



A folyosó végén

Roma nők a várandósgondozás és szülészeti ellátás rendszerében

Szabó Laura

Veroszta Zsuzsanna

SZABÓ LAURA: KSH Népszégtudományi Kutatóintézet; szabo@demografia.hu

VEROSZTA ZSUZSANNA: KSH Népszégtudományi Kutatóintézet; veroszta@demografia.hu

ABSZTRAKT A roma nők várandósgondozási és szülészeti ellátásának minősége számos szempontból határozottan kedvezőtlenebb, mint a nem roma anyák által kapott ellátás. Az elemzés a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat adatai alapján egyfelől empirikusan igazolt képet nyújt ezen ellátási hátrányok körülményeiről, megnyilvánulásairól a magyarországi várandósgondozási és szülészeti ellátórendszerben. Ezen túlmenően a cél a megkülönböztető bánásmód mögötti hatások azonosítása. A szülészeti ellátás során tapasztalt bánásmódot az anya által hüvelyi szülés során megtapasztalt kontroll, a testhelyzet szabad megválasztása képviseli. Magyarzó modellek eredményei alapján a roma nők kedvezőtlenebb szülészeti ellátása mögött erős társadalmi-gazdasági és strukturális háttérmeghatározottságok azonosíthatók. A kötött testhelyzetben zajló szülésre nagyobb esélye van a fiatalabb, szegényebb nőknek. A fogadott orvossal, családtag jelenléte mellett szülő, a Közép-magyarországi régióban élő anyák esetében kedvezőbbek a szülészeti ellátás körülményei. Eredményeink szerint a kutatási adatok alapján azonosított, a roma nők által tapasztalt kedvezőtlenebb bánásmódot a hazai ellátórendszerben döntően e hátrányos társadalmi-gazdasági tényezők összefüggései okozzák.

Kulcsszavak: roma, szülés, megkülönböztetés, várandósgondozás, szülészeti ellátórendszer

At the back of the corridor

Antenatal and obstetric care for Roma women in Hungary

ABSTRACT In the Hungarian context, the quality of perinatal care for Roma women is in many respects lower than that received by non-Roma mothers. Based on the data of Cohort '18 – Growing Up In Hungary, the study provides empirical validation of these perinatal care disadvantages. In addition, the aim is to identify the effects behind discriminations. The treatment experienced during obstetric care is defined by the control and freedom of choice labour position experienced by the mother during vaginal delivery. Results from explanatory models identify strong socioeconomic and structural determinants behind the less favourable obstetric care of Roma women. Younger, poorer women are more likely to give birth in a constrained position. Mothers in the Central-Hungarian region who give birth in the presence of their private gynecologist and a family member have better conditions for respectful care. Our results suggest that the less favourable treatment of Roma women in perinatal care system identified in the research data is largely caused by the interrelationship of these disadvantaged socio-economic factors.

Keywords: Roma, childbirth, discrimination, perinatal care, maternity care system



BEVEZETÉS

A tanulmány a roma nők gyermekvállalásának tágabb vizsgálati keretébe illeszkedve (Janky 2005; Husz 2011; Szabó et al. 2021), a szülészeti ellátásban tapasztalt különbségekre, kedvezőtlen helyzetre és annak meghatározó tényezőire fókuszál. A roma anyák szülészeti ellátásának kedvezőtlen körülményeiről képet kaphatunk egyfelől interjú kutatások (Neményi 1998; Bodrogi 2006), másfelől pedig egy nagyhatású résztvevő színházi előadás¹ alapján. Elemzésünkben ennek empirikus igazolása mellett a hátrányosan megkülönböztető bánásmód mögött meghúzódó etnikai hatás azonosítására törekszünk, figyelembe véve, hogy a roma nők rosszabb egészségi állapota és egészségi szolgáltatásokhoz való hozzáférése értelemszerűen nem független a teljes roma népességet sújtó társadalmi, gazdasági hátrányoktól.

ELMÉLETI HÁTTÉR

A roma népesség egészségi állapota

A roma népesség kedvezőtlen egészségi állapotáról nemzetközi összehasonlítások (Hajioff – McKee 2000; Masseria et al. 2010; FRA 2013; UNDP/FRA/EC 2014) és több Magyarországon végzett vizsgálat is egyaránt beszámol (Szirtesi 1998; Neményi 1998; Gyukits 2000; Babusik 2005; Lakatos et al. 2007; Kósa et al. 2007; Vokó et al. 2009; Bernát 2014). Ugyanakkor ezeknek a vizsgálatoknak az eredményei többnyire nem tudják a roma népesség teljes reprezentativitását biztosítani, mely mögött számos mérés módszertani sajátosság áll. A vizsgálatok egy része egy-egy kisebb területre fókuszál, de még az országos, kvantitatív jellegű kutatások is – jóllehet törekednek a fő demográfiai szempontok szerint országosan reprezentatív mintát kiválasztani (Babusik 2005) – a roma népesség közül azokat tudják számba venni, akik vállalják roma etnikai hovatartozásukat. Mégis, a mérési nehezítettség és földrajzi behatároltság ellenére a számos kismintás, kvantitatív és kvalitatív jellegű adatfelvételből megrajzolható egy megfontolandó látélet. E megállapítások egyértelműen abba az irányba mutatnak, hogy a romák egészségi állapota kedvezőtlenebb, mint a nem roma népességé (Babusik 2005; Vokó et al. 2009), vagy mint a teljes népesség legalsó jövedelmi negyedbe tartozó csoportjáé (Kósa et al. 2007). Ezt támasztja alá egy 2003-ban elvégzett országos roma vizsgálat, melynek eredményei szerint a roma népesség 6-12-szeres arányban felülreprezentált a teljes népességhez képest a magas halálozási kockázatú betegségcsoportokban (tbc, daganatos megbetegedések, szív- és érrendszeri megbetegedések, magas vérnyomás) (Babusik 2005). E kedvezőtlen számadatokhoz a roma népesség alulinformáltsága, alacsony egészségtudatossága és a szűrési-diagnosztikai szolgáltatások kisebb mértékű igénybe vétele is hozzájárulhat (Gyukits 2000). Különösen problémás a teleszerű, azaz leginkább hátrányos helyzetű körülmények között élő roma népesség egészségi állapota (Kósa et al. 2007), mely egyben a településszerkezeti tényezők jelentőségére is felhívja a figyelmet. A UNDP/ World Bank/EC/FRA (2012) szegregált körülmények között, azaz a leghátrányosabb helyzetű roma közösségek körében gyűjtött roma felmérésének adatai úgyszintén megerősítik, hogy a roma népesség kevésbé veszi igény-

¹ SzívHangok Társulat „Megeshetne másképp...” című előadása. Ismertetését lásd pl. *Színház* folyóirat 2022. júniusi számában



be az egészségügyi szolgáltatásokat. Mindezek mögött egyértelműen szociális-anyagi nehézségek állnak: a szegregált körülmények között élő roma családokban gyakran okoz problémát a szükséges gyógyszerek megvásárlása (Bernát 2014), de emellett kulturális eredetű okok is meghúzódnak (Gyukits 2000). Utóbbi szempontból komoly problémát jelent, hogy a roma népesség alacsony iskolai végzettségéből adódóan sokaknak nehézséget okoz a gyógyszerek használati útmutatójának, az orvosok utasításainak értelmezése, vagy annak betartása (Gyukits 2000).

Roma népesség egészségügyi ellátása

A kutatások és elemzések összességében arra mutatnak rá, hogy a romák rossz egészségi állapota alapvetően összefügg a roma népesség életkörülményeit meghatározó strukturális korlátokkal – ezen korlátok pedig nem függetlenek a romákat érintő diszkriminációtól, szegregációtól és kizárástól (Gyukits 2000; Neményi 1998; Babusik 2005; Lakatos et al. 2007; Marek et al. 2020).

Egy budapesti és borsodi romákkal 1997–1998 között készített interjúkutatás szerint a romák kedvezőtlen egészségügyi ellátásának egyik legfőbb oka, hogy a rendszerváltást követően létrejött, részben piaci alapú egészségügyi rendszerben a romák többnyire csak az alacsonyabb színvonalú – nem fizetős – ellátási formákat tudják igénybe venni. Itt a szociális (anyagi) és etnikai meghatározottság egymás hatásait felerősíti, amennyiben e korlátoknál az etnikai megkülönböztetés is meghatározó tényező (Gyukits 2000). Az egészségügyi személyzet és a romák egymásról alkotott képét vizsgáló, 2003-ban végzett kutatás nemcsak a roma népeiséget kérdezte egészségi állapotáról, illetve az egészségügyi személyzettel, intézményekkel való kapcsolatáról, hanem a védőnők, házi orvosok és orvostanhallgatók véleményét is vizsgálta (Babusik 2005). Az ebből kirajzolódó kép elemei egyebek mellett a települések orvosi ellátottságának elégtelen volta (ezáltal az egyenlő hozzáférés esélyének sérülése); az egészséghez, illetve annak visszaszerzéséhez, továbbá a születésszabályozáshoz való egyenlőtlen hozzáférés; valamint a szakrendelői, kórházi, házi orvosi ellátási szinteken tapasztalt és az önkormányzati-szociális szereplők részéről mért cigányellenesség (Gyukits 2000; Babusik 2005). A romákkal szembeni diszkrimináció megnyilvánulhat abban is, hogy az orvosok nem biztosítanak egyenlő hozzáférést az ügyeleti időben (Babusik 2005). Az egészségügyben megtapasztalt diszkrimináció nagyban csökkenti az egészségügyi vizsgálatokon való részvételt is (Babusik 2005). Marek és munkatársai (2020) 2017-ben félig strukturált interjúk segítségével vizsgálták az egészségügyi dolgozók tudatalatti, romákkal szembeni előítéletességét Budapesten, Baranya és Fejér megyében, összesen 13 megkérdezett körében. E kismintás és földrajzilag behatárolt vizsgálat eredményei a romákkal szembeni kedvezőtlenebb bánásmódot mutatják. A megkérdezettek a várakoztatást, a megváltozott hangnemet, valamint negatív nonverbális kommunikációs elemeket (grimaszokat) emelték ki a beszámolóik során. Még ha az ellátórendszerben alkalmanként megnyilvánuló előítéletesség közvetlenül nem is vezet rosszabb ellátáshoz, közvetve kihathat a roma népesség rosszabb egészségi állapotára, ha a megtapasztalt diszkrimináció miatt nem, vagy később fordul a beteg orvoshoz (Marek et al. 2020).

A három legmagasabb roma lakosságszámú megyében (Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén) 2001 és 2003 között végzett, Roma Egészségi Felmérés részt-



vevői szintén beszámoltak az általuk tapasztalt diszkriminációról (Kósa et al. 2007). Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével kapcsolatos valamilyen diszkriminációról a romák 35 százaléka számolt be, szemben a teljes lakosság 4,4 százalékával. A diszkriminációról beszámoló romák 69 százaléka etnikai hovatartozásának vagy bőrszínének tulajdonította a diszkriminációt.

Roma nők szülészeti ellátása

A roma nők szülészeti ellátását a hazai várandósgondozási és szülészeti ellátórendszer tágabb kereteiben értelmezve figyelembe kell vennünk a kettős praxis és a hálapénz kiemelt jelentőségét e rendszeren belül, amely a 2020-as évektől állt szabályozás alatt², megcélózva utóbbi teljes megszüntetését és előbbi visszaszorítását (Veroszta – Szabó 2021). A kutatási eredmények az ez előtti időszakra vonatkoznak. A fent hivatkozott 1997–98 között zajló interjúk kutatás alapján a szakorvosi ellátáson belül a szülészet-nőgyógyászat területén tapasztalták a roma nők a legtöbb és legsúlyosabb megkülönböztetést és elfogadhatatlan bánásmódot (Gyukits 2000). Gyakori jelzés, hogy a roma nők a nőgyógyászati vizsgálatban, illetve a szülészobán különösen kiszolgáltatottnak érezték magukat, tájékozatlanság miatt nem tudták érdekeiket érvényesíteni, sokszor azt sem tudták, hogy a különféle kezelések során mi történik velük és ezeknek milyen következményeik lehetnek (Gyukits 2000). Ezekből a problémákból a kiutat a megfelelő kommunikáció jelenthetné, amely ahogy látjuk Neményi (1998) és friss adatokon végzett Marek és munkatársai (2020) interjúk kutatásaiból, szintén sok problémával terhelt.

Neményi Mária (1998) a „*Cigány anyák az egészségügyben*” című kötetében a védőnői-szülészeti-nőgyógyászati-gyermekorvosi ellátást igénybe vevő roma nők és a velük foglalkozó egészségügyi dolgozók közötti viszonyt vizsgálta. A 20 egészségügyi dolgozóval, illetve a 80 roma nővel végzett interjú alapján a kutatás arra a megállapításra jut, hogy az érintett felek nem beszélnek egy nyelvet, félreértik egymást, az interakciók hamis interpretációkhoz vezetnek – és mindez az egymás melletti elbeszélés bizalmatlanságot szül, ami csökkenti az egészségügyi ellátás hatékonyságát (Neményi 1998). Neményi úgy találja, az egészségügyi ellátás szereplőinek roma-kepe gyakorta az ösztön-én típusú előítéletekben gyökerezik, miközben a romákkal felvett interjúk azt mutatják, hogy a roma nők tájékozatlanságát, a családtervezés elmaradását, a többségtől eltérő családformációkat és termékenységi magatartást nem a véletlen vagy a tudatlanság, hanem a saját közösségben őrzött tradíciók követése alakítja (Neményi 1998). A kutatás beszédes eredménye, hogy míg a roma nőkkel felvett interjúk a Magyarországon élő romák három nagy csoportját fedték le (oláh cigányok, a beás cigányok és a romungrók), addig az egészségügyi dolgozóknak az interjúk alapján nem voltak ismeretei a roma csoportokról és esetenként eltérő tradícióikról (Neményi 1998).

A várandósgondozáshoz és szüléshez kapcsolódó, roma nőket érintő bánásmód, szolgáltatások során végigtekintve egy 2016-ban megjelent kutatási beszámoló által felvázolt igen ér-

² Az Országgyűlés 2020. október 6-án fogadta el az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló T/13174. számú törvényjavaslatot: Magyarország Kormánya: T/13174. számú törvényjavaslat az egészségügyi szolgálati jogviszonyról. Budapest, 2020. október.



zékletes képre támaszkodunk. A 20, szegregált roma közösségekben élő nővel készített mély-interjú és az ezen alapuló elemzést a Születésház Egyesület munkatársai készítették (Bodrogi 2016). Az interjúfeldolgozás során olyan témákban közvetítették a roma nők szüléshez kapcsolódó tapasztalatait, mint a családtervezés, várandósgondozás, ellátáshoz és információhoz való hozzáférés, személyre szabott gondozási modell, szülészeti beavatkozások, nőekkel való kommunikáció és bánásmód, hátrányos megkülönböztetés, közösségszervezés. A Kohorsz '18 kutatás várandós és féléves adatfelvételi hullámai alapján e tényezők egy része országosan reprezentatív, survey adatokon is vizsgálható, összevetve egymással a roma és nem roma anyák tapasztalatait. Az interjú kutatás alapján (Bodrogi 2016) a gyermekvállalás tervezettségében megmutatkozott a zártabb, hagyományos roma közösségek alacsonyabb tájékozottsága, a korai, nem tervezett anyává válás. A korai szülésekben az általában magasabb gyermekszám mellett a védekezés tájékoztatanságra és anyagi okokra visszavezethető elmaradása is fontos tényező. A roma közösségekben a gyermekvállalás, gyermeknevelés elsősorban a család, azon belül is elsősorban a nők ügye, a férfiak kevésbé vonódnak be e folyamatokba. Ez mutatkozik meg abban is, hogy az interjúk alapján úgy tűnik, hogy a roma nők körében nem feltétlenül a gyermek apja van jelen a szülésnél, hanem a nő anyja vagy más rokona.

A szegregátumokban élő roma anyák kisebb arányban vesznek részt a várandósgondozásban, főként a szakellátásban (Bodrogi 2016). Emögött – például a szakrendelések igénybe vételében – alapvetően hozzáférési, elérési nehézségek állnak, amely jelenthet időbeni (szűkre szabott rendelési idősav, nehézkes tömegközlekedés) vagy anyagi nehézségeket (utazási költségek, utólagos állami visszatérítés mellett is). Ez természetesen kihathat arra, hogy a várandósság alatti szűrővizsgálatok időben le tudnak-e zajlani. A szegregátumokban élő roma nők körében a várandósság alatt az orvosok szerepe leginkább e kötelező vizsgálatok társadalombiztosítás keretében finanszírozott elvégzésére szűkül, a terhességet kísérő magán nőgyógyásznak kevésbé érzik indokoltságát. A védőnők szerepének megítélése az interjúk alapján nem egybehangozóan pozitív vagy negatív, annyi azonban bizonyos, hogy a várandósság alatti ellátások közül ez a szolgáltatás ér el leginkább az anyákhoz. A védőnők a vizsgált szegregált településeken mindegyikére rendszeresen kijártak (Bodrogi 2016). A gondozási rendszer intenzív jelenléte ellenére azonban az interjúk adó roma nők számára az egészségügyben dolgozó szakemberekhez képest sokkal inkább a családban, rokonságban lévő nők, anyák adnak megfelelő támogatást és információt. A szülés körüli beavatkozások tekintetében az interjúk kutatás alapján minden szülő nőt érintett ezen beavatkozások közül valamelyik (pl. oxitocin, gátmetszés, burokrepesztés) és e beavatkozásokat a nők kivétel nélkül rosszul élték meg (Bodrogi 2016). Az anyák körében még a fájdalomcsillapításként esetlegesen kapott oxigénmaszk használatához is negatív tapasztalatok társulnak. A császármetszés aránya a mélyinterjúk kutatásban egynegyedes volt, amely elmaradt az országos, 40 százalék feletti arányoktól. A szüléshez kapcsolódó anyagi terhek, hálapénz kapcsán a mélyinterjúk kutatásba bevont, szegregátumokban élő roma anyák jellemzően úgy látták, hogy a megfelelő ellátáshoz, nagyobb figyelemhez szükséges a hálapénz kifizetése. Külön fogadott (fizetett) orvos azonban az esetek igen kis hányadában vezette a szülést (Bodrogi 2016). A nem megfelelő bánásmód, a szakszemélyzet részéről a kommunikáció hiánya az interjúkból rendre érzékelhető. A legtöbb esetben a szülő nők elhanyagoltnak/elhagyatottnak érezték magukat ebben a helyzetben, nem kaptak megfelelő tájékoztatást, nem kínáltak fel számukra választási lehetőséget, avagy fizikailag magukra hagyták őket. Többen megtapasztalták az elkülönítést a nem roma anyáktól (külön



„cigány” szobába helyezést a „folyosó végén”). Megalázó bánásmódról, hátrányos megkülönböztetésről is többen beszámoltak (Bodrogi 2016).

Bár nem szokványos hivatkozási alap, de e tanulmány megírásához a fő inputot egy 2022-ben bemutatott színházi előadás adta, a SzívHangok Társulat *Megeshetne másképp!* című darabja (rendező: Romankovics Edit), amelyben szomolyai roma nők osztják meg a várandósgondozási rendszerben és a szülészeti ellátásban tapasztalt, különböző művészet- és szocioterápiás módszerekkel, szociodráma-csoportban feldolgozott, személyes élményeiket³. A közösségi színházi előadásba egészségügyi dolgozókat, aktivistákat is bevontak. A szülészeti-nőgyógyászati váróterem terébe elhelyezett előadás a roma nők és a nőgyógyászati-szülészeti ellátórendszer viszonyát mutatja be: a magára hagyottság, diszkriminatív vagy lekezelő bánásmód számos történetben jelenik meg itt is.

Etnikai hatás azonosítása romák egészségmagartatási és ellátási mutatóin

Kutatási előzmények törekszenek azonosítani és elkülöníteni a romák rosszabb egészségi állapota mögötti etnikai és társadalmi tényezőket. Babusik (2005) e tekintetben a szegénység domináns hatása mellett érvel. Eszerint a romák rosszabb egészségi állapotát, az ellátáshoz való kedvezőtlenebb hozzáférést és az ellátás során tapasztalt negatív viszonyulást a szociálisan deprivált, hátrányos helyzetnek tulajdonítja, amely – függetlenül az etnikai hovatartozástól – kommunikációs nehézségeket is hordoz. Mindeközben az orvosi közbeszéd gyakorta nem a szegénységet teszi felelőssé e rosszabb viszonyért, hanem az etnicitást (Babusik 2005). Azt, hogy a diszkrimináció hátterében a rossz szociális helyzet áll, azzal is alátámasztja, hogy épp a leghátrányosabb helyzetű települések maradnak ki leginkább a helyben dolgozó háziorvosok szolgáltatásaiból. Hozzáteve, hogy az ország teljes (becsült) roma népességének 18,6 százaléka él olyan településen, ahol nincs helyben praktizáló háziorvos (Babusik 2005).

Masseria és társai (2010) az ENSZ 2004-es roma kutatásának adatait hasonlította össze romániai (3292 fő), bolgár (2536 fő) és magyarországi (2640 fő) adatfelvételek alapján. Azt találták, hogy függetlenül a fő demográfiai (nem, életkor) jellemzőktől, a roma népesség szignifikánsan nagyobb valószínűséggel számolt be rosszabb egészségi állapotról, mint a környezetükben élő nem roma népesség, szubjektív egészségük, a krónikus betegségeik prevalenciája és a nem higiénikus körülmények miatti betegségfenyegetettség-érzet alapján. Ha azonban a társadalmi-gazdasági státusz változókat kontroll alatt tartották, már nem volt ennyire egyértelmű a különbség romák és nem romák között. Ez esetben a krónikus betegségek prevalenciája csak Romániában volt magasabb a romák körében; míg a nem megfelelő higiéniai körülmények miatti betegségfenyegetettség valószínűsége csak Magyarországon és Romániában volt szignifikánsan magasabb a romák körében. Azaz mind az alacsony iskolai végzettségű és alacsony jövedelmű népesség, mind a romákon kívüli egyéb etnikai kisebbség tapasztal egészséggyenlőtlenséget ezekben a vizsgált országokban (Masseria et al. 2010).

³ Az előadásról bővebb források:

<https://24.hu/belfold/2022/07/17/szomolya-megeshetne-maskepp-szivhang-tarsulat>

https://trafo.hu/programok/szinhaz_szivhangok_tarsulat_megeshetne_maskepp

<https://revizoronline.com/hu/cikk/9667/szivhangok-tarsulat-megeshetne-maskepp-trafo>

Rádai Andrea – Varga Anikó: Regina gyereke. *Színház* folyóirat, 2022. június.



Vokó és munkatársai (2020) a három, legnépesebb roma lakosságú megyében, teleti körülmények között élő roma és nem roma népesség egészségi állapotát 2003–2004-ben vizsgáló kutatásukban is arra a következtetésre jutottak, hogy a magyarországi roma telepeken élők egészségi állapotát erősen befolyásolja a társadalmi-gazdasági státusz. Ez alapvetően megmagyarázza rosszabb egészségi állapotukat, de csak részben magyarázza a kedvezőtlen egészség-magatartásukat. Azaz, a roma telepeken élők egészség-magatartásában mért különbség – miközben szintén erősen összefüggött társadalmi-gazdasági státuszukkal –, e társadalmi-gazdasági státusz kontrollálása után is megmaradt a romák és nem romák között. Például a napi dohányzás esélyhányadosa még az életkor, nem, iskolai végzettség, jövedelem és foglalkoztatás kontrollálása után is magasabb volt a romák esetében (Vokó et al. 2020).

Kutatási kérdés

- Kedvezőtlenebb várandósgondozási és szülészeti ellátásban van-e részük a roma várandósoknak, mint a többségi társadalomhoz tartozó anyáknak?
- A roma anyákat a szülés során érő kedvezőtlenebb bánásmódban kimutatható-e etnikai hatás?

MÓDSZER

Az adatbázis

Elemzésünk a Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézet (NKI) által 2018–2022 között folytatott Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat várandós anyák, majd a féléves gyermekeket nevelő anyák körében zajlott adatgyűjtési hullámainak összekapcsolt adatbázisán elemzi a roma nők várandósgondozási és szülészeti ellátási jellemzőit. A Kohorsz '18 kutatás mintájának kiválasztásakor olyan összetett többlépcsős mintavételi eljárást használtunk, amelynek elsődleges mintavételi egysége a területi védőnői körzet volt. A kiválasztáskor figyelembe vettük a védőnői körzetekben várható születésszámot, az adott körzet földrajzi elhelyezkedését és társadalmi státuszát, illetve a becsült válaszadási hajlandóságot. A kiválasztott körzeteken belül minden, az adott körzetben gondozott várandós a minta része volt. A kutatás terepmunkája 608 területi védőnői körzetben kezdődött el 2018 januárjában, és a kutatásban valamilyen formában résztvevő magzatok száma pedig 8813 fő. A súlyozott adatbázis a 2018. március – 2019. április közötti egyéves időszakban szülő nőkre nézve reprezentatív az anyák iskolai végzettségét, paritását, hivatalos családi állapotát, életkorát, illetve a lakhely fejlettségi mutatóját tekintve. A kutatás módszertanáról, a mintavétel és a súlyozás módjáról a témában megjelent jelentések tájékoztatnak (Szabó et al. 2020; Veroszta 2018; Veroszta et al. 2022a).

A kutatásba bekapcsolódó várandósok felkérését és a várandós, valamint a gyermek féléves korában zajló adatfelvételeket az NKI által erre felkészített körzeti védőnők végezték a mintába került körzetekben, a résztvevők tájékoztatását és írásos beleegyezését követően. A válaszadó az első adatfelvételi hullámban a 24–28. terhességi hétben lévő várandós, a gyermek féléves korában pedig ugyanő, azaz immár a vér szerinti anya (hiánya esetén a gyermek



más elsődleges gondozója), a mintatag gyermek 6 hónapos korát megelőző egy, és azt követő háromhetes időszakon belül. Mindkét személyes lekérdezési hullám esetében a védőnők által felvett kérdőívek mellett a válaszadó anyákat önkitöltős kérdőívek kitöltésére is kértük. Az anyák etnikai hovatartozását ezzel a mérőeszközzel rögzítettük a féléves lekérdezési szakaszban. Az elemzés céljából az anya szintű longitudinális adatbázisból ($n = 8242$) kizárára kerültek azok az esetek, melyekben nem a gyermek vér szerinti anyja volt a válaszadó, avagy a féléves gyermeket nevelő vér szerinti anya nem válaszolt a nemzetiségre vonatkozóan feltett kérdésre ($n = 437$). A legmagasabb elemszám, amelyen az elemzés készült (az átfedő adathiányokat is figyelembe véve) $n = 7805$.

Roma etnikum operacionalizálása: elméleti megközelítések és technikai problémák

A szakirodalomban a roma népesség meghatározása vagy öndefiníció alapul vagy külső minősítésen. Az önbevalláson alapuló megközelítések a megkérdezettek kinyilvánított identitáson nyugszik, legyen szó elsődleges, másodlagos, vagy többes identitásról és nyelvi azonosság-tudatról. A külső besorolás esetén a roma népesség környezetében élő helyi szakemberek, önkormányzati ügyintézők, politikusok vagy kérdezőbiztosok előre meghatározott, és szükségszerűen nem azonos szempontokat alkalmazva sorolják be az érintetteket bizonyos etnikum alá.⁴ A 2011-es országos népszámlálások az önidentifikációt használták (KSH 2011) és a Kohorsz '18 kutatásban az NKI is ezt a gyakorlatot alkalmazta.⁵

Eszerint a válaszadóknak nem egyetlen nemzetiségi hovatartozást megjelölő kérdésre kellett válaszolniuk, azaz nem csak egy identitást választhattak, hanem lehetőség volt a másodlagos identitás megnevezésére is. Ezeket a kérdéseket a kutatás önkitöltős részében tettük fel a féléves lekérdezési szakaszban, a válaszadás azonban nem volt kötelező. A kérdések pontos megfogalmazása az alábbi volt: „Mely nemzetiséghez tartozónak érzi magát?“, majd „Az előző kérdésnél megjelölten kívül tartozik-e másik nemzetiséghez is?“ A válaszlehetőségek (a nemzetiségek és elnevezéseik) szintén megegyeztek a népszámlálásban szereplő kategóriákkal (KSH 2011). A Kohorsz '18 kutatásban az anyák 93 százaléka vallotta magát magyar nemzetiségűnek (91 százalék elsődlegesen magyar nemzetiségűnek) és 7 százaléka vallotta magát cigány (roma) nemzetiségűnek (3 százalék első nemzetiségként választotta e kategóriát). A megkérdezettek 5,4 százaléka nem nyilatkozott (Veroszta et al. 2022b). A roma és nem roma válaszadók összevetése során figyelembe kell vennünk, hogy a feltárt különbségek csak a nemzetiségüket megjelölő roma és nem roma népességre vonatkoznak. Elképzelhető az is, hogy

⁴ Az eddigi roma népességszámbecsléseket, kutatási eredményeket és termékenységi viszonyokat bemutató elemzéseket áttekintve véleményünk szerint az önidentifikáció és külső minősítésen alapuló roma népességszám-becslés közötti különbség 1,5-2-szeres lehet.

⁵ A népszámlálási adatok alapján végzett roma népességszám-meghatározás korlátait itt nem tárgyaljuk, ezt korábban többen és részletesen kifejtettük (Kalibova 2000; Durst 2011; Husz 2011; Messing 2014; Kushen 2015). Véleményünk szerint a népszámlálással elért roma népesség körében, ha nem is teljeskörű, de több fontos demográfiai kérdés is elemezhető (Szabó et al. 2021; Obádovics et al. 2019; Kapitány et al. 2013, 2014; Spéder et al. 2018, Szabó 2022).



azok a roma nők, akik nem adták meg nemzetiségüket vagy (csak) magyarnak vallották magukat, nem különböznek a nem roma népességtől a vizsgált szempontok szerint.

Az elemzés további szakaszaiban a roma nemzetiség és etnikum fogalmakat egymással felcserélhetőként használjuk, a fenti kérdésre vonatkozóan.

Kimeneti változók: várandósgondozás és szülészeti ellátás

A tanulmány leíró részében a hazai várandósgondozás és szülészeti ellátás minőségmutatói alapján követjük végig a romák és nem romák ellátása közötti esetleges eltéréseket. A változók kiemelésre nagyban támaszkodtunk a fent hivatkozott interjúkutatásban (Bodrogi 2016) felmerült szempontokra.

A várandósság időszakából a Kohorsz '18 kutatás első hullámában, a várandós anyák körében felvett kérdőívek adatai közül a következőket emeljük ki és ezeket az alábbiaként definiáljuk.

Az asszisztált reprodukcióval támogatott várandósság kétértékű változója jelzi, hogy a válszadót adott várandósságához hozzásegítette-e bármilyen jellegű orvosi vagy nem orvosi kezelés. A gyermekvállalás tervezettségének változójában a nem tervezett várandósságok a nem kívánt és a kívántnál előbb bekövetkezett várandósságokat egyaránt magukba foglalják. A védőnői várandósgondozásba történt belépés idejére vonatkozó információ a védőnőktől származó, a várandósgondozási könyvben szereplő adatokon alapul. Megkésett várandósgondozásba vételnek tekintettük a várandósság 2. trimeszterében, azaz a 11. hét betöltését követően megkezdett védőnői várandósgondozást. A várandósgondozási diagnosztikai vizsgálatok elvégzését a második trimeszter végéig kódoltuk kétértékű változóba. A várandósgondozási protokollnak megfelelően a laboratóriumi vizsgálat, ultrahangvizsgálat és a terheléses cukorvizsgálat megvalósulását építettük be ebbe a változóba, időben megvalósultnak kizárólag azokat az eseteket tekintve, ahol mindhárom vizsgálat az előírt időn belül lezajlott. A nőgyógyászati várandósgondozás finanszírozási formáját háromértékű változóba kódoltuk aszerint, hogy a várandósok ellátására kizárólag magán nőgyógyászati rendelés, TB-támogatott rendelés, avagy ezek kombinált formája keretében került sor.

A szülés lezajlásáról az anyákat a Kohorsz '18 kutatás második adatfelvételi hullámában kérdeztük, a gyermek fél éves korában. E témakörben az alábbi változók kialakítására és beemelésére került sor.

A szülés lezajlását tekintve a hüvelyi úton zajló szülések mellett a császármetszések két – tervezett és előre nem tervezett – típusát különböztetjük meg. A választott (fizetett) szülészorvos jelenlétét a szülésnél kétértékű változó jelzi. Az apa vagy más családtag jelenlétét a szülésnél szintén kétértékű változóba kódoltuk. A szülés lezajlásának szubjektív értékelése három kategóriát tartalmazó változó. A testhelyzet megválasztásának szabadságát a szülés során szintén ebben az alcsoportban – a hüvelyi szülések esetében – vizsgáltuk. Az elemzés leíró részében háromértékű változóval dolgozunk aszerint, hogy az anya a szüléskor vajúdási és kitolási testhelyzetének megválasztására mennyire kapott lehetőséget.

A fenti szempontot – a vajúdási és kitolási testhelyzet szabad megválasztását hüvelyi úton történt szülések esetében – a magyarázó célú vizsgálat kimeneti változójának választottuk. Emögött a tényező mögött ugyanis olyan, az ellátás minőségét jelző szempontot érzékelünk,



amely elsősorban attitűd-, bánásmód-függő és nem feltétlenül az ellátóhely technikai felszereltsége befolyásolja. A testhelyzet megválasztását a nő saját szülésének lefolyása felett gyakorolt kontroll lehetőségeként értelmezzük. A szülészeti ellátást nyújtók szerepe e tekintetben igazoltan kihat az anya szülésélményére és későbbi jóllétére (Green – Baston 2003). A hazai kutatási irodalom a testhelyzet szabad megválasztásának – a szülő nő számára biztosított egyéni kontrollnak – szimbolikus jelentőséget tulajdonít, amely amellett, hogy a WHO irányelveihez igazodik (WHO 2009), a tiszteletteljes bánásmóddal azonosítható (Szebik et al. 2018). Ebben a kontrollhiányos helyzetet képviselő kontextusban használjuk a továbbiakban a kötött testhelyzetben zajlott szülés változóját. Regressziós elemzésünk függő változója a szülési testhelyzet kétértékű változója, ahol az (1) érték jelöli, hogy a nő nem választhatta meg szülési testhelyzetét, megmondták neki, hogy milyen testhelyzetben kell lennie; míg a (0) érték jelöli, hogy megválaszthatta a testhelyzetét, csak javaslatokat kapott a lehetőségekről, illetve ide soroltuk azokat az eseteket is, amikor a nő csak a vajúdási testhelyzetet választhatta meg, a kitolási testhelyzetet nem.

Az elemzés magyarózó változói

A magyarózó modellben az ellátórendszer hatását a fogadott orvos jelenléte képviseli a szülésnél. A demográfiai háttérváltozók hatását az anya életkora szüléskor (20 év alatt vagy legalább 20 éves), a paritás (legalább 3 vagy kevesebb gyermek) és a párkapcsolati helyzet szüléskor (házas vagy sem) képviseli. A társadalmi-strukturális hatás változók az iskolai végzettség (legalább szakmunkás szint vagy alacsonyabb) és a család szubjektív jövedelmi szintje (kedvezőtlen vagy sem). A kontextuális települési hatás mérésére alkalmazott változók a településméret (1000 fő feletti vagy alatti lakosságszám), a működő szülészeti osztály a településen és a fejlettségi régió^{6,7} (Közép-Magyarország régió, fejlett vidéki megyék és kevésbé fejlett vidéki megyék).

Alkalmazott módszerek

A tanulmány leíró részében a várandósgondozás és szülészeti ellátás roma és nem roma anyák közötti különbségeit vizsgáljuk, bináris összefüggések elemzésével. A két csoport ellátása során mért eltérések szignifikanciáját F-Anova-próba és Welch-próba alapján teszteljük.

A roma etnikai háttérnek a szülés lefolyására (a testhelyzet megválasztására) gyakorolt önálló hatásának becslésére logisztikus regressziós modelleket használtunk. A háttérváltozók kiválasztását a rendelkezésre álló változókészlet mint adottság mellett a szakirodalomban fellelt, igazolt hatótényezőkre alapoztuk. A kontrollváltozókat lépcsőzetesen, Enter-funkcióval léptettük be a modellbe, utolsó lépésben vonva be az interakciós hatásokat.

⁶ A fejlettségi besorolás alapjául az egy főre jutó megyei GDP-t vettük alapul. Ez alapján a fejlettebb megyék közé került Bács-Kiskun; Csongrád; Fejér; Győr-Moson-Sopron; Komárom-Esztergom; Tolna; Vas; Veszprém és Zala. A kevésbé fejlett megyék a következők voltak: Baranya; Békés; Borsod-Abaúj-Zemplén; Hajdú-Bihar; Heves; Jász-Nagykun-Szolnok; Nógrád; Somogy és Szabolcs-Szatmár-Bereg (Veroszta 2018).

⁷ A kontextuális változók a várandósság 7. hónapjában érvényes lakóhelyre vonatkoznak. A várandós adatfelvételből kimaradt, féléves szakaszban csatlakozó válaszadók adatai ezen változókban nem jelennek meg.



EREDMÉNYEK

Különbségek a várandósgondozásban és szülészeti ellátásban – leíró eredmények

A várandósgondozás esetében a roma és nem roma anyák között már a terhesség létrejöttének valószínűségében is különbség mutatkozik, amennyiben a nem roma anyák várandósságát nagyobb arányban segítette valamiféle beavatkozás, asszisztált reprodukciós eljárás. A romák körében szignifikánsan alacsonyabb az asszisztált reprodukcióval létrejött terhességek aránya, mint a nem romák között: 3,4 százalék szemben a 8,1 százalékkal. A várandósság tervezettségében a roma anyák szignifikánsan nagyobb hányada nem tervezte, vagy későbbre tervezte volna várandósságát. A roma anyák terhességeinek igen magas aránya, több mint fele volt nem tervezett. A védőnői várandósgondozásba vétel tekintetében a megkésett, második terhességi trimeszterre csúszott gondozásba vétel nagyobb arányban jellemzi a roma etnikumú anyákat. Közülük 47 százalék, míg a nem roma várandósok között csak 26 százalék volt azok aránya, akik a betöltött 12. hét után keresték fel a védőnőjüket. A várandósgondozás lényeges elemének tekinthető szűrővizsgálatok a roma anyák esetében szignifikánsan nagyobb arányban tolódnak ki, illetve nem valósulnak meg az előírt időben (11,8%) mint a nem roma várandósok esetében (3,4%). A roma várandósok emellett a nőgyógyászati várandósgondozási szakrendeléseket sokkal gyakrabban veszik igénybe kizárólag TB által finanszírozott formában (85,8%) mint a nem roma nők (35,4%). Kizárólag magán nőgyógyászati rendelésre a roma nők alig egyhuszada jár terhessége alatt (5,1%), míg ennek aránya a többi várandós között majd egyharmados (32,7%). Az 1. ábrán bemutatott bináris összefüggések mindegyike szignifikáns $p = 0,000$ szinten (F-Anova-próba, Welch-próba).

A szülészeti ellátásra vonatkozó adatokat a féléves gyermekeket nevelő anyákkal felvett kérdőívek válaszai alapján elemezzük. A válaszadók 65,5 százaléka jelezte, hogy az apa vagy egyéb ismerős, családtag jelen volt a szülésnél (ebből 59,2 százalék volt az apás szülés). Az apával, más családtaggal vagy ismerőssel szülés gyakorisága azonban a roma nők körében enélkül jóval alacsonyabb, 40,0 százalék. (Az apás szülések gyakorisága ezen belül 61,2 százalék volt a nem roma és 28,1 százalék a roma nők körében.) A Magyarországon zajló szülések esetében tapasztalható igen magas, 43 százalékos császármetszési arány kevésbé érinti a roma anyákat. Amellett, hogy körükben magasabb a hüvelyi úton szülők aránya, a császármetszések kisebb gyakorisága mögött a tervezett beavatkozások kisebb aránya áll. Az előre nem tervezett – sürgősségi – császármetszések gyakorisága a roma és nem roma nők körében nem tér el szignifikánsan (22,4–24,4 százalék). A roma nők esetében a várandósgondozás nagyobb kötődése a TB támogatott ellátásokhoz párhuzamba állítható a választott szülészorvos lényegesen alacsonyabb arányával. A 2018–2019-ben zajlott szülések⁸ több mint felénél, 52,6 százalékánál volt jelen „fogadott orvos”, amely lényegében a magán nőgyógyászati ellátás kiterjesztése a kórházi szülésekre. A romák esetében a szülések mindössze 15 százaléka zajlott fizetett szülészorvos jelenlétében. A szülés lefolyásának nem orvosi dimenziója az a bánásmód, amelyet az anyák a szülésük során megtapasztalnak. E tekintetben a kutatás során feltárt adatok ösz-

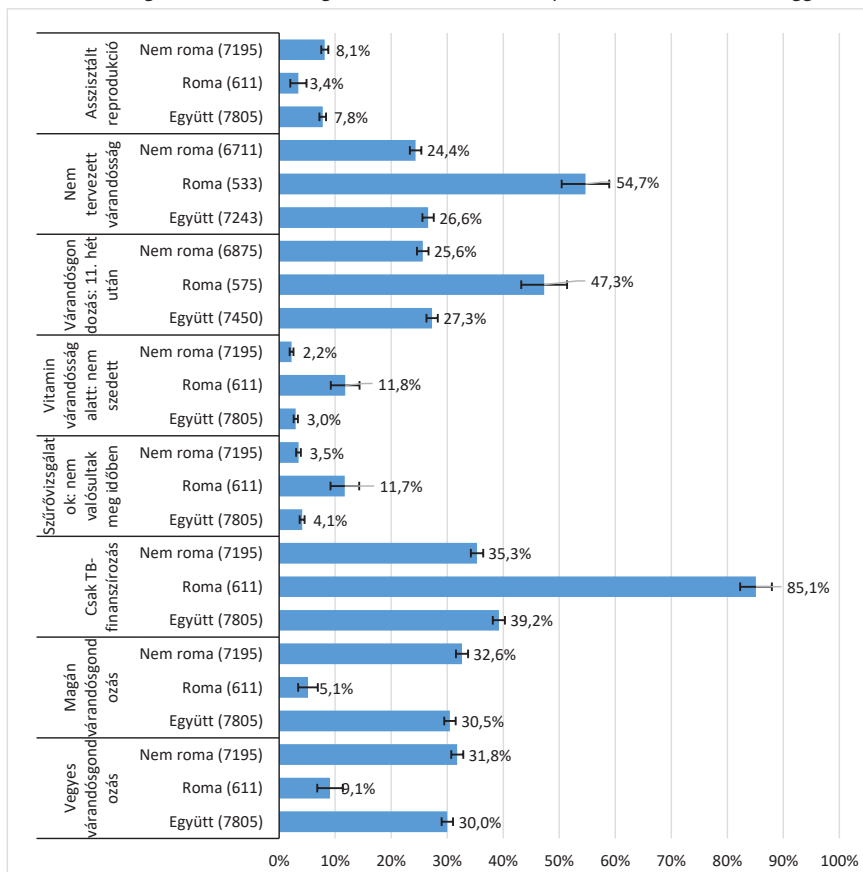
⁸ Ezek az arányok jelentősen átrendeződnek az egészségügyi szolgáltatási jogviszonyról szóló T/13174. számú törvény életbe lépésével, melyet az Országgyűlés 2020. október 6-án fogadott el.



szecseneknek a gazdag interjú tapasztalatokkal. A hüvelyi szüléssel szült nőkre szűkítve az elemzést azt találjuk, hogy a roma anyák esetében szignifikánsan nagyobb arányban zajlik kötött pozícióban a szülés, 61,3 százalékuknak szabták meg mind a vajúdsági, mind a kitolási testhelyzetet. A nem roma nők közül mindössze 40,6 százalék számolt be erről. A testhelyzet megválasztásának teljes szabadsága a szülés lefolyása során a hüvelyi úton szülő anyák alig egyharmadát érinti, de a romák körében ez az arány egynegyed alá esik. Még a vajúdsági testhelyzetük megválasztásában is kedvezőtlenebb az ő helyzetük, mindössze 15,3 százalékuk dönthetett erről szabadon (kötött kitolási testhelyzet mellett), a nem roma nők 26,2 százalékos arányához képest. Az elemzés további lépéseként az e tekintetben tapasztalt eltérések háttértényezőit tárjuk fel.

1. ábra

A várandósgondozás különbségei roma és nem roma anyák között. Bináris összefüggések



Forrás: Népszégtudományi Kutatóintézet – Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Várandós és fél éves adatbázis.

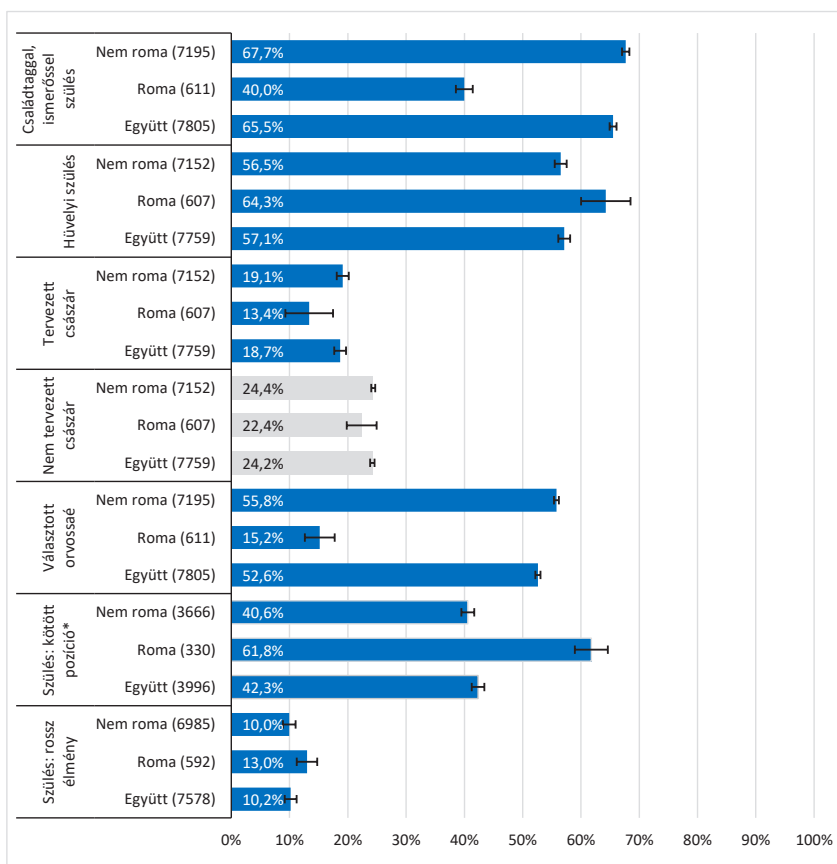
Megjegyzés: Esetszámok zárójelben feltüntetve. Az összes változó értékelése szignifikánsan eltér a roma és nem roma nők között.



A fenti jelentős különbségek alapján azt várhatnánk, hogy a roma nők többsége elégetlenségét fejezi ki a kapott szülészeti ellátás minőségével. Ehhez képest nem térnek el a többségi anyáktól abban, hogy a nők kétharmada számára a szülésük megfelelően zajlott le, tehát összességében elégedettek. A roma anyák esetében a rossz szülésélmény kissé magasabb (13 százalékos) aránya viszont mutat némi eltérést a többiektől. A 2. ábrán késsel jelzett bináris összefüggések mindegyike szignifikáns $p = 0,000$ szinten (F-Anova-próba, Welch-próba). A szürkével jelzett változó esetében nincs statisztikailag szignifikáns különbség a roma és nem roma nők értékelése között.

2. ábra

A szülészeti ellátás különbségei a roma és nem roma nők értékelése alapján. Bináris összefüggések



Forrás: Népeségtudományi Kutatóintézet – Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Várandós és féléves adatbázis.

* Hüvelyi úton szült nők körében

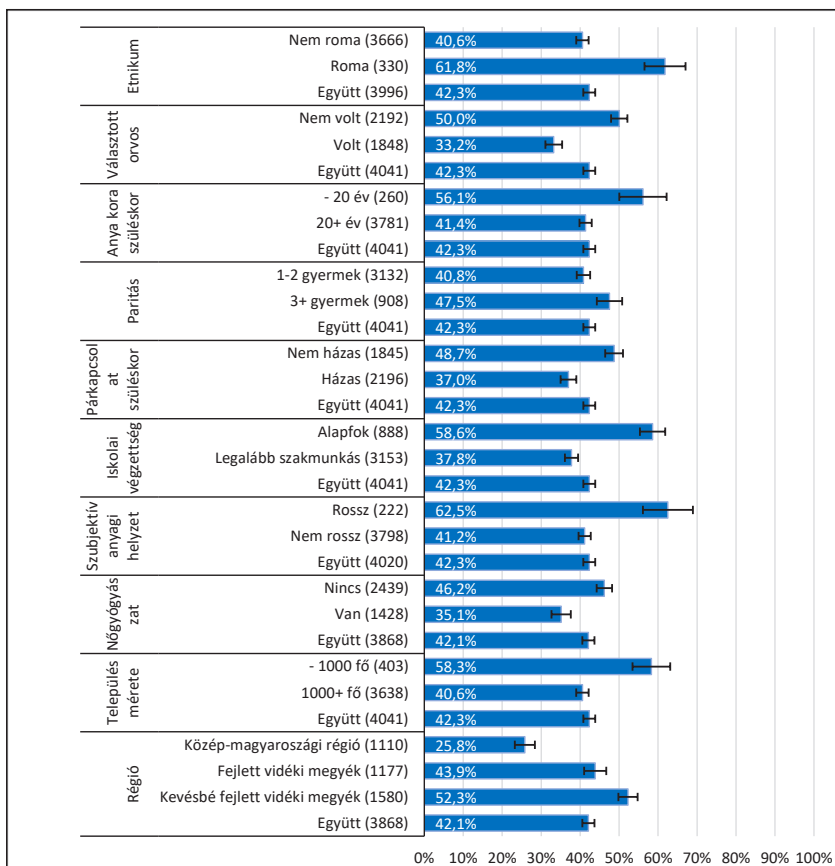
Megjegyzés: Esetszámok zárójelben feltüntetve. A szürke hasábkokkal jelzett csoportok között nincs szignifikáns különbség, a késsel jelzett hasábkok esetében az összes változó értékelése szignifikánsan eltér a roma és nem roma nők között.



A hüvelyi úton szült roma nők körében tehát szignifikánsan magasabb – közel kétharmados! – volt azok aránya, akik nem választhatták meg se vajúdási, se kitolási helyzetüket a szülés során. Ez azonban nem feltétlenül jelent etnikai alapú hátrányos bánásmódot. Háttérváltozók elemzése alapján jól látszik ugyanis, ahogyan a szülészeti ellátásban megtapasztalt bánásmód társadalmi háttér – iskolai végzettség, anyagi helyzet – függvényében is jelentős különbségeket mutat (3. ábra). Mindemellett a kontextuális tényezőknél is minden bizonnyal jelentős szerepük van az ellátás minőségében: a Közép-Magyarország régióban, a jobban ellátott településeken élő nők közül szignifikánsan kevesebben mondták, hogy nem választhatták meg testhelyzetüket a vajúdás és szülés során.

3. ábra

A kötött testhelyzetben zajlott szülések aránya az anya szociodemográfiai jellemzői szerint
Hüvelyi úton szült nők körében



Forrás: Népszégtudományi Kutatóintézet – Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Várandós és fél éves adatbázis.

Megjegyzés: Esetszámok zárójelben feltüntetve. Az összes változó értékelése szignifikánsan eltér az adott csoportok között.



Etnikai háttér hatása a szülés lefolyására – magyarázó modellek

A fenti leíró adatok alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy nemcsak a roma etnikai háttérű, hanem a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági körülmények között élő nők is kedvezőtlenebb elbánásban részesülnek a szüléseteken. Hüvelyi szülés esetén szignifikánsan kisebb eséllyel választhatják meg a nők vajúdási és szülési testhelyzetüket. Mivel a társadalmi-gazdasági-demográfiai helyzetet leíró változók egymással erőteljesen összefüggenek, szükséges megvizsgálnunk, hogy a roma etnikumot érintő kedvezőtlenebb bánásmód mögött mennyiben áll társadalmi-gazdasági háttérhatás. Vajon a roma nők számára az ellátórendszer szülés-kor azért biztosít kevesebb választási lehetőséget, mert ők többnyire fiatalabbak, alacsonyabb iskolázottságúak, alacsonyabb jövedelműek, kedvezőtlen települési háttérűek, és gyakorta nincs választott szülészorvosuk? Avagy – mindezen tényezőktől függetlenül is – éri hátrány a roma nőket a szülészeti ellátás során?

A kérdések megválaszolására a hüvelyi szüléssel szült roma és nem roma nők körében a fenti társadalmi-gazdasági-demográfiai tényezőket kontroll alatt tartva vizsgáljuk a kötött testhelyzetben lezajló szülés esélyét (szemben azzal, hogy a nő megválaszthatta a szülési vagy legalább a vajúdási testhelyzetét). A regressziós modellt úgy építettük fel, hogy egymást követő lépésekben vontuk be a roma etnikai háttér (1. modell) mellett az egyes háttérjellemzőket, úgy, mint: választott szülészorvos jelenlétét a szülésnél (2. modell); az apa vagy egyéb családtag, ismerős jelenlétét a szülésnél (3. modell); az anyai demográfiai jellemzőket (4. modell); a család társadalmi-gazdasági státuszát (5. modell); végül a kontextuális/területi jellemzőket (6. modell). Utolsó lépésben a roma etnikai háttér és a kontextuális/területi háttérmutatók interakciós hatását is beemeltük a modellbe (7. modell). A regressziós modell egyes lépéseinek kimeneteit a Mellékletben mutatjuk be.

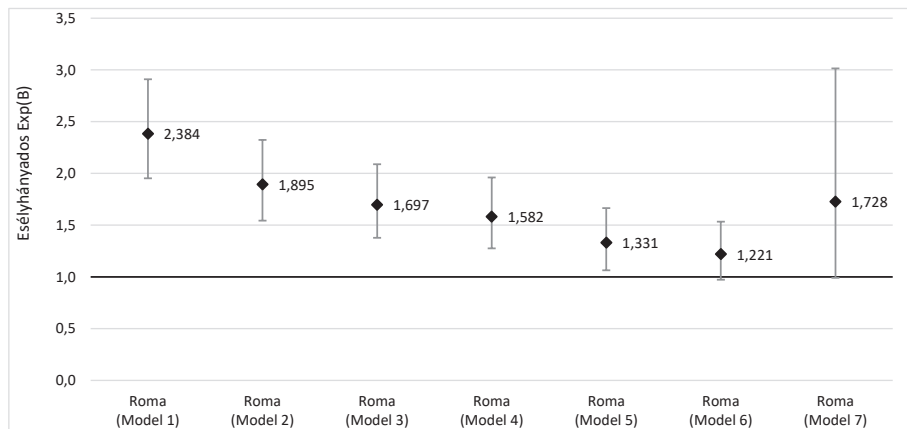
A szülési testhelyzet megválasztására az anya etnikai háttere az 1-5 modell alapján az ellátórendszer, a szülésnél nyújtott családi, baráti támogatás, a demográfiai és SES változók hatása mellett is szignifikáns hatással bír (4. ábra). Ez az önálló etnikai hatás a területi/települési kontextuális jellemzők bevonásával szűnik meg, a 6. modellben (OR=1,221, $p=0,148$), azaz amikor olyan tényezőknek a hatása is kontroll alá kerül, mint hogy működik-e a nő lakóhelyén szülészet (OR=0,925, $p=0,334$), a nő lakóhelye 1000 fő alatti kistélepülés-e (OR=1,234, $p=0,075$), illetve a lakóhely földrajzi elhelyezkedése a régiós besorolás szerint (a közép-magyarországi lakóhely esélyhányadosa OR = 0,514, $p=0,000$; míg a kevésbé fejlett vidéki megyei lakóhely esélyhányadosa OR = 1,239, $p=0,008$). Ezek az önálló területi fő hatások akkor is szignifikánsak maradnak, amikor az etnikai háttér és területi jellemzők közötti interakciós hatásokat kontroll alatt tartjuk. A regresszió ezen 7. lépése, azaz az interakciós hatások bevonása nem javított szignifikánsan a modell illeszkedésén (nincs szignifikáns változás a $-2LL$ értékében). A roma etnikai háttérhez tartozó esélyhányados értéke ebben a modellben OR = 1,728, $p=0,106$, azaz az etnikai hatás nem szignifikáns.



4. ábra

A roma etnikai háttér és a kötött szülési testhelyzet kapcsolata, az anyai szociodemográfiai jellemzők által kiigazítva, a hüvelyi szüléssel szült nők körében

A roma etnikai háttér logisztikus regressziós együtthatója a konfidencia intervallumokkal



Forrás: Népszégtudományi Kutatóintézet – Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Várandós és fél éves adatbázis.

Megjegyzés: Model 1: roma etnikum; Model 2: Model 1 + választott szülészorvos van jelen a szülésnél; Model 3: Model 2 + apa, család, barát jelen van a szülésnél; Model 4: Model 3 + anya szüléskor 20 évesnél fiatalabb; házas; három vagy több gyermeke van; Model 5: Model 4 + anya alacsony iskolai végzettségű, háztartás szubjektív jövedelmi helyzete rossz; Model 6: Model 5 + van szülészet a településen, anya 1000 főnél kisebb lakosságszámú településen él, lakóhely régiója; Model 7: Model 6 + roma etnikum keresztartása a lakóhely településének népességszámával és a lakóhely régiójával. A modell-statisztikákat lásd a Mellékletben.

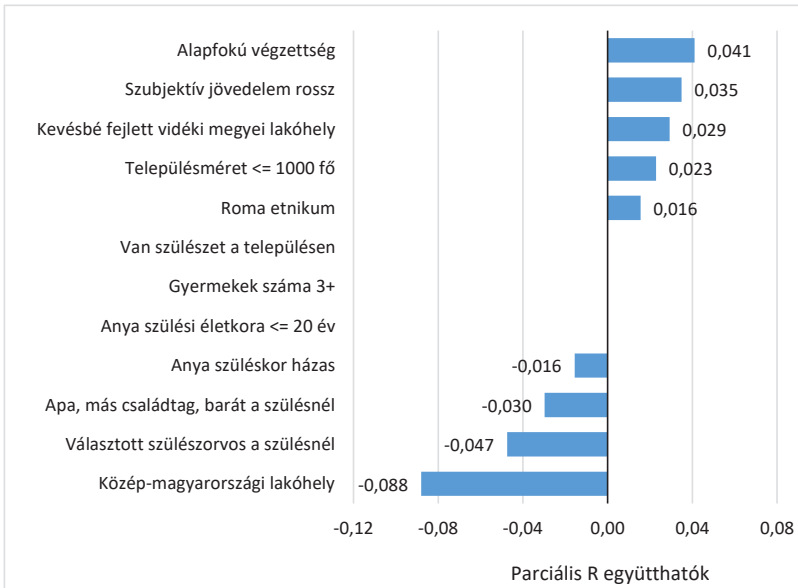
Adataink azt is jelzik, hogy etnikai háttérhatástól független társadalmi-gazdasági státus hatások is jelen vannak (Melléklet). Etnikai háttértől függetlenül, a legfeljebb 8 általános iskolai végzettségű nőknek 38%-kal, az alacsony szubjektív jövedelmű háztartásokban élő nőknek 67%-kal, az 1000 főnél kisebb lakosságú településen élő nőknek 33%-kal, és a kevésbé fejlett vidéki megyékben élő nőknek 24%-kal nagyobb az esélyük arra, hogy kötött testhelyzetben szülessen. Továbbá etnikai háttértől függetlenül, ha a nőknek van választott szülészorvosa, akkor 26%-kal csökken annak az esélye, hogy kötött testhelyzetben szülessen, és ez akkor is így van, ha a szüléskor bent volt az apa vagy más családtag, barát: ekkor 20%-kal kisebb eséllyel szült a nő kötött testhelyzetben. És akkor is szignifikánsan kisebb a kötött testhelyzetben szülés esélye, ha a nő lakóhelye Közép-Magyarországon van, 47%-kal.

A következőkben kiszámoltunk az esélyhányadosokhoz tartozó standardizált logisztikus regressziós együtthatókat: ezek az adott kovariáns relatív fontosságát mutatják a modellben szereplő többi kovariánshoz képest. Eredményeink szerint a kötött testhelyzetben lezajlott szülésre a bevont változók közül abszolút értékben a legerősebb hatása a közép-magyarországi lakóhelynek ($-0,088$) és a választott szülészorvos jelenlétének van ($-0,047$). Viszonylag magas az alacsony iskolai végzettség ($0,041$) és szubjektív jövedelmi helyzet standardizált regressziós együtthatója is ($0,035$), míg az egyik legalacsonyabb az etnikai háttéré ($0,016$, 5. ábra).



5. ábra

Roma származás hatása a kötött szülési testhelyzetre, kontrollálva az anya egyéb szociodemográfiai jellemzőire a hüvelyi szüléssel szült nők körében. Standardizált logisztikus regressziós együtthatók



Forrás: Népeségtudományi Kutatóintézet – Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Várandós és félèves adatbázis.

Megjegyzés: Három kivétellel minden változó szignifikáns összefüggésben van a kötött szülési testhelyzettel. A három kivétel: az anya életkora szüléskor 20 év alatti-e vagy nem, a gyermekek száma 3+, van-e szülészet a nő lakóhelyén (lásd a melléklet, 7. modell statisztikáit).

Illusztratív céllal áttekinthetjük, hogy egy hipotetikus, minden szempontból a legrosszabb helyzetben lévő nő esetében és egy minden szempontból legjobb helyzetben lévő nő esetében mekkora annak a becsült valószínűsége, hogy kötött testhelyzetben szüljön (1. táblázat). A minden általunk vizsgált szempontból a legkedvezőbb helyzetben lévő nők körében⁹ 21,6 százalék annak a becsült valószínűsége, hogy kötött testhelyzetben szülessen. Ezzel szemben, a mindezen szempontokból a legrosszabb helyzetű nők¹⁰ körében ez a becsült valószínűség 79,6%. Ezen legrosszabb helyzetű nők közül azoknál, akiknek lakóhelye a Közép-Magyarország régióban van, már szignifikánsan alacsonyabb a kötött testhelyzetben szülés becsült valószínűsége: 64,1%.

⁹ Ezen nők csoportja a nem roma hátterű, választott orvossal, apával vagy más családtaggal, baráttal szülő, legalább szakmunkás végzettségű, jó (szubjektív) anyagi helyzetű, 1000 főnél nagyobb lélekszámú és a Közép-Magyarország régióban élő nőket takarja.

¹⁰ Ezen nők csoportjába a roma, nem választott orvossal, apa és más családtag, barát nélkül szülő, alapfokú iskolai végzettségű, rossz anyagi helyzetű, kistelepülésen és nem a Közép-Magyarország régióban élő nők tartoznak.



1. táblázat

Egy minden szempontból rossz („0”) és egy minden szempontból jó („1”) helyzetben lévő nő esetében a kötött testhelyzetben szülés becsült valószínűsége (marginálisok) *Hüvelyi úton szült nők körében*

Magyarázó változó (1 – igen, 0 – nem)	Változó értéke		
	Legrosszabb helyzetű nők	Köztes helyzet: rossz, de Közép-Mo.-n lakik	Legjobb helyzetű nők
Roma etnikai háttér	1	1	0
Választott szülészorvos nincs jelen	1	1	0
Apa vagy más rokon, barát nincs jelen	1	1	0
Alapfokú iskolai végzettség	1	1	0
Rossz szubjektív jövedelmi helyzet	1	1	0
Település mérete: – 1000 fő	1	1	0
Régió: nem Közép-Magyarország régió	1	0	0
Kötött szülési testhelyzet becsült valószínűsége (marginális hatás): Pr(szulkotott); 95% CI; P > z	79,6% (72,9% – 86,3%) 0,000	64,1% (53,7% – 74,5%) 0,000	21,6% (19,1% – 24,0%) 0,000

Forrás: Népeségtudományi Kutatóintézet – Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Várandós és féléves adatbázis.

Megjegyzés: Logisztikus regressziós elemzés, Stata 14. program, margins programkód.

KÖVETKEZTETÉSEK

A roma nők ellátási minősége mind a várandósgondozás, mind pedig a szülés kapcsán határozottan kedvezőtlenebb mutatókkal jellemezhető, mint a nem roma anyák által kapott ellátás.

Az elmúlt két évtized interjú kutatásai által bemutatott képet a kvantitatív kutatás adatai rendre visszaigazolták, a Születésház Egyesület interjú kutatásának megállapításaival (Bodrogi 2016) párhuzamba állíthatók. A roma anyák esetében a gyermekvállalás tervezettségé alacsonyabb mértékű. A várandósgondozási rendszer szolgáltatásai kevésbé jutnak el a roma nőkhöz, esetükben később kezdik meg a védőnői gondozásba vételt, körükben gyakoribb a szűrővizsgálatok elmaradása vagy kicsúszása az ajánlott idősből, avagy az elégtelen vitaminszedés. A roma várandósok körében sokkal nagyobb mértékű a társadalombiztosítás által kínált – ingyenes – ellátások igénybe vétele a magán ellátórendszerhez (magán nőgyógyász, fogadott szülészorvos) képest. A tervezett császármetszések aránya körükben az országos átlagtól elmarad. A szülést és a kapcsolódó ellátásokat, bánásmódot a roma nők kedvezőtlenebbül élték meg. A „fogadott orvos” jelenléte a szülésnél ritkább, de az apák jelenléte is kevésbé gyakori a roma nők körében (Bodrogi 2016). A kedvezőtlenebb szülészeti ellátás, a hátrányos bánásmód (Gyukits 2000) megjelenik a szülés és vajúdás eltérő körülményeiben: a roma anyák kisebb arányban választhatták meg testhelyzetüket a vajúdás és kitolás során, mint a nem roma nők (Bodrogi 2016). A kedvezőtlenebb ellátási körülmények és bánásmód (Neményi 1998) a roma anyák szüléssel kapcsolatos alacsonyabb elégedettségében is tükröződnek.



A szülészeti ellátás minőségét, az ennek során tapasztalt bánásmódot elemzésünkben a testhelyzet vajúadás és kitolás alatti szabad megválasztása képviseli, melyet hüvelyi úton szült nők körében vizsgáltunk. Ez a változó azt a kontrollt foglalja magában, amellyel a szülő nő saját szülésének lefolyásában döntési teret kap. E tekintetben a roma nők kedvezőtlenebb szülészeti ellátása mögött erős társadalmi-gazdasági és strukturális háttérmeghatározottságokat találunk. Társadalmi-gazdasági háttértényezők egész sora növeli annak esélyét, hogy az anya a szülés során nem dönthet arról, hogy mely testhelyzet lenne számára a legkedvezőbb, hanem a szakszemélyzet utasításait kell követnie. Erre a megszabott, kötött testhelyzetben zajló szülésre nagyobb esélye van a fiatalabb, szegényebb nőknek. A fogadott orvossal, családtag jelenléte mellett szülő, a Közép-Magyarország régióban élő anyák esetében kedvezőbbek a szülészeti ellátás körülményei. Önmagában az etnikai hatás – a romák etnikai alapú hátrányos megkülönböztetése a szülészeti ellátásban – ezen változók beemelése után egyértelmű bizonyossággal már nem mutatható ki.

A Kohorsz '18 kutatás országos, nagymintás adatfelvételének eredményei empirikusan alátámasztják az interjúk kutatásokból és művészetterápiás feldolgozás alapján kirajzolódó, roma nőket érintő hátrányos bánásmódot a magyarországi várandósgondozási és szülészeti ellátásban. Az eredmények azt is érzékeltetik emellett, hogy ezen ellátás minőségét mennyire erősen determinálják az anyák társadalmi-gazdasági háttérjellemezői. Társadalompolitikai szempontból az ellátórendszeren belül kimutatott fenti egyenlőtlenségek kapcsán egyfelől az intézményszintű eltérések feltárásával várhatók pontosabb eredmények. Másfelől indokolt lenne a különbségek vizsgálata és újraértelmezése az elmúlt években átalakult egészségügyi, azon belül szülészeti ellátás rendszerében.

IRODALOM

- Babusik F. (2005): *Az esélyegyenlőség korlátai Magyarországon*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Bernát A. (2014): Leszakadóban: a romák társadalmi helyzete a mai Magyarországon. *Társadalmi Riport*, 1, 246–267.
- Bodrogi B. (2016): *Roma nők helyzete és lehetőségei a szülészeti ellátásban*. Születésház Egyesület.
- Durst J. (2011): 'What makes us Gypsies, who knows...?!': Ethnicity and reproduction. In: M. Stewart, M. – Rövid, M. (Eds): *Multi-disciplinary Approaches to Romany Studies*. Budapest: Central European University.
- FRA (2013): Analysis of FRA Roma survey results by gender. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/ep-request-roma-women_0.pdf. (Utolsó letöltés: 2022. 08. 22.)
- Green, J. M. – Baston, H. A. (2003): Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth*, 30(4): 235–247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x>
- Gyukits Gy. (2000): Az egészségügy vesztesei. *Beszélő* (4): 98–106.
- Hajioff, S. – McKee, M. (2000): The health of the Roma people: a review of the published literature. *Journal of epidemiology & community health*, 54(11): 864–869. <https://doi.org/10.1136/jech.54.11.864>



- Husz I. (2011): *Zárójelentés az alacsony végzettségű roma és nem roma nők gyermekvállalása a hátrányos helyzetű térségekben* (OTKA PD78513) c. kutatási pályázat teljesítéséről, Budapest, 2011.
- Janky B. (2005): A cigány nők társadalmi helyzete és termékenysége. In: Nagy I. et al. (szerk.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*, Budapest: TÁRKI-ICSSZEM. 136–148.
- Kalibova, K. (1999): The demographic characteristics of Roma/Gypsies in selected countries in Central and Eastern Europe. In: *The Demographic Characteristics of National Minorities in Certain European States*, 1: 169–206. Council of Europe.
- Kapitány B. et al. (2013): *Becslések a „roma kötődésű” népesség számáról és területi elhelyezkedéséről a 2011. évi népszámlálás adatai alapján I.* Budapest: KSH NKI.
- Kapitány B. et al. (2014): *Becslések a „roma kötődésű” népesség számáról és területi elhelyezkedéséről a 2011. évi népszámlálás adatai alapján II: Roma kötődésű népesség becslése, adat-sorok.* Budapest: KSH NKI.
- Kósa Z. – Széles G. – Kardos L. – Kósa K. – Németh R. – Országh S. ... – Vokó, Z. (2007): A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *American journal of public health*, 97(5): 853–859. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.072173>
- KSH (2011): *Népszámlálás 2011, Módszertani megjegyzések és fogalmak.* [Census 2011, Methodological notes and concepts]. <http://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/modszertan.pdf> (Utolsó letöltés: 2023. 02. 01.)
- Kushen, R. (ed.) (2015): *Roma Inclusion Index 2015.* Budapest: Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation.
- Lakatos S. – Angyal M. – Solymosy J. – Bonifác S. – Kármán J. – Csépe P. – ... – Lökkös A. E. *Egészség és Roma/Cigány Közösség.* Madrid: Khetanipe for the Roma Unity Association.
- Marek E. – Kalmár R. – Faubl N. – Orsós Z. – Németh T. (2020): Előítéletek és hatásai az egészségügyi ellátásban. Egy felmérés tanulságai. *Orvosi Hetilap*, 161(19): 789–796. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31694>
- Masseria, C. – Mladovsky, P. – Hernández-Quevedo, C. (2010): The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *European Journal of Public Health*, 20(5): 549–554. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq102>
- Messing V. (2014): Methodological puzzles of surveying Roma/Gypsy populations. *Ethnicities*, 14(6): 811–829. <https://doi.org/10.1177/1468796814542180>
- Neményi M. (1998): *Cigány anyák az egészségügyben.* Budapest: Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal.
- Obádovics Cs. – Bálint L. – Durst J. – Szabó L. – Spéder Zs. (2019): *A roma népesség előreszámítása 2050-ig. Jelentés a Belügyminisztérium részére* [Population projection for the Roma population in Hungary by 2050. Report to the Ministry of the Interior]. Budapest.
- Spéder Zs. – Bálint L. – Pakot L. (2018): *A roma népesség halandósági viszonyai és várható élettartama.* (A KSH Népelességtudományi Kutatóintézet elemzései az Emberi Erőforrások Minisztériuma részére). Budapest: KSH Népelességtudományi Kutatóintézet.



- Szabó L. (2022): Előszó a „roma népesedési viszonyok, 1990–2011” tematikus különszámhoz. In: Szabó L. (szerk). (2022): „Roma népesedési viszonyok, 1990–2011” Tematikus különszám. *Demográfia*, 65. évf. 2–3. sz. <https://doi.org/10.21543/Dem.65.2-3.1>
- Szabó L. – Boros J. – Fábíán I. – Gresits G. et al. (2020): *Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat – Várandós kutatási szakasz: Technikai Riport*. Kutatási Jelentések 102. Budapest: KSH NKI.
- Szabó, L. – Kiss, I. – Šprocha, B. – Spéder, Zs. (2021): Fertility of Roma Minorities in Central and Eastern Europe. *Comparative Population Studies*, 46. <https://doi.org/10.12765/CPOs-2021-14>
- Szebik, I. – Susánszky, É. – Szántó, Zs. – Susánszky, A. – Rubashkin, N. (2018): Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary: Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey, *European Journal of Mental Health* 13. 51–69. <https://doi.org/10.5708/EJMH.13.2018.1.5>
- Szirtesi Z. (1998): *A cigánység egészségügyi helyzete*. Budapest: Agroinform Kiadóház.
- UNDP/FRA/EC (2014): *Roma Health Report – Health status of the Roma population*, Data collection in the Member States of the European Union. https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/2014_roma_health_report_en_0.pdf. (Utolsó letöltés: 2022. 08. 22.)
- UNDP/World Bank/EC – FRA (2012): *The situation of Roma in 11 EU Member States – Survey results at a glance*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance_EN.pdf (Utolsó letöltés: 2022. 08. 22.)
- Veroszta Zs. (szerk.) (2018): *Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Módszertani leírás. A várandós kutatási szakasz előkészítése*. Kutatási Jelentések 99. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Veroszta Zs. – Boros J. – Fábíán I. – Kapitány B. – Kis R. – Kopcsó K. – Leitheiser F. – Szabó L. – Spéder Zs. (2022a): *Féléves kutatási szakasz. Technikai riport. Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat*. Kutatási Jelentések 105. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. <https://doi.org/10.21543/Kut.2022.105>
- Veroszta Zs. – Boros J. – Kapitány B. – Kopcsó K. – Leitheiser F. – Sándor N. G. – Szabó L. – Spéder Zs. (2022b): *Csecsemőkor Magyarországon. Jelentés a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat 2. hullámáról*. Kutatási Jelentések 106. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. <https://doi.org/10.21543/Kut.2022.106>
- Veroszta Zs. – Szabó L. (2021): A kettős praxis és következményei a várandósgondozási rendszerben. *Korfa*, 21. évf. 4. sz.
- Vokó, Z. – Csépe, P. – Németh, R. – Kósa, K. – Kósa, Z. – Széles, G. – Ádány, R. (2009): Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(6): 455–460. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.079715>
- WHO (2009) European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/102200/E92852.pdf (Utolsó letöltés: 2022. 08. 22.)



Melléklet

A vajúdási és szülési testhelyzet megválasztásának korlátozása – az anyai háttértényezők hatása. Hűvelyi úton szült nők körében. Bináris logisztikus regressziós modellek esélyhányadosai – Exp(B) és az esélyhányadosokhoz tartozó Wald-mutató szignifikancia szintjei.

	1. lépés		2. lépés		3. lépés		4. lépés		5. lépés		6. lépés		7. lépés	
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
A modell változói	2,384	,000												
Anya roma etnikumú			1,895	,000	1,697	,000	1,582	,000	1,331	,036	1,222	0,148	1,728	0,106
Választott szülésorvos vezette le a szülést			,542	,000	,595	,000	,626	,000	,669	,000	,739	0,000	0,741	0,000
Apával vagy más családtaggal, ismerőssel szült					,652	,000	,680	,000	,733	,000	,808	0,011	0,802	0,008
Anya kora szüléskor: -20 év							1,056	,713	,896	,481	,827	0,229	0,827	0,229
Anya házaságban él							,799	,002	,841	,018	,874	0,070	0,871	0,065
Gyermek száma: 3+							1,079	,363	1,008	,928	,986	0,874	0,993	0,931
Anya végzettsége max. 8 általános									1,455	,000	1,383	0,002	1,376	0,003
Család rossz szubjektív anyagi helyzetű									1,645	,002	1,672	0,001	1,669	0,001
Lakóhelyén működik szülészeti kórházi osztály											,928	0,332	0,928	0,340
Anya 1000 fő alatti településen él											1,233	0,075	1,325	0,028
Lakóhely régiója: fejlett vidéki megye												0,000		0,000
Lakóhely régiója: Közép-Magyarország											,514	0,000	0,530	0,000
Lakóhely régiója: kevésbé fejlett vidéki megye											1,240	0,008	1,244	0,010
1000 fő alatti településen él by roma													0,608	0,120
Régió (fejlett vidéki megye) * roma													0,480	0,313
Közép-Magyarország by roma													0,807	0,138
Kevésbé fejlett vidéki megyék by roma													1,023	0,554
Constant	0,676	0,000	0,904	0,033	1,192	0,011	1,258	0,005	1,051	0,586	1,034	0,746	1,013	0,829
Initial -2 Log Likelihood: 5179,565														
Model -2 Log Likelihood:	5126,473		5046,510		5016,558		5005,730		4979,544		4860,060		4853,798	
Nagelkerke R ²		1,9%		4,6%		5,6%		6,0%		6,9%		10,8%		11,0%
McFadden's R-négyzet (R _c ²)		1,0%		2,6%		3,1%		3,4%		3,9%		6,2%		6,3%
Step Chi-square sign.		0,000		0,000		0,000		0,013		0,000		0,000		0,238
Modell szentitívitas		12,1		11,1		33,5		33,5		35,9		41,6		41,9

Forrás: Népeségstudományi Kutatóintézet – Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Várandós és féltéves adatbázis.