák visszaszorításának módszereit a védőnőnek ismerni és alkalmazni, olykor személyesen kidolgozni szükséges.

A szolgálat munkáját egyetlen cél irányítja: a gondozottak egészségének védelme a védőnő által. E cél elérése az optimális egészségi állapot megőrzésével, a betegségek kialakulásának megelőzésével, illetve időben történő észlelésével, szükség esetén intézkedéssel lehetséges. A szakmai feladatok a jövőben új fogalmak, szemléletmód, és módszerek elsajátítását, valamint alkalmazását várja el a szolgálattól.

A védőnő a család intim szférájában keresi fel a gondozottját és ismerve a hétköznapi életüket, hagyományait, szokásaikat az őket leginkább foglalkoztató problémákat, képes kultúra specifikus gondozást, differenciáltabb tanácsadást, szolgáltatást nyújtani<sup>8</sup>.

A védőnői munka tehát zömmel oktató – nevelő – segítő jellegű, lényeges eleme az értelemre és az érzelemre hatás, miközben nem szabad megfeledkezni sohasem arról a célról, hogy a cselekvésre készítés, a magatartás formálás csak a gondozottal és családjával együtt, és nagy-nagy szeretettel valósítható meg.

## **9.2 A hátrányos helyzet és a romák**

A magyar lakosság, benne a halmozottan hátrányos helyzetű népcsoportok egészségi állapota, demográfiai helyzete, életkörülményei szorosan összefüggnek a társadalmi, gazdasági, szociális, iskolázottsági helyzettel. Mindezek alapvetően meghatározzák, és hosszú távon befolyásolják az egészségi állapotot. Az összhalálozás jelentős részét az idő előtti halálozás adja, a kedvezőtlen egészségi állapot mögött elsősorban az életmódból adódó problémák húzódnak meg. Az életmód azonban sok más, az egészségügytől látszólag távolabb eső tényezőtől is függ.

A magyarországi romák évszázados hátrányokat hordoznak, melyet tovább növelt a rendszerváltás óta eltelt időszak, amikor a korábbi, bár alacsony iskolázottsághoz kötődő fizikai és segédmunkát jelentő kereseti lehetőséget felváltotta a tömeges munkanélküliség.

A társadalmi-gazdasági kihívások, változások kezelésére minden réteg, csoport, közösség, család, egyén rákényszerül. Akik nagyobb ismeretekkel, lehetőségekkel, tartalékokkal rendelkeznek, azok tudják könnyebben venni az akadályokat, jobban tudnak alkalmazkodni a változásokhoz. Azoknak pedig, akiknek az erőforrásai szerényebbek, olykor kifejezetten elégtelenek, a helyzete tovább romlik. A romák egészségi állapotának, népegészségügyi helyzetének mutatói még a hazai, nagyon kedvezőtlen mutatóknál is rosszabbak — számos vizsgálat született a romák egészségállapotának a feltárára, ennek dacára jórészt csak következtetni lehet a tényleges helyzetükre. Angyal (2015)

---

<sup>8</sup> Hasonló megközelítés és szemlélet jellemzi a pedagógiai gyakorlatot is, lásd erről: Boreczki Ágnes: Kultúraazonos pedagógia, Új Pedagógiai Szemle 2000.7. 81-92.

A demográfiai adatok arra utalnak, hogy a roma népesség átlagos élettartama a teljes népességnél közel 10-15 évvel rövidebb. Egyes betegségcsoportokban a romák aránya a többségi társadalomhoz képest 5 – 15-szörös. A romák kedvezőtlenebb megbetegedési és halálozási mutatói, a rossz egészségmagatartás és életmódbeli tényezők mellett a szegénységgel és a kultúrából adódó eltéréssel, részben pedig az egészségügyi dolgozók hiányos szocio-kulturális ismereteivel, a másság ellentmondásos kezelésmódjával magyarázhatjuk.

A hazai roma populáció heterogenitásából, nagyságából származó problémák kezelése és a prevenciós munka hatékonyságának fokozása érdekében az egészségügyi ellátó rendszer, kiemelten a védőnői munka egészségfejlesztő- nevelő tevékenység javítása az elsődleges cél. Az eltérő hagyományok, és kulturális értékek a többségi társadalom és a romák részéről is előítéletességet szülnek. A kulturális értékek elismerése mellett az egészségnevelési ismeretek életkornak megfelelő terjedelmű és tartalmú átadása, valamint annak a tudatosítása, hogy képesek vagyunk egészségünk befolyásolására, „egészségtudatos” magatartás kialakítására, elősegítheti a hazai cigányság egészségi állapotának javulását.

A roma/cigány népesség helyzete és problémái hazánkban, az érdeklődés előterében állnak, sok erőfeszítés intézkedés született az egészség állapotuk javítására, de körükben – ahogy említettük – átfogó és részletes kutatás a népegészségügyi helyzetet illetően néhány egyedi kutatást eltekintve nem készült. Nem készült az egészségi állapot feltárására vonatkozó speciális protokoll, hiányzik a javítást, fejlesztést szolgáló módszertan, és eszközrendszer is (Kósa, Lénárt és Ádány 2002).

Új stratégiákkal, a közösség szükségleteire alapozott beavatkozási technikák kidolgozásával, tudományos alapokon kell a hazai hátrányos helyzetű, roma lakosság számára az egészségnevelés módszertanának kidolgozását elkezdni, a roma lakosság egészség- fejlesztése érdekében.

Az Európai Unió irányadó elvei szükségszerűvé tették a Koppenhágai Kritériumok teljesítését, melyek közül meg kell említenünk a kisebbségek jogainak tiszteletben tartását és védelmét, így az egészségvédelmet, egészség állapotának javítását, a szűrő-gondozó tevékenységek megteremtését. Kidolgozásra került az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program”, benne a cigányság életkörülményeinek és egészségi állapotának javítása. A roma népesség egészségügyi esély-egyenlőtlensége csökkentését szolgáló alfejezet a védőnők tevékenységi körét is érinti.



A romák várják az egészségügytől a hatékony és jól adaptálható, a kultúrájuk sajátosságait figyelembevevő egészségfejlesztő módszereket, maguk a védőnők pedig szeretnék a munka hatékonyságát javító akciókat, eszközöket, módszereket megismerni.

### **9.3 A védőnő egészségfejlesztési, nevelési tevékenységének lehetőségei és eszközei**

#### **9.3.1 Családlátogatás**

Az anya-, csecsemő- és gyermekvédelem egyik legjelentősebb megelőző módszere és alkalma a gondozott meglátogatása otthonában. A védőnő munkájának zöme a családlátogatások keretében zajtízik. A családlátogatás során a magánélet legbelső (intim) szférájába kerül. A családlátogatás olyan természetes "védőrendszerbe" juttatja a védőnőt, amibe csak kevesen (a család által meghívott személyek) juthatnak.

A családlátogatás több lehetőséget kínál a védőnői munkához:

- a család hangulata, érzelmi légköre meghittebb, otthonosabb,
- családlátogatáskor csak az "illetékesek" vannak együtt,
- a családban, a saját otthonában a gondozott "biztonságban" érzi magát,
- egyenrangú partnernek tekinti a védőnőt.

Nincs jobb alkalom az egészségnevelő tevékenység végzésére, mint a családi otthon. A roma családokat látogató védőnőnek minden tekintetben felkészültnak kell lennie, hiszen speciális és komplex problémahalmazzal kerül szembe. Ismerni kell a roma lakosság életviteli eltéréseit, kulturális másságát, szociális hátrányait, rossz egészségi állapotát, valamint az azt befolyásoló tényezőket. A szakmai tudáson kívül rendelkeznie kell pedagógiai, pszichológiai ismeretekkel is. Az együttműködés érdekében empátikusnak, türelmesnek és nem utolsó sorban előítélet mentesnek kell lennie. A hatékony eljárásnak arra kell törekedni, hogy kliensünk aktív, nem pedig passzív részese legyen a rá irányuló segítő tevékenységnek. Ennek érdekében célszerű a különböző eljárásokat kombinálni.

A roma családok esetében az egészségnevelésük során leghatékonyabb módszer az egyéni beszélgetés. Nagyon lényeges, hogy a mondanivalónk egyszerű, világos, közérthető és meg-

valósítható legyen. A kommunikáció során törekedjünk a figyelemfelkeltésre. Közbevetett kérdésekkel győződünk meg arról, hogy kliensünk megértette-e azt, amit mondtunk. Engedjük, hogy kérdezzen, hogy fejtse ki véleményét bizonyos problémákról.

A mondanivalónkat mindig támasszuk alá példákkal, és ügyeljünk arra, hogy pozitív példákat onnan hozzunk, ahol az egészségnevelést végezzük, azaz a roma családok életéből. Szükséges a gondozási műveletek bemutatása, gyakoroltatása is. Hatásos módszerként alkalmazhatjuk egészségnevelésük során a videót, a bemutatást, a gyakoroltatást.

A családban történő egészségnevelés során előny, hogy a védőnő partner, és a legközvetlenebb kapcsolat alakul ki a kliens, a gondozott család és közte, illetve a védőnő a családon belül tudja érzékelni azokat a dolgokat, amelyek az egészségnevelés szempontjából fontosak.

A roma családokra, roma nőkre irányuló egészségnevelési munka során támaszkodni lehet a romák alacsony iskolai végzettségével és információhiányával összefüggő természetes véleményelfogadásra, a tájékozott és segítő attitűdű szakember véleményének általuk történő elfogadására. A visszajelzések azonnali és direkt módja mellett az indirekt visszajelzés is megvalósítható. A védőnő a tanácsok, információk folyamatos alkalmazását is tudja kontrollálni, és szükség esetén korrigálni.

### **9.3.2 A védőnői tanácsadás**

Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során a cigány családoknál betegség esetén elfogadható, hogy gyermekeiket elviszik az orvoshoz, a szakvizsgálatokra. Nehezebb a helyzet a védőnő szolgáltatás esetén, — a védőnő a primér prevenció területén tevékenykedik, — amíg baj nincs, nehéz cselekvésre bírni az embereket.

Az egészségnevelő tevékenység esetén fontos a fokozatosság érvényesítése, a családban elkezdett tevékenységre építeni a csoportos, intézményben megvalósítható feladatokat.

Tudnunk kell, hogy a döntési folyamatokban az érzelmi indítékok túlsúlyosak, ezért az érvelő ismeretterjesztés alacsonyabb hatásfokú. A roma emberek számára fontosak az első jelzőrendszer érzékszervi hatásai, ezért előtérbe kerülhet a mozgás, a szín, a szituáció és a gesztus, valamint a térbeli mozgásos viselkedés alkalmazása.

A várakozás idejét a várandós és csecsemő tanácsadáson jól ki lehet tartalommal tölteni, pl. videó vetítéssel, és ezt követően a felmerülő kérdések megbeszélésével. Igyekezzünk, hogy lehetőséget teremtsünk arra, hogy ugyanazt a filmet többször levetítsük

Kiscsoportos (3-5 fő) beszélgetés, mint ismeretátadási forma a tanácsadásokon a várakozási idő kitöltése szempontjából is előnyös. Nagy pozitívuma még, hogy a beszélgetés kapcsán a gondozottak a tapasztalatokat egymásnak a szakember jelenlétében mondják el, és ha szükséges a szakember kiegészíti és kijavítja a hibás információt.

Prioritást kell, hogy kapjon a táplálkozással összefüggő kérdések feldolgozása. A csecsemő-táplálás javítása érdekében még sok a tennivaló, az anyatej jelentőségének propagálása mellett törekedni kell, és időben el kell kezdeni a szolidok bevezetését. A roma nők, anyák számára nagyon hasznos főzési bemutatót, tanfolyamot szervezni, melyen megtanulják a csecsemők számára az ételek készítését.

Írásos anyagok alkalmazása a romák körében kevésbé célszerű, azonban ha az írásos anyag rajzos, képekkel illusztrált formában az új termékek bemutatására szolgál, gyakran alkalmazható. Az írott szöveg állványon való elhelyezése is megvalósítható, bár hatásosabb, ha a kiadványokat célzottan, kiegészítő magyarázattal adjuk kézbe. Később rákérdezhetünk és meggyőződhetünk arról, hogy jól értelmezte, megvalósította-e a kapott tanácsot, ilyen alkalmakkor az elismerés és megerősítés mindig fontos. Nemleges válasz esetén célszerű közösen értelmezni és megbeszélni a kapott tanácsokat, és lassan, folyamatosan rávezetni azokra a dolgokra amelyek a gyermek és saját érdekeit szolgálják (Szél, Székely és Szelesné 1994), (Szél, Szelesné és Székely 1996), (Székely, Szél és Szelesné 1999).

Napjainkban a bölcsődei ellátás nem rendeltetileg előírt feladata a védőnői munkának, de a korai szocializációra való hatás lehetősége segítheti az egészséges életmód kialakítását.

Az első "társadalmi környezet", ahol a roma és nem roma gyermek találkozik, a bölcsőde lehet. A bölcsődei elhelyezés azért is kedvező, mert a gyermekeknél még ebben a korban nem alakul ki a negatív előítélet, így szemléletük megfelelő nevelő hatás mellett pozitív irányba változhat. A cigánygyerekek a bölcsődében elsajátíthatják a társas élet alapjainak kezdeti lépéseit, az alpműveltség elemeit. A bölcsődéskor hatásai meghatározóak a későbbi életkorban és az óvodai élet konfliktusait is jelentősen redukálják. Ez a jövőt jelentheti a szegregációt megismerő gyermekek számára.

A gyerekek tanítása, nevelése játékos formában és a fokozatosság elvét betartva célszerű. A mesélés és a bábjáték a feldolgozandó téma megismerését, elfogadását hasznosan előkészíti. A tanítást végző személyes példamutatása, aktív részvétele szintén lényeges eleme a munkának.

Megfelelő vezetés, gondozói- és nevelőmunka esetén a bölcsődébe járó gyermekek szüleinek szemlélete is sokat változhat. A szülői munkaközösségek együttműködés esetén a lakóhelyi közösség véleményét is befolyásolhatják. Lényeges, hogy a romák érzelmi kapcsolatai a gyermekekkel igen szorosak és erre építve az egészségkultúra olyan területei is fejleszthetők, amelyek egyébként nehezen megközelíthetők. Ugyanakkor a roma kultúra normái és értékei, a roma családok szocializációs mintái, a roma gyerekek családon belüli helye miatt nagyon csekély annak az esélye, hogy az egyébként is kistelepüléseken (ahol nincsenek bölcsődék) élő romák gyerekei bölcsődébe járjanak, hisz az etnikai normák nem engedik ki a gyereket a családból — ez az oka a roma gyerekek alacsony óvodai arányának is.

### **9.3.3 A folyamatos egészségnevelés következő pillére: az óvoda**

A roma gyermekek óvodai nevelése terén az utóbbi időben kedvező fordulat történt. A hátrányos helyzet leküzdésére, a cigány gyermekek felzárkóztatásának biztosítására leginkább az óvodák képesek (Kotnyek 1991). Az óvodai nevelés hiányában pótolhatatlan értékek vesznek el, amelyek a gyermeket alkalmatlanná teszik az amúgy is nehéz iskolai adaptációra. Az óvodai nevelés, szocializáció sikeressége a *folyamatoságban* van, ezért lenne szükséges a gyermekeket három éves kortól óvodában nevelni, de nem szegregált roma óvodában. A vegyes összetételű csoportok alkalmasak a másság megismertetésére, elfogadtatására és befogadására. Az lenne az ideális, ha az óvónő kellő felkészültséggel (romakultúra, a roma gyermekkel való bánásmód ismerete) venne részt ebben a szocializációs folyamatban, illetve a már kialakult előítéletek csökkentésében.

Az óvodapedagógus és a védőnő együttes egészségnevelő tevékenysége látványos eredményre vezethet. Az óvodában a gyermekeknek szóló egészségvédelmi programok negatív élménymentes és diszkriminációmentes megoldása játékos formában a legcélravezetőbb. A

helyes szokások kialakításának a gyermekhez közelállónak és érdekesnek kell lennie. Fontos a közös beszélgetés, egészségmegőrző gyakorlatok bemutatása, megtanítása. A készség szintjének elérése eredményezhet tartós és életre szóló hatást. A védőnő, aki szoros kapcsolatban áll a szülőkkel, ismeri az otthoni körülményeket, hasznosan segítheti az óvodában folyó egészségnevelést.

Az egészségnevelés másik fontos tényezői maguk a szülők. A szülők elérésének lehetőségei között a szülőértekezletek, csoportfoglalkozások, esetleg szülői klubok alkalmasak az aktuális kérdések megtárgyalására, az előítéletek csökkentésére, a másság elfogadására, kezelésének megtanulására. Ugyanakkor az óvodák zsúfoltsága, a még meglévő előítéletek, tehát a roma gyermekek hátrányos megkülönböztetése még ma is jelentős akadály (Andrásfalvy 1994), (Székely, Szél és Szelesné 1999).

#### **9.3.4 Az iskolai egészségnevelés**

Az iskolai egészségnevelés fő feladata, hogy a felnövekvő nemzedéket egészségmagatartásuk formálásával intézményesen felkészítse arra, hogy felnőttként aktív szerepet tudjanak majd játszani életminőségük alakításában, megőrzésében. A fiatalok egészségkultúrájának a fejlesztése több tudományterületen és szakmában tevékenykedők munkáját jelenti. A kompetencia határok nem jelölhetők ki pontosan és egyértelműen. Ebben a helyzetben az iskolaegészségügynek híddá kell válnia az egészségügy és a köznevelés között (Meleg, 2001).

A roma gyerekek szocializációjának egyik tényezője az iskolai nevelés. A védőnő munkáját az iskolában a 26/1997.(IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról határozza meg. A védőnőnek folyamatosan együttműködő kapcsolatot kell kialakítani egyrészt a pedagógusokkal, másrészt a családokkal, hogy a gyermekek egészségkultúrájának szintje emelkedjen, és biztosítottá váljon az egészséges testi és lelki fejlődésük.

A gyermekek személyiség fejlődésének döntő állomása az iskola. Számos probléma merül fel a roma gyermekek iskolai oktatásában-nevelésében. A roma gyermekek többsége az ezzel foglalkozó szakemberek szerint későbbi életkorban jut el az iskolaérettség szintjére, majd részben az eltérő kulturális minták miatt, nehezen illeszkedik be az iskola rendjébe. Nehezíti a helyzetet a rendszertelen iskolába járásuk, a társadalmi helyzetükből és hátrányaikból fakadó szegényes szókincsük, az életvitelükből származó szokások, viselkedésminták.

Az iskolás korcsoport már értelmi úton erősebben befolyásolható, bár még mindig lényeges tényező az érzelmi faktor. A roma gyerekeknél ez utóbbi sokkal erősebben motivál a nem roma tanulókhoz képest, ami összefügg szocializációjuk sajátosságaival is. Az iskolában mutatkozó hátrányok ma elsősorban nem csak anyagi eredetűek, hanem a hagyományos környezet életkörülményeinek a hatásai. Ennek egyik következménye a nyelvhasználat módja, amit nem roma környezetük és az iskola „értelmi képességként”, illetve annak hiányaként kezel. Az ingerszegény környezet, a szociális hátrányok, a zsúfoltság, az eltérő kulturális minták, a kedvezőtlen közegészségügyi viszonyok, az életvitel eltérő időhasználati módja („rendszeratlenség”) figyelhető meg a családok nagy hányadában. Az iskola és a család ellentmondását a gyermek nem, vagy nehezen tudja feloldani.

Az iskola által elvárt analízáló-szintetizáló gondolkodási képesség fejlesztése lehetséges a cselekvéses intelligencia fejlesztésével.

A roma tanulók érzelmi életét vizsgálva is azt tapasztalták, hogy mivel kevésbé érdeklődnek *iskolai* környezetük iránt, nem annyira közlékenyek, különösen absztrakt fogalmak terén. Emiatt sokszor nem tartják őket iskolaérettnek. Az iskolában tevékenykedő védőnő sokat tehet a gyermekekért. Egészségtan órákon - ismerve a gyermekek családi hátterét - interaktív módon a gyermek értelmi szintjének megfelelően kiscsoportos foglalkozásokat tarthat.

Az egészségnevelési feladatok kitüntetett alkalma és lehetősége a védőnői fogadó óra, önálló tanácsadás, ahol „intim” légkörben, lehetőség van a kényesebb és nehezen felvállalható témák (szexualitás, drogprobléma, iskolai problémák és konfliktusok, családi krízishelyzetek) megbeszélésére, feldolgozására. A gyermek sokkal bizalmasabb lehet, mert nem kell tartania az esetleges számonkéréstől, ha elmond olyan dolgokat is, amit a pedagógus részéről nem követhet retorzió. A „nyitott” tanácsadó lehetőséget nyújt a gyermeknek, hogy az iskolától független semleges helyen keresse a védőnőt.

A szokásrendek, a magatartás alakítása mellett, az ellátás kiterjesztése („családi” hétvégék, családlátogatások, gyermekélelmzés, iskolatej, „egészségnapok” és egyéb akciók szervezése stb.) is lényeges védőnői feladat.

A „hasznos esték” (szülő-egészségnevelő találkozások) keretében kell megközelíteniük először a szülőket. Az ismeretterjesztő filmvetítések, közös éneklések, mesélések a felnőttek számára is vonzóak lehetnek. Azt az utat tartják legtöbbször gyümölcsözőbbnek, amikor a roma

szülőket is aktívan bevonják az iskola életébe. Számukra is állandóan tudatosítandó feladat, hogy a tanulásra gyermekeiknek és nekik is szükségük van, mert ez által van számukra kiút a szegénységből. A jobb körülmények között élőknek mindez egyértelmű (Andrásfalvy 1994).

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvénynek a teljeskörű iskolai egészségfejlesztést elősegítő tartalmi elemei.

### **9.3.5 A tudatformálás a prekoncepcionális gondozásban**

A prekoncepcionális gondozás szerint az egészséges gyermek születésének a legalkalmasabb időpontban és körülmények közötti, teljes testi és lelki, szociális felkészülést követően, a rizikótényezők kizárásával, az egészséges életmód eléréséhez szükséges ismeretek és készségek birtokában kell történnie (A védőnő preventív alapfeladatai, 2004). A védőnői gondozásnak a leánygyermeket a születéstől a felnőtté válásig követni kell; a csecsemő- és a gyermekkor után kiemelten gondozva a serdülőkorban lévő leányokat. A jövőjük szempontjából igen fontos az egészséges testi és lelki fejlődés. A prekoncepcionális gondozás témakörébe tartozik a fiatal lányok egészségvédelmi nevelése, a helyesen értelmezett szexuális felvilágosítás. A pedagógusok és más szakterület megfelelő szakembereivel (pl. szülész-nőgyógyász) fontos a jó kapcsolat kiépítése, mert ez pozitív irányba mozdítja el az elérhető eredményeket.

Tervszerűen arra kell törekedni, hogy a roma fiatal tisztában legyen a családalapítás fontosságával, az anyaság jelentőségével, vegye észre magatartásának önmagára és a társadalomra kiható következményeit.

Nem közömbös számunkra az újszülöttek méhen belüli károsodása és a jövő generáció *egészsége*. A betegség az egyén, a család és a társadalom számára csak terhet jelent. Kellő időben történt szemléletformálással a probléma megelőzhető.

## **9.4 Családtervezés**

A családtervezés az ember egyik legszebb célját, a családalapítást, az emberhez legméltóbb tevékenységet a tervezéssel kombinálja. A pozitív családtervezés a gyermekek tudatos és felelősségteljes vállalását jelenti.

A célja, hogy csak a kívánt időben következzen be a gyermekáldás. A párkapcsolatok csak ezáltal lehetnek felhőtlenek, ami a boldog élet egyik feltétele. Cél olyan családmóddal elfogadtatása, mellyel a család a lehetőségeit, kulturális hagyományait figyelembe véve ideális feltételeket teremtve tud kialakítani, ahol szülők és a gyermekeik szükséglete találkozik.

*A kultúra eltérőségéből adódó különbségek*, más elvárásokat, szokásokat és hagyományokat határoznak meg a különböző roma közösségekben. A gyermekek száma, vagy a fogamzásgátlással kapcsolatos nézetek a nemekkel és szexualitással összefüggő elvárások a kultúra jellegzetes sajátossága.

A születésszabályozás, a születésszám alakításának a segítése az egészségnevelés fontos kérdése<sup>9</sup>. Szükséges, hogy az egészségügyi dolgozók beszéljenek a családtervezésről. Egyénre szabott, szükség szerint pozitív, családtervezési vagy terhesség megelőzését szolgáló tanácsokat adjanak. A nem kívánt terhességből sok esetben testileg, lelkileg problémás gyerekek születnek, mely az egész életükre kihat. Ennek megelőzésében a fogamzásgátló módszerek kellő ismerete szükséges. Nem a művi abortusz a megoldás a nem kívánt terhességek ellen. Meg kell keresni a lehetőségeket, hogy a rászorulókat (kórházakban, szakrendeléseken térítésmentesen) ellássák várandósság megelőzésére szolgáló eszközökkel, gyógyszerekkel.

A téma feldolgozása a romák körében elfogadott szokások és hagyományok ismeretében célszerű. Olyan meggyőző modellek bemutatása a legcélravezetőbb, amelyek a közvetlen környezetben fordulnak elő.

## **9.5 Az egészségnevelés tartalmi kérdései**

A modern, jóléti társadalmakban gyorsan változik az emberek életmódja, szokásai, erkölcsi normái. A változások a szervezet adaptációs mechanizmusait nagyon igénybe veszik. Egyre több ember küzd a stressz okozta problémákkal, pl. neurózis, alvászavarok, fóbiák, kényszer-, szenvedély-, pszichoszomatikus betegségek. A halmozottan hátrányos helyzetűek esetében, ahol a tudatlanság, a kiszolgáltatottság, az előítéletek és esetlegesen még a genetikai adottságok, a szokások, tradíciók is nehézségekként jelennek meg. A gazdasági, társadalmi és pszichés szorításból sok esetben nem találnak kiutat és olyan problémamegoldásokat alkalmaznak, amelyek további új problémák megjelenését eredményezik (egészség károsító, önpusztító

---

<sup>9</sup> Lásd e kötetben erre vonatkozóan Fónai — Pénzes írását.



magatartás). A nevelés, az ismeretszerzés, a „magán élettan” segíthet alternatív örömforrások keresésében, egészség ösztönző életforma kialakításában.

Az egészségnevelés kérdései és területei a romák körében a következők:

- személyi- és környezeti higiénia
- egészséges táplálkozás
- dohányzás
- alkoholfogyasztás és alkoholizmus
- kábítószer fogyasztás
- mozgás
- civilizációs betegségek (pl. alvászavarok, szív- és érrendszeri betegségek, allergiák, immun-, daganatos betegségek)
- fertőző betegségek (AIDS, hepatitis, influenza stb.)
- agresszió
- anómia ( társadalmi érték és normarendszer zavara és az élet értelmének elvesztése, a tehetetlenség érzése)

A prevenció magatartás megerősítését, mint a negatív tendenciák visszaszorításának kulcsát a védőnőnek ismerni és alkalmazni kell.

A védőnői tanácsadás, segítségnyújtás legfontosabb jellemzői e területen a következők:

- empátia: megérteni a gondozottat, úgy látni a másik felet, ahogyan önmagát látja,
- értő figyelem alkalmazása: egy olyan folyamat, mely során a védőnő bátorít, igyekszik a tények megragadására, a gondozottaktól hallottakat, érzéseket, amit a gondozott közvetít „visszatükrözi” és verbalizálásával értelmezi,
- előítélet mentesség: a gondozott, tanácsot kérő személlyel kapcsolatban nem bocsátkozik feltételezésekbe, saját meggyőződését, értékrendjét, nézeteit „félre téve” végzi munkáját
- feltétel nélküli elfogadás: elfogadja a másik embert, úgy ahogy az az adott pillanatban megnyilvánul, ítélkezés, minősítés nélkül,
- hitelesség (kongruencia): a verbális és nonverbális kommunikációja összhangban van,
- helyzetfeltárás: információ beszerzés, különböző szempontok felvetése, nyitott kérdések alkalmazása

- elismerés: elismeri a gondozott erőfeszítéseit, tetteit, problémáinak jelentőségét,
- összegzés: összekapcsolja a fontos tényeket, rögzíti a további beszélgetések, feladatok alapját, újra fogalmazza a főbb tényeket, gondolatokat, érzéseket, a kapcsolat, a tanácsadás során elért fejlődését.

## **9.6 A védőnő szerepe a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében (emlőszűrés, méhnyak szűrés)**

Az egészség modellek közül, az egészség hiedelem modell, mint az érték elvárás elmélete segítséget nyújthat az egészségfejlesztési programok, köztük a lakossági szűrési programok hatékonyságának javításához. Az egészség-fenyegetettség valamint az adott program által eredményezett előnyök megélése, a saját kompetencia elfogadása az egészség befolyásolásában, nagymértékben növeli az egyén aktív együttműködését pl. a szűrési programokban. A korai, hatékony kezelés elmaradása sok betegség, különösen a rosszindulatú betegségek esetében jelentősen ronthatja a beteg életkilátásait. Különböző korú, nemű, társadalmi helyzetű, nemzetiségű emberek szűrővizsgálathoz való viszonya nagyon eltérő. Különösen a férfiak szűrőprogramokba való bevonása jár nehézségekkel. Okai sokfélék, így például eddig főleg a nőket célozták meg az ilyen jellegű programok. Másik lehetséges oka a társadalmunkban a férfi "szerep" elvárásai (erős, kitartó, bátor) más akadályozó tényezők mellett nehezíthetik az egészséget támogató programokban a férfiak teljes körű részvételét. A bátorság és erősség mögött meghúzódó félelem megfelelő, speciálisan megfogalmazott tájékoztatással csökkenthető, az egészségtudatos magatartás és életvitel kialakításával javítható az általános egészségi állapot.

## **9.7 Közösségi egészségnevelés települési, kistérségi szinten**

A védőnő munkáját meghatározott földrajzi területen, valamely település meghatározott védőnői körzetében egyre bővülő minőségi környezetben végzi. A szolgálatot az adott település önkormányzata tarja fenn, annak alkalmazottja, vagy vállalkozóként látja el a feladatot. Az egészségügyi alapellátás rendszerének munkatársa, aki szervesen beépül településének egészségügyi, szociális, gazdasági és társadalmi életébe. Minden védőnői szolgálat, minden település más és más önként vállalt feladat teljesítést és társadalmi jellegű munkát, feladatot ró a hivatását szerető védőnőre.

Az önként vállalt feladatok kiegészítik a védőnői munkát, és növelik a védőnő társadalmi presztízsét. Feltétlen fontos a társadalmi és civil szervezetekkel való együttműködés (pl. helyi önkormányzat, lakóhelyi közösség, iskolaszék, Vöröskereszt stb.), így például:

- önszorgató csoportok szervezése, vezetése (a szoptatás propagálása)
- klubok (sport, baba-mama)
- karitatív tevékenység (ruhágyűjtés, pénzgyűjtés)
- Vöröskereszt helyi szervezetének munkájába való bekapcsolódás (akciószervezés, véradás, szűrővizsgálat)
- Környezet- egészségügyi tevékenység (tisztá város akció)
- Intézmények, óvoda, iskola egészségvédő alternatív programjába bekapcsolódás (egészségnap, sport rendezvény)
- helyi tömegtájékoztatás (kábel-TV, helyi újság) tájékoztató ismeretterjesztő munkák vállalása
- nonprofit vállalkozások segítése (természetjárók, ifjúság szabadidős programok)
- helyi vállalkozásokkal való kapcsolattartás (vérnyomásmérés, testtömeg index megállapítás, tanácsadás)

Az előzőekben felsorolt alternatív lehetőségek jól reprezentálják a védőnői tevékenységi lehetőségek széles körét, amelyben a védőnő direkt módon bekapcsolódva indirekt módon végzettségi egészségnevelő tevékenységét a gondozottai egészségkultúrájának javítása érdekében.

## **9.8 Az egészségterv**

Az egészségterv olyan stratégiai terv és cselekvési program, melynek célja egy adott település, közösség életfeltételeinek, életminőségének, s ezen keresztül az ott élő emberek egészségi állapotának javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változásán keresztül. Fontos sajátossága, hogy túllép az egészségügy kompetenciáján, feltételezi az autonóm módon szerveződő közösséget, a saját erőforrások működését, a helyi sajátosságok figyelembevételét. A felelősség vállalása, az önkéntesség, a probléma komplex megközelítése (ok, megoldási lehetőségek) érvényesítendő előfeltételei a sikernek.

Kiinduló pontja az emberek állapotleírása, életfeltételek, életminőséget befolyásoló tényezőinek az ismerete. Az ok-és helyzetfeltárás a szereplők társadalmi–gazdasági és természeti környezetének megismerése, amelyben egy település lakói élnek egyik fontos jellemzője ennek a feladatnak, elemzésnek.

Az okfeltárás és helyzetelemzés része a népesség demográfiai mutatóinak a feltárása (kor, nem, születési, halálozási és egyéb adatok), kommunális szolgáltatás (vízellátás, gáz, hulladékgyűjtés), életmód, mentálhigiénés helyzet, lakáskörülmény, közoktatás, foglalkoztatás, kulturális szolgáltatás, munkalehetőség, a társadalmi egyenlőtlenségeknek, az etnikai kisebbségre vonatkozó adatoknak, valamint az egészségügyi ellátás és a segítő hálózat működésének az ismerete. A valóság említett metszetén kívül az egészség kép fontos eleme a résztvevők észlelései, a szereplők motiváltsága és aktivitása.

A konszenzus megtalálása a siker előfutára. Jól működő és eredményes egészségnevelő tevékenység számos eddig leírt és még a későbbiekben kutatására, kidolgozásra váró tények birtokában képzelhető el (Füzesi és Tistyán 2000).

A védőnő a település, körzet egészségvédő „gazdája” összekötő szerepet tud betölteni a lakosság és a szervezetek között. A helyi tevékenységek szervezése mellett a menedzselés is része a tevékenységének. Felvethet, ösztönözhet egy-egy egészségvédelmi problémát és természetesen a megoldások keresésében, kivitelezésében is aktívan közreműködhet. Az önkéntes aktivisták szervezésében példamutató tevékenységével és agitáló működésével sokat segíthet.

A védőnő a probléma feltárásában, a megoldási alternatívák tervezésben, szervezésben, összehangolásban, kivitelezésben az eredményesség vizsgálatában, az érintett csoport visszajelzésében nagyon hatékonyan tevékenykedhet.

A siker érdekében megítélésem szerint a probléma megoldása kétirányú:

- az előzőekben ismertetett, a roma lakosságot megcélzó tevékenység
- a többségi társadalom tagjainak az informáltságát bővíteni, megismertetni a szocio-kulturális másság lényegét.

Fontos feladat a humán szférában dolgozók tudatos képzése, így a védőnőképzés és prosztgraduális képzés megreformálása és a multikulturális egészséggondozás specializációjának a képzésbe való beiktatása.

## 9.9 Összefoglalás

Az egészségügyi képzések fejlődésével a szakmai elvek között egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a közösség szükségleteire alapozott beavatkozási technikák. Egyre nagyobb az igény olyan egészségügyi szakemberekre, akik a helyi közösségek problémáit megismerve képesek a lakosság egészségi állapotát felmérni és a beavatkozás útjait a közösség helyzetének, kultúrájának, saját erőforrásainak ismeretében kialakítani. A beavatkozás útja a közösség támogató erejének felhasználásával lehetséges.

Az első lépés a felsőoktatásba bevezetni egy olyan képzést, mely a többségi társadalom nyitását szemléletváltását és tudását fogja fejleszteni. A probléma felismerés szakaszából tovább kell lépnünk a megoldások felé. Több ismeret birtokában a helyi szintű egészségfejlesztő egészségtervek kimunkálása a következő lépés.

Az ország versenyképességének egyik jelentős tényezője az egészséges, jól képzett, fizikai és szellemi teljesítőképességének javát nyújtó emberek. Ezért az egészség nem a társadalom és a benne élő emberek célja, hanem alapvető erőforrás.

Az emberek egyéni normáik és elvárásaik alapján, szubjektív módon becsülik fel saját egészségüket. Ezeket az elképzeléseket befolyásolják a saját tapasztalataik, értékítéletük, valamint az, hogy milyen elvárásokat támaszt velük szemben a saját közösségük.

A népességre, ezen belül a roma lakosság többségére jellemző igen rossz egészségi állapot jelentősen befolyásolja a munkaerő mennyiségét, minőségét, magával húzza az egészségügyi és szociális kiadásokat, kedvezőtlenül hat az egyes emberek, családok helyzetére, életminőségére.

Indokolt részletesebb elemzés alá venni e veszélyeztetett etnikai csoportot az egészség szempontjából. Ha a cigányság egészségi állapotát javító intézkedéseket és az egészségnevelésüket tervezzük alapos helyzetelemzés szükséges, a védőnőknek először is a probléma pontos azonosítására, rangsorolására, a teendők meghatározására, az intézkedések megtervezésére és a célcsoporttal való egyeztetések fogantatosítására van szükség. Ennek érdekében fel kell tárni a romák demográfiai helyzetét, jó ismerni a genetikai sajátosságokat, a megbetegedési és halálozási viszonyokat, valamint az egészségmagatartásra vonatkozó sajátosságokat, kulturális eltéréseket.

## Irodalomjegyzék

- Andrásfalvy János : A cigány gyermekek nevelhetősége. *Végeken*, 1994. 3. 27-29.
- Angyal Magdolna: A magyarországi roma/cigány kisebbség helyzete és életkörülményeit befolyásoló tényezők In: Falus András és Melicher Dóra [szerk.], Sokszinű egészségtudatosság, SpringMed Kiadó, Budapest, 2015. 157-167old.
- Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010 Az „Egészség Évtizedének” Népegészségügyi Programja  
<https://www.google.hu/#q=n%C3%A9peg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi+programok+2014>
- Fűzesi Zsuzsanna, Tistryán László: Tervezhető egészség? *Egészségügyi menedzsment* (2.) 2000. 19-22
- Kósa Karolina, Lénárt Beáta, Ádány Róza: A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota. *Orvosi Hetilap*, 2002. 143 (43.) 2419-2426
- Neményi Mária: *Cigány anyák az egészségügyben*, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal, Budapest, 1998.
- Székely Lajos, Szél Éva, Szelesné Kupi Veronika: *Védőnői módszertan*, Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem Főiskolai Kara, Budapest, 1999.
- Szél Éva, Székely Lajos, Szelesné Kupi Veronika: *Védőnői módszertan*, Hajnal Imre Egészségtudományi Egyetem Főiskolai Kara, Budapest, 1994.
- Szél Éva, Szelesné Kupi Veronika, Székely Lajos: Az egészségnevelés új útjai családlátogatásokon. *Egészségnevelés*, 1996. 283-290
- 49/2004.(V.21) Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium rendelet a területi védőnői ellátásáról  
<https://www.google.hu/#q=49+2004+v+21+eszcsm+rendelet+a+ter%C3%BCleti+v%C3%A9d%C5%91i+ell%C3%A1t%C3%A1sr%C3%B3l>
- 26/2014 (IV.8) EMMI rendelet a várandósgondozásról  
<https://www.google.hu/#q=26%2F2014+%28IV.8%29+EMMI+rendelet+a+v%C3%A1rand%C3%B3sgondoz%C3%A1sr%C3%B3l>
- 26/1997.(IX.3.) NM rendelet Az iskola-egészségügyi ellátásáról  
<https://www.google.hu/#q=26%2F1997.%28IX.3.%29+NM+rendelet+Az+iskola-eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi+ell%C3%A1t%C3%A1sr%C3%B3l>

- A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvénynek a teljeskörű iskolai egészségfejlesztést elősegítő tartalmi elemei  
<https://www.google.hu/#q=A+nemzeti+k%C3%B6znevel%C3%A9sr%C5%91+sz%C3%B3l%C3%B3+2011.+%C3%A9vi+CXC+t%C3%B6rv%C3%A9nyek++a+teljesk%C3%B6r%C5%B1+iskolai+eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9st+el%C5%91seg%C3%ADt%C5%91+tartalmi+elemi>
- A védőnő preventív alapfeladatai kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátás ellátásban OTH, (Egészségügyi igazgatás igazgatás védőnői Szakfelügyeleti Osztály 2004) ([www.antsz.hu](http://www.antsz.hu))
- 19/2010. (IV. 22.) EüM rendelet egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeleteknek a védőnői tevékenységgel összefüggő módosításairól (<http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2010/11.pdf>)

ISBN 9789633185872



9 789633 185872