

# A felzárkózó települések kormányprogram falvaiban született gyermekek és édesanyáik szociodemográfiai és orvosi-egészségügyi jellemzői a 2010–2017-es időszakban

## Betekintő

2019-ben született Magyarországon egy kormányhatározat a „Felzárkózó települések hosszú távú programjának megalapozásáról”. Az ebben felsorolt települések Magyarország szegény (délnyugati és északkeleti) régióiban találhatóak, amelyekben az országos átlagnál jóval magasabb a magukat a roma nemzetiséghez sorolók aránya. Magyarországon az alacsony iskolai végzettséggel rendelkező nők aránya jóval magasabb az európai átlagnál, és az európai országokkal való összehasonlítás alapján az 1500 grammnál kisebb (extrém mértékben csekély) testtömegű újszülöttek legnagyobb arányban Magyarországon születnek. E két tény összefügghet, amennyiben az alacsony iskolai végzettség alacsony életkorral, keresettel és tartós munkanélküliséggel, rossz lakhatási körülményekkel jár együtt. Ezek miatt tartósan alacsony lehet a jövedelem, az pedig a kismamák alultápláltságát eredményezheti. A hátrányos helyzetű településen élő, jelentős részben roma nemzetiségű lakosság életkörülményeinek javítása fontos hosszú távú nemzeti érdek, hiszen az egészségkárosodások megelőzését már a fogamzástól kezdve megtérülő befektetésként kell tekinteni, ugyanis a koraszülöttek, beteg és kis súlyú újszülöttek egészségügyi ellátása, a maradandó egészségkárosodások jelentős többletköltségeket jelentenek az egyén és az állam számára is – hatással vannak az iskolai eredményességre, a munkaerőpiaci lehetőségekre is.

Felmérésünk újdonsága a nagy minta: a 2010–17-es időszakban Magyarországon történt összes élveszületés adatait hasonlította össze 32 hátrányos helyzetű település és közülük a 4 legnagyobb gyermekszámú település adataival. Az ily módon különösen megbízható, robusztus eredmények megerősítik a korábbi felmérések tapasztalatait: a hátrányos helyzetű települések össznépességében és a példaként kiválasztott településeken is az országos átlagnál jóval magasabb a korábbi művi vetélések, a koraszülések, a kis testsúllyal vagy kis testhosszal született újszülöttek és az alacsony Apgar-értékű (a szülés után közvetlenül igen rossz egészségi állapotban levő) újszülöttek aránya is. Ajánlásainkban felvetettük az eddigi szociális ellátások és szolgáltatások megerősítését vagy újak bevezetését is, valamint a hátrányos helyzetű települések fejlesztését komplex programokkal, különös tekintettel az infrastruktúra javítására és az egészségügyi ellátásokhoz való jobb hozzáférésre, az egészségtudatosság növelésére.

## Bevezetés

Tanulmányunk célja, hogy felhívja a figyelmet a hátrányos helyzetű családok – azon belül kiemelten az édesanyák és újszülöttjeik – egészségi állapotára és az egészségi állapot társadalmi-gazdasági hátterére. Az egészségi

veszteségek megelőzését már a fogamzástól és az anyaméhen belüli élettől kezdve megtérülő befektetésként kell tekinteni. A koraszülöttek, beteg és kismamák újszülöttek egészségügyi ellátása, a maradandó egészségkárosodások, későbbi

betegségterhek, ugyanis hosszú távú és jelentős többletköltségeket jelentenek az egyén és az állam számára is – hatással vannak az iskolai eredményességre, a munkaerőpiaci lehetőségekre, az egészségben eltöltött évekre, az idő előtti halálózásra is.

Magyarországon a cigány/roma származású népesség körében jellemző az alacsony iskolai végzettség, a gyakorta gazdaságilag leszakadó térségekben, „rozsdáövezetekben” élés, a tartós munkanélküliség és a mindezeket súlyosbító etnikai szegregálódás. Ezért tanulmányunk külön figyelmet szentel a roma népesség helyzetének.

Az Európai Bizottság a 2011. április 5-én elfogadott, „A nemzeti romaintegrációs stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig” című dokumentumban<sup>66</sup> arra kérte a tagállamokat, hogy készítsék el vagy vizsgálják felül nemzeti romaintegrációs stratégiájukat<sup>67</sup>, hogy ezáltal hatékonyabban tudják kezelni a romák integrációjával kapcsolatos problémákat, és így az évtized végére érezhetően javuljon a helyzet. A keretrendszer uniós állam- és kormányfők általi jóváhagyása<sup>68</sup> jelezte, hogy a romák társadalmi integrációja a gazdasági és pénzügyi válság ellenére is minden tagállam számára kiemelt területté válik. Ennek ellenére a 2010-es évtized végén visszatekintve Járóka Lívia, az Európai Parlament magyar alelnöke a célkitűzések teljesülésének elmaradásáról beszélt, és a jövőbeni hasonló törekvéseket illetően a monitorozás és visszacsatolás fontosságát említette, valamint azt, hogy *„még mindig rengeteg embernek nincs hozzáférése tiszta ivóvízhez, megfelelő higiéniai körülményekhez vagy elegendő ételhez”* (Járóka 2019).

Egy 2007-es magyarországi kutatás eredményei szerint a roma nők körében megfigyelhető ked-

vezőtlen egészségmagatartás és egészségi állapotbeli hátrány a magzat fejlődését is negatívan befolyásolja. A romák körében a soványság feltűnően magas arányú. Az országos lakossági mintával összehasonlítva a roma nők soványsága másfélszeres, a férfiaké kétszeres volt (Dombainé 2007; Solymosi 2007). Az elhízottak aránya viszont az országos átlag alatt volt ekkor – azonban ez az arány nagyot nőtt a 2004–2015-ös időszak folyamán. Szerencsére az utóbbi időszakban ugyanakkor csökkent a cigányok körében a dohányzók – az országos átlaghoz képest igen magas – aránya (Haiman 2019). Mindenesetre az idézett 2007-es felmérés eredményei szerint a cigányok körében az egészségben eltöltött évek száma 12–15 évvel kevesebb, mint a többségi társadalomban (Solymosi 2007).

A közelmúltban készült Magyarországon egy felmérés (Koraszülés 2018) a magzati fejlődést befolyásoló körülményekről és az újszülöttek orvosi-egészségügyi jellemzőinek alakulásáról, különös tekintettel a hátrányos helyzetű településeken élőkre és az ő életkörülményeikre. Budapesti, Somogy és Borsod-Abaúj-Zemplén megyei fiatal anyák és újszülötteik életkörülményeit és egészségi mutatóit vizsgálták. A kutatás folyamán a rossz lakáskörülmények és az alacsony jövedelem jelentették a kutatók számára a „kedvezőtlen szocio-ökonomiai státuszt”, más szóval a „hátrányos helyzet” kritériumait. Mint írják, *„a kedvezőtlen szocio-ökonomiai státuszt a kedvezőtlen lakhatási körülmények (komfort nélküli/szükségglakás) között élők adták, akiknek a havi egy főre jutó jövedelme a legalsó jövedelmi kategóriába (egy főre jutó havi jövedelme 40 ezer Ft alatti) tartozik. A gyermekvédelmi/lakásfenntartási támogatás, segély nem jelentett ebben az esetben jelentős tényezőt.”*

<sup>66</sup> A Bizottság 2011. április 5-i közleménye – A nemzeti romaintegrációs stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig. COM(2011) 173. E keretrendszer kapcsán mind az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság – a roma polgárok társadalmi felruházása és integrációja Európában című véleményében (CESE 998/2011, 2011. június 16.) –, mind a Régiók Bizottsága – a nemzeti romaintegrációs stratégiák 2020-ig érvényes uniós keretrendszeréről alkotott véleményében (CdR 247/2011, 2011. december 14.) – határozott támogatását fejezte ki.

<sup>67</sup> E közleményben a „stratégia” kifejezést a szakpolitikai intézkedések és stratégiák gyűjtőfogalmaként kell értelmezni.

<sup>68</sup> Az Európai Tanács következtetései (EUCO 23/11, 2011. június 23–24.) az EPSCO Tanács által elfogadott, „A romák integrációját célzó nemzeti stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig” című tanácsi következtetések alapján (106665/11, 2011. május 19.).

A tanulmány megállapításai szerint az alacsony iskolai végzettséggel rendelkező nők aránya jóval magasabb az európai átlagnál (Koraszülés 2018; European 2010), és az európai országokkal való összehasonlítás alapján az 1500 grammnál kisebb (extrém mértékben csekély) testtömegű gyermekek legnagyobb arányban Magyarországon születnek. E két tény összefügghet, amennyiben az alacsony iskolai végzettség alacsony keresettel és gyakori, nemegyszer tartós munkanélküliséggel járhat együtt. Ezek miatt tartósan alacsony lehet a jövedelem, az pedig a kismamák alultápláltságát eredményezheti. Ez a tanulmány utal is erre – mint írják, az újszülöttek alulfejlettségével kapcsolatban „szakirodalmi adatokból ismert az alultápláltság jelentősége és a nehezített életkörülmények jelenléte” (Koraszülés 2018; Papp 2016). A koraszülöttek aránya is magas Magyarországon európai összehasonlításban (HFA 2015).

A munkahely hiánya vagy bizonytalansága növelheti a fiatal párok körében a szorongást, a feszültséget, gyakoribbá és súlyosabbá teheti a konfliktusokat. Az idézett tanulmány szerint a *„várandósság alatti anyai félelmek és szorongás, mint rizikótényezők jelenléte befolyásolja a szülési kimenetelt”* (Koraszülés 2018; Morton et al. 2010), valamint a *„bántalmazás, a szociális környezet támogatásának hiánya és az ezekből fakadó megnövekedett stressz állapotok jelentősen növelik a koraszülések kialakulását. Mindezek hatással vannak az újszülött születéskörüli (perinatális) eredményeire is [...] A magas rizikójú várandósságból született újszülöttek testtömege 229 grammal marad el a rizikómentes várandósságból született újszülöttek születési tömegétől mintánkban”, és „a kedvezőtlen körülmények között élők 305 grammal maradnak el születési súly tekintetében”. Így „a perinatális szorongás, a várandósság pszichés zavarainak negatív szülészeti, újszülöttkori (neonatólis) következményei az újszülöttek perinatális kimeneteli eredményein is látszanak, ezért a rizikócsoportok gondozása kiemelt népegészségügyi feladat”.*

Amint írják, a kismamák vagy környezetük dohányzása is gyakran problémát jelent – ez a gyakran szorongással összefüggő és stresszoldó célú magatartás az átlagosnál nagyobb arányban

fordul elő az alacsony iskolai végzettségűek között –, ugyanakkor igen káros az az anyai egészségre is, de különösen a magzatok fejlődését tekintve.

Az említett tanulmány készítői külön is vizsgálták a cigány/roma népességben élők helyzetét. Tapasztalataik szerint a *„roma nemzetiségi csoportban a koraszülöttek aránya szignifikánsan magasabb”* volt, és *„abban az esetben, ha az anya roma, 1,4-szer nagyobb eséllyel szül koraszülött gyermeket”*. Ugyanakkor az etnikai tényező önmagában nem minden, sokat számít a jövedelmi és más tekintetben szociálisan hátrányos helyzet megléte vagy hiánya is, szó szerint húsba vágóan: *„a hátrányos helyzetű roma nők várandósságuk alatt átlagban 8,6 kg-t híztak, míg a kedvezőbb státuszú roma anyák súlygyarapodása 10,8 kg”* volt (Koraszülés 2018: 49). Vagyis jól mérhető volt az alacsony jövedelmű kismamák alultápláltsága, ami nyilván kedvezőtlenül befolyásolta születendő gyermekük fejlődését az anyaméhben. A *„kedvezőtlen szocio-ökonomiai státusz a mintában 163 főt érint, a magukat romának vallók 27,8%-át”* – állapította meg a tanulmány.

Jelen kutatás az előbbieken ismertetett tanulmány kiterjesztése, amennyiben a Magyarországon 2010–17-ben született valamennyi élveszületés adatait vizsgálta, a KSH Élveszületési lapja adatait feldolgozva. A cél ezúttal is a hátrányos helyzetű településeken élő és ott gyermeket szülő nők és újszülöttjeik szociodemográfiai és orvosi-egészségügyi körülményeinek vizsgálata volt, ám egy, az előbb ismertetett kutatásban használnál jóval nagyobb mintán.

Magyarország hátrányos helyzetű településeit két friss jogszabály alapján választottuk ki,<sup>69</sup> az e rendeletekben felsorolt 33 településből kihagyva a számos jellemzője alapján atipikus Monort.<sup>70</sup> Az „anya tényleges lakóhelye” adatait alapul véve számítottuk ki a 32 település adatait. A 32 településből készült egy összevont változó is, mert azzal is összehasonlítva jobban lehet látni egyes települések relatív helyzetét a sereghajtók csoportján belül, valamint így a települések e csoportjának helyzete az országos átlaggal is egyszerűen összevethető.

Sajnos egyes községek esetében az elemzést nehezítette az, hogy mivel nemegyszer kis lélekszámúak, és így az élveszületési adatokat éves bontásban bemutató cellákban igen alacsonyak lehetnek az esetszámok (1–4), adatvédelmi kötelezettségeknek megfelelően a KSH részéről számos ilyen „érzékeny” adatot töröltek, és csak ezek után adták ki az eredményeket további elemzésre. Ugyanez a probléma ritkábban és kisebb mértékben más esetekben is – még a 32 település összevont adatainál is – jelentkezett a kutatás során.

Nem látszott érdemesnek évek szerint bontani az egyes kistéleplülések adatait, mert egyes változóknál olyan sok kategória van, és olyan kevés születés egy-egy településen, hogy némelyik változónál értelmezhetetlenül kicsire esne le az

esetszám, ha még évek szerint is bontanánk. A 4 legnagyobb születésszámú hátrányos helyzetű település (Nyírkáta, Nyírmihálydi, Tiszabő, Tiszabura<sup>71</sup>) változói évek szerint is bemutatásra kerültek.

A tanulmányban előbb a szociodemográfiai jellemzőket (anya iskolai végzettsége, munkaerőpiaci aktivitása, korcsoportja és gyermek születési sorszáma) mutatjuk be, majd a következő részében az orvosi-egészségügyi jellemzőket (korábbi spontán és művi vetélések gyakorisága, várandósság heteinek száma, újszülött testsúlya, testhossza, Apgar-értéke).<sup>72</sup>

Mindkét részen belül külön alfejezetet kapott a vizsgált 32 hátrányos helyzetű településből a 4 legnagyobb gyermekszámú adatainak elemzése.

## Szociodemográfiai jellemzők aránya

A 2010–17-es időszak folyamán az általunk vizsgált 32 település össznépességében a harmadik és további gyermekek aránya mindvégig 40% körül volt, szemben az országosan átlagos 20–22%-kal, ami mutatja, hogy e településeken jóval magasabb az átlagos gyermekszám, jellemzőbb a nagycsalád.

Az országos arányokat tekintve 2011-ben és 2013-ban megnőtt a születő gyermekek között a harmadik és további gyermekek aránya, míg 2016-ban az első gyermekek születésének aránya nőtt meg.

A 32 település népességében jellemzően 2011-ben, 2014-ben és 2016-ban nőtt meg az első gyermekek születésének aránya, 2013-ban a második, 2012-ben és 2015-ben a harmadik gyermekeké. Itt tehát „hullámzott” ez a jellemző.

Figyelemre méltó, hogy 2016-ban mind országosan, mind a 32 település népességében csökkent a harmadik és nőtt az első gyermekek születésének aránya.

Országosan a 2010-es kiinduló arányhoz viszonyítva 2013–14-ben és 2016-ban volt viszonylag magasabb a legfeljebb 8 osztály végzettség aránya

.....

<sup>69</sup> A 1404/2019. (VII. 5.) Korm. határozat a „Felzárkózó települések” hosszú távú programjának megalapozásáról és az azt kiegészítő 1426/2019. (VII. 26.) Korm. határozat alapján választottuk ki az összes, azokban szereplő, összesen 33 hátrányos helyzetű települést.

<sup>70</sup> Például Monoron a gyermeket szülő nők iskolai végzettség szerinti összetétele, annak eloszlása jóval közelebb állt az országos átlaghoz, mint a többi, a mintánkban szereplő településen átlagosan.

<sup>71</sup> Bonyolult kérdés az etnikai hovatartozás, ezzel kapcsolatban csak a népszámlálások önbevallási adataira támaszkodhatunk. E négy község esetében a 2001-es és 2011-es népszámlálások adatai alapján bizonytalan becslést tehetünk csak a 2010–17-es időszakban a cigány/roma etnikumhoz sorolható arányáról. Úgy tűnik, hogy Nyírkátán és Nyírmihálydiában a lakosság kisebbsége – talán egyharmada – lehetett roma etnikumú, míg Tiszabőn és Tiszaburán a számottevő többség, talán 80%.

<sup>72</sup> Az Apgar-teszt egy mérési rendszer, amely segítségével az újszülöttek állapotát vizsgálják közvetlenül a születés után, figyelembe véve 5 különböző életfunkciót. Ezt a vizsgálatot először 1 perccel a szülést követően végzi el a szakorvos, majd általában 5 perc múlva megismétli. Az egyes mérések alkalmával a pontszámokat összeadják, az így kapott eredmény lesz az úgynevezett Apgar-érték, amely 0 és 10 között lehet, egy egészséges újszülöttnél el kell érnie a 7-es értéket. Amint felmérésünk tapasztalata mutatta, országosan csak az újszülöttek 0,5%-a nem érte ezt el Magyarországon a 2010–17-es időszakban. Lásd erről bővebben a hivatkozott szakirodalomban: Apgar-érték.

az anyák között. 2015–16-ban megnőtt a közepes végzettségűek (legalább szakmunkásképző), 2017-ben a felsőfokú végzettségűek aránya is a gyermeket szülők között.

A 32 település népességében 2012-ben nőtt meg a legfeljebb 8 osztályt végzettek (végig igen magas, 75% körüli) aránya, majd az országos trendhez hasonlóan itt is némi fokozatos növekedést láthatunk a közepes, majd a magasabb iskolai végzettséggel gyermeket vállalók arányában is.

Ami az édesanyák országos arányait illeti a munkaerőpiaci aktivitási trendek terén: a foglalkoztatottak aránya csak 2011-ben esett vissza közöttük, attól kezdve előbb lassan, majd gyorsulva nőtt. A munkanélküliek aránya pedig 2011–12-ben nőtt meg, majd attól kezdve előbb lassan, majd gyorsulva csökkent. A „nem foglalkoztatott, GYES-en” kategóriába tartozók aránya is 2011–12-ben nőtt meg, majd csökkent, amint a tanuló státusúaké is. A háztartásbeliek aránya nemcsak e két utóbbi évben, hanem 2013–14-ben is nőtt, csak ezután indult csökkenésnek. (Elképzelhető, hogy 2013–14-ben egyes alacsony iskolai végzettségű nőknek még csak a férje talált munkát, ezért maradtak közülük egyesek ekkor még háztartásbeli státusban.) Az országos arányok változása mindenesetre világos lenyomata az elmúlt évtized elején kitört gazdasági válság hatásának, majd e válság enyhülésének. Figyelemre méltó, hogy országosan a termékenység növekedése nem a munkavállaló anyák arányának növekedése ellenére, hanem azzal párhuzamosan történt. Természetesen a gyermeket vállaló nők párjait illetően is fontos tényező lehet a gyermekvállalási döntéseket illetően az, hogy van-e munkájuk, és a női munkavállalás arányának a növekedése együtt járhat a férfi munkavállalás arányának a növekedésével. (Külföldi kutatási eredmény – pl. Örsál 2018 – szerint a női és a férfi munkavállalás külön-külön is pozitívan hat a gyermekvállalásra. Ezt nálunk is érdemes lenne majd megvizsgálni.)

A vizsgált 32 hátrányos helyzetű település össznépességében az anyák között az országos csökkenés után egy évvel, 2012-ben csökkent némileg a foglalkoztatottak aránya – azonban az mindvégig igen alacsony volt, az országos

átlagnak csak harmada-negyede. Itt relatíve nagyobbak voltak a változások: míg országosan 63%-ról előbb 60-ra csökkent, majd 68%-ra nőtt az anyák között a foglalkoztatottak aránya, addig a 32 település népességében 15%-ról 12-re csökkent, majd 26%-ra nőtt.

Az országos trendekhez hasonlóan a munkanélküli anyák aránya itt is 2012–14-ban nőtt meg, majd csökkent. Többnyire nem volt olyan sokkal magasabb ez az arány az országoshoz képest, mint amennyivel a foglalkoztatottak aránya az országos átlag alatt volt: országosan 6–9% volt, a 32 településen 15–21%. Az igazán nagy különbség a „nem foglalkoztatott, GYES-es levők” kategóriája terén volt: ez az arány 40% körül (37 és 46% között) hullámzott, míg országosan mindvégig csak 13–14% volt. A tanuló státusúak aránya az anyák között országosan 2011–12-ben, a 32 településen csak 2011-ben nőtt meg, és ugyanez mondható a háztartásbeliekről is. Itt is az arányok terén nagyok a különbségek. A tanuló státusúak aránya országosan 2–3% volt, a 32 településen 4–7%, míg a háztartásbeliek aránya országosan 5–6%, a 32 településen 7–15% volt a 2010–17-es időszak különböző éveiben.

Láthatóan a munkaerőpiaci részvétel nem jelent gyakori lehetőséget a 32 hátrányos helyzetű település lakossága számára, ezért jóval magasabb a „foglalkoztatott” kategóriától eltérő kategóriákba (munkanélküli, GYES-en levő nem foglalkoztatott, tanuló, háztartásbeli) tartozók aránya. Ugyanakkor az is látható, hogy az országos trendekkel párhuzamosan itt is megnőtt a foglalkoztatottak aránya a 2011–12-es mélypontot követően, és itt is főként a 2016–17-es konjunktúra időszakában – csak jóval nagyobb mértékben. Vagyis a munkavállalásra itt is megvan az igény, ám a munkalehetőségek hiánya fokozottan érvényesül válság időszakában – majd a munkahelyek amúgy igen csekély aránya is fokozottan megugrik itt a konjunktúra idején. De sajnos még az ország jobb gazdasági helyzetében (2017-ben) is csak az itt élők töredékének jutott munkalehetőség (az édesanyák között 25% volt munkavállaló), és a nagy többség továbbra sem jutott munkához. A munkahely hiánya munkajövedelem hiányát is jelenti, az pedig a kismamák alultápláltságához vezethet – utóbbi megmutatkozhat az újszülöttek jellemzően

kisebb súlyában a 40 hétre születettek között, és a koraszülések magasabb arányához is hozzájárulhat.

Az érdekes az, hogy e 32 hátrányos helyzetű településen nem látszik az élveszületéseket tekintve a gyermekvállalás korábbi életkorra tolódása „úgy általában”, amit pedig országos adatokból az KSH Népeségtudományi Kutatóintézet részéről kimutattak (Kapitány és Spéder 2018). Amint írták: *„2016-ban Magyarországon a gyermekvállalás életkor szerinti valószínűségének lefutása két pólusúvá vált. A tinédzserek gyermekvállalási valószínűségének jelentős növekedésével a 30–31 éves korban megfigyelhető csúcspont mellett egy újabb, alacsonyabb értékű pólus is megjelent a 19 éves életkornál. A nemzetközi szakirodalomban ismert ez a jelenség, amely elsősorban olyan országokban (USA, egyes dél-amerikai országok) figyelhető meg, ahol nagyok a társadalmi egyenlőtlenségek, és/vagy valamilyen (pl. etnikai, migrációs) okból kifolyólag egy korai és egy kései gyermekvállalási mintával jellemezhető demográfiai rezsim él párhuzamosan egymás mellett. Amennyiben Magyarországon ez a jelenség stabilan fennmarad, mindenképpen részletesebb vizsgálatot igényel. Az átlagos gyermekvállalási kor stabilizálódása összességében két ellentétes folyamat eredménye: a népesség egy részében továbbra is fennmaradt a halasztás, de megjelent, erősebbé vált egy fiatal gyermekvállalási minta is.”*

A fentiekkel szemben e 32 hátrányos helyzetű település össznépességét tekintve nem beszélhetünk a 15–24 éves korban gyermeket vállalók, vagy akár csak a 15–19 éves korban gyermeket

vállalók arányának állandósult növekedéséről a 2010–17-es időszakot illetően. Inkább mintha „hullámszana” évről évre a gyermekvállalási magatartás, mentalitás a jellemző anyai életkort tekintve a települések e csoportjában. 2011–12-ben, úgy tűnik, „középre húzódott”, vagyis a tizenévesek és a harmincasok aránya is csökkent a gyermeket szülők között, és nőtt a huszonéveseké. 2013-ban „későbbre tolódott”, vagyis a 25–39 éves korcsoportokban vált némileg gyakoribbá, másutt ritkult. 2014-ben egy évre valóban jellemzőbbé vált a 15–24 éves korúak között, de már 2015-ben a 25–29 éves korosztályba tartozók aránya nőtt meg a gyermeket vállalók között. 2016-ban ismét megnőtt a 15–24 éveseké, viszont 2017-ben megint inkább a 25–34 éves korúak között vált gyakoribbá a gyermekvállalás. Tény, hogy országosan a gyermeket szülők között a 15–19 évesek általában mintegy 4%-ot tettek ki, a 32 település népességében viszont 18–22%-ot. Ez magas arány, amely mindvégig érvényesült – nem csak a fenti esetben vizsgált 2016-ban –, azonban növekvő trendről itt nem beszélhetünk.

Országosan 2013-ban látszik egy „kiugrás”, vagyis a gyermekvállalás gyakoribbá válása a 15–24 évesek között – de annak nincs semmiféle megfelelője éppen itt, e 32 hátrányos helyzetű településnek az átlagát tekintve.

Országosan egyébként 2010–15-ben látható a születek életkorának folyamatos későbbre tolódása (a 35–44 éves korosztályok irányába) – ez azonban 2016–17-ben szinte leáll, miközben feltűnik egy ellenkező folyamat: újra megnő a születek gyakorisága a relatíve fiatalabb, 25–34 éves korcsoportokban.

A vizsgált 32 hátrányos helyzetű településből a négy legnagyobb gyermekszámú helység szociodemográfiai adatai a 2010–17-es időszakban, összehasonlítva egymással, a 32 leghátrányosabb helyzetű település átlagával és az országos átlaggal

A gyermeket vállaló nők iskolai végzettségét tekintve az országos trendek terén az látható, hogy 2013–14-ben megnőtt némileg a legfeljebb 8 osztályt végzetek aránya, majd 2015–17-ben, a gazdasági válság hatásainak enyhülésével – és a kormány népesedéspolitikai intézkedéseinek hatására – a legalább középiskolát végzetek

aránya nőtt az anyák között. Vajon beszélhetünk a gyermekvállalás használati költségéről olyan alacsony keresetű nőknél, mint amilyenek jellemzően a legfeljebb 8 osztályt végzetek? Az alacsony keresetük miatt nekik kevés lehet a veszítenivalójuk, ha munka helyett gyermeket vállalnak. Valószínűleg joggal gondolhatunk

mégis erre, mivel számukra a jövedelemarányos családi ellátások viszonylag kevésbé kompenzálják a gyermekvállalás költségeit – tehát gyakran sokkal jobban megérheti a számukra anyagiilag munkát vállalni, mint gyermeket. Ezért a tömeges munkanélküliség csökkenthette sokuk számára azt a használdozati költséget, ami a gyermekvállalás akadályát jelenthette.

A 32 település népességét összevontan vizsgálva egyrészt az látható, hogy éppen 2013–14-ben nőtt meg kissé a felsőfokú végzettségűek aránya az anyák között. Ugyanakkor megfigyelhető egy másik folyamat is. 2015-ben kissé megnőtt a szakmunkásképzőt végzetek aránya az anyák között, 2016-ban a középiskolát végzeteké, majd 2017-ben – újra – a diplomásoké is. A munkanélküliség – több kutatási eredmény szerint (Da Rocha 2006; Currie 2014; Örsál 2018) – inkább csökkenteni, mint növelni szokta a gyermekvállalás valószínűségét. Mivel ez nagyobb arányban érinthette a csak szakmunkásképzőt végzett nőket, mint a diplomásokat, a gazdasági helyzet javulásával főként az előbbieket anyagi helyzete javulhatott. Emiatt pedig, tekintettel arra, hogy számíthattak a jövedelemarányos GYED-re, az újra meglevő munkaviszony és rendes fizetés alapján már többen merhettek gyermeket vállalni a munkásnők közül. A gazdasági helyzet javulása tehát elsőként közöttük érvényesülhetett erőteljesen, a demográfiai magatartást is mérhetően befolyásoló módon, mert korábban igen sokan váltak közülük munkanélkülivé. A következő két évben, 2016–17-ben azonban a válság által enyhébben sújtott, magasabb iskolai végzettségű nők között is megmutatkozhatott hasonló trend. Érdekes kérdés, hogy inkább emiatt vagy a kormányzat a számukra kedvező népesedéspolitikai intézkedései miatt nőtt 2016–17-ben a legalább középiskolát végzetek aránya a gyermeket vállalók között a 32 hátrányos helyzetű település népességében. (A diplomás nők demográfiai magatartását illetően különösen érdekes, vizsgálatot érdemlő kérdés, hogy a munkalehetőség vagy a munkanélküliség ösztönzi az esetükben inkább a gyermekvállalását, és melyik kikenél mennyire és miért.)

Ami a 4 legmagasabb gyermekszámú település iskolai végzettség szerinti trendjeinek alakulását

illeti, az (adatvédelmi törvény miatti) adathiányok következtében nehéz biztos trendekről beszélni, mégis az látható, hogy 2017-ben Nyírkátán és Nyírmihálydiban is lecsökkent a csak 8 osztályt végzetek és megnőtt az ennél magasabb végzettségűek aránya az anyák között. Tiszabő és Tiszabura esetében azonban nem látható ilyen változás. Ha a 2010-es és 2017-es adatokat összevetjük, akkor a 32 település esetében átlagosan csökkent a legfeljebb 8 osztályt végzetek aránya, 78-ról 73%-ra. Nyírkátán és Nyírmihálydiban hasonló irányú, de jóval nagyobb változás látható: előbbiben 90-ről 79%-ra, utóbbiban 87-ről 65%-ra csökkent a csak 8 osztályt végzők aránya a gyermeket vállaló nők között. Tiszabőn azonban csak 90-ről 88%-ra csökkent, Tiszaburán pedig még nőtt is, 83-ról 89%-ra.

Az anya munkaerőpiaci aktivitását illetően az országos trendet egyszerűen alakította a gazdasági válság: 2011–14-ben megnőtt a gazdaságilag nem aktív kategóriába tartozó nők aránya, majd 2015–17-ben a foglalkoztatottaké.

Nagyjából ugyanez figyelhető meg a 32 hátrányos helyzetű település népességében, azzal különbséggel, hogy csak 2016-tól indult jelentősebb növekedésnek a foglalkoztatottak aránya, és még 2016–17-ben is igen alacsony (21–26%) maradt, összevetve az országos átlaggal (66–68%). A munkanélküliek aránya 2015-ben még egyszer megnőtt, a GYES-en levő nem foglalkoztatottaké pedig még 2016-ban is magas szinten volt, és csak 2017-ben indult csökkenésnek (de még akkor is 37%-ot ért el).

Míg országosan is és a 32 település összevont népességében is az anyák között a foglalkoztatottak aránya már 2014-ben meghaladta a 2010–13-as időszak legmagasabb adatát, addig a négy megfigyelt, magasabb gyermekszámú település közül Nyírmihálydiban és Tiszaburán ez csak 2016-ban történt meg, Nyírkátán és Tiszabőn csak 2017-ben. Nyírmihálydiban és Tiszaburán pedig 2017-ben újra csökkent a foglalkoztatottak aránya, szemben a másik két településnek és a 32 település átlagának a trendjével.

Míg a foglalkoztatottak aránya az anyák között 2017-ben 68% volt, a 32 település átlagában csak 26%. Nyírkátán 25%, Nyírmihálydiban 23% volt

ez az adat – Tiszabőn csak 15%, Tiszaburán pedig csak 12%. (Amint említettük, utóbbi két községben magasabb lehet a cigány / roma népesség aránya, mint az előbbi kettőben, ez pedig összefügghet az anyák között az alacsony iskolai végzettségűek még magasabb és a foglalkoztatottak még alacsonyabb arányával.)

Országosan az első gyermek vállalása halasztásának a jele volt a születésük arányának csökkenése 2011-ben, majd a gyermekvállalásra való felbátorodás megnövekvő arányának a jele az arány újbóli megnövekedése 2016-ban.

A 32 település népességében a harmadik és további gyermekek aránya jóval magasabb (39–47%) az országosan jellemzőnél (ami 20–22% volt a vizsgált időszakban). A hátrányos helyzetű települések népességében – az országos átlagtól eltérően – nemcsak 2016-ban, hanem 2011-ben, 2014-ben is megnőtt az első gyermeküket szülők aránya. Ez az utóbbi arány Nyírmihálydiban 2012-ben és 2016-ban nőtt meg (2014-ben nem), Tiszabőn 2011-ben, 2014-ben és 2016-ban is. Tiszaburán 2011-ben és 2015-ben volt tapasztalható az első gyermekek születése arányának növekedése, Nyírkátán pedig csak 2016–17-ben.

Az országos trendeket tekintve jól látható a gyermekszülés életkorának folyamatos későbbre tolódása a korcsoportok arányainak változásából.

Csak 2016–2017-ben a 25–29 évesek újra megnövekvő aránya jelzi egy enyhe, ezzel ellentétes változás fellépését. Emellett figyelemre méltó még, hogy 2013–14-ben és 2016-ban megnőtt a fiatalon, 15–24 évesen gyermeket vállalók aránya. Ebből az előbbi, a 2013–14-es időszakban történt növekedés feltehetőleg a gazdasági válság hatása volt. A 2016-os évet illetően lehetséges, hogy talán a kormány népesedéspolitikai intézkedései hatottak itt.

A 32 település népességében a 35 fölött gyermeket vállalók aránya hullámzott, de növekvő trendről nem beszélhetünk. Igen magas volt az anyák között a fiatalok, 15–24 évesek aránya – általában az 50–55%-os sávban ingadozott, szemben az országos 15–20%-os aránnyal. 2014-ben és 2016-ban itt is megnőtt a fiatalon gyermeket vállalók aránya (2013-ban azonban, szemben az országos trenddel, itt nem látható növekedés).

A négy vizsgált településen is meg-megnőtt a 15–24 évesen gyermeket vállalók aránya a 2010–17-es időszakban – különböző években. Nyírkátán 2012-ben és 2015-ben, Nyírmihálydiban 2011-ben, 2014-ben és 2016-ban, Tiszabőn 2012-ben és 2015–17-ben, Tiszaburán pedig 2012-ben – de emellett itt, ahol a 4 falu közül mindvégig a legmagasabb volt a 15–24 évesen gyermeket vállalók aránya (53–66%), a 15–19 éves korcsoport 2014–15-ös arányának a növekedése az, ami még külön kiemelendő.

## Orvosi-egészségügyi jellemzők aránya

A korai és középidős magzati halálozás tapasztalatról beszámolók aránya a 32 település népességében a két ilyen eseményt átéltek esetében volt magasabb az országos átlagnál, főként 2013–14-ben. Országosan is 2013–14-ben volt a legmagasabb a két és az egy ilyen eseményről beszámolók aránya is.

A 2010–17-es időszakban gyermeket szülők között az életük folyamán történt kései magzati halálózásról beszámolók aránya országosan 0,5–0,6% volt, a 32 település népességének átlagát tekintve az ennek mintegy kétszerese, az egyes években erősen ingadozva – 2013-ban és 2016-ban volt itt magasabb a 2010-es szintnél, de az

országos szintet minden évben vagy elérte, vagy jelentősen felülmúlta (a leginkább 2013-ban).

Mind az országos trendet, mind a 32 települését illetően örvendetesnek mondható a művi abortuszok arányának csökkenése. A 32 településen ugyanakkor jóval magasabb volt a korábbi művi abortuszról beszámolók aránya, mint az országos átlag – annak mintegy kétszerese.

A koraszülöttek és az extrém mértékben koraszülöttek aránya a 32 település esetében egyaránt jóval magasabb az országos átlagnál ( a 34–37. héten született gyermekek aránya országosan 14%, míg a 32 településen 19%), míg a 40 hétre vagy annál később születettek aránya az



országos átlagnál alacsonyabb. A koraszülöttek aránya 2012-ben országosan és a 32 település népességét tekintve is megnőtt, 2014-ben és 2016-ban csak utóbbiaknál.

A 32 hátrányos helyzetű településen a kis súlyú (2500 g alatt) újszülöttek aránya több kategóriát tekintve is jóval magasabb volt az országos átlagnál ( országosan 8,9%, míg a 32 településen 15,3%). Országosan 2013–14-ben nőtt meg az arány, a 32 településen 2012–14-ben és 2016-ban is.

A túl kis testhosszú (48 cm alatt) újszülöttek aránya a 32 településen jóval magasabb, az újszülöttek negyede, míg az országos átlag 15%.

Mind országosan, mind a hátrányos helyzetű településeken 2010-hez képest rosszabb helyzetet láthatunk mindvégig a 2011–15-ös időszak folyamán.

Az újszülött gyermekek Apgar-értékeit tekintve az országos átlagnál kétszer magasabb volt azon gyermekek aránya a 32 település átlagában, akiknél ez a pontszám a születés után közvetlenül igen rossz egészségi állapotot jelez, azaz a 10-es skálán 6-os érték alatti. Utóbbi népességben 2011–12-ben, 2014-ben és 2016-ban ugrott meg az arány. Országosan 2010–13-ban volt magasabb a 8 év átlagánál.

## A 4 legnagyobb születésszámú hátrányos helyzetű település egészségügyi változói

A koraszülöttek aránya országosan főként 2012-ben és 2016-ban haladta meg a 2010–17-es időszak átlagát, a 32 település népességében 2013–14-ben és 2016-ban. Nyírkátán főként 2015 jelentett ilyen évet, Nyírmihálydiban 2011, Tiszabón 2017, Tiszaburán 2010 és 2014.

A túl kis testsúlyú újszülöttek aránya országosan főként 2013–14-ben volt magasabb a 2010–17-es időszak átlagánál. A 32 település népességében (2010-en kívül) a 2013–14-es és a 2016–17-es is ilyen időszak volt. Nyírkátán 2010–11-ben, Tiszabón 2014–15-ben, Tiszaburán 2012-ben láthatjuk ezt.

A túl kis testhosszú újszülöttek aránya országosan főként 2014-ben és 2016-ban volt magasabb a 2010–17-es időszak átlagánál. A 32 településen pedig főként 2013–14-ben volt magasabb, de kisebb mértékben 2013-ban és 2016-ban is. A 4 település esetében problémát jelentenek (az adatvédelmi törvény miatti) adathiányok. Mindenesetre Nyírkátán 2014–17-ben a 2010–17-es időszak átlagánál rosszabb helyzet mutatkozott. Nyírmihálydiban 2012-ben és 2016–17-ben látható hasonló, Tiszabón 2012-ben és 2014–15-ben, Tiszaburán 2012-ben.

## Összefoglalás

Az országos adatok 2013–14-es alakulása alapján úgy tűnik, hogy amennyiben egy adott évben megnő a 8 osztályt végzettek között gyermeket vállalók aránya, akkor azzal együtt mintegy automatikusan megnő a koraszülések, a kis súlyú és kis testhosszú újszülöttek aránya is.

Összefoglalásként elmondható, hogy – amint az alábbi táblázat mutatja, a 32 hátrányos helyzetű

település népességében és jellemzően a 4, példaként kiválasztott településen is az országos átlagnál jóval magasabb a korábbi művi vetélések, a koraszülések, a kis testsúllyal vagy kis testhosszal született és az alacsony Apgar-értékű (a szülés után közvetlenül igen rossz egészségi állapotban levő) újszülöttek aránya is.

		Nyírkáta	Nyír- mihálydi	Tiszabő	Tiszabura	32 település átlaga	Országos átlag
Várandósság időtartama hetekben	19–33	3,5	3,1	1,4	4,1	3,4	2,5
	34–37	16,6	22,9	17,5	19,0	19,0	14,1
	40	22,0	17,3	23,0	28,0	23,6	26,9
Korábbi művi vetélések száma	1	11,2	14,7	12,1	11,0	11,4	11,1
	2	7,7	6,6	7,0	6,6	4,9	3,0
	3+	3,1	3,4	7,4	2,2	3,3	1,4
Újszülött testsúlya, kg	maximum 2,5	18,5	...	12,3	13,5	15,3	8,9
	maximum 2,6	30,5	30,9	23,2	22,9	25,8	14,4
	2,7–3,0	23,2	24,4	24,6	23,4	23,2	15,6
Újszülött testhossza, cm	maximum 48,0	17,8	16,6	16,4	15,4	25,7	15,5
	49,0–50,0	23,1	41,3	17,1	16,1	26,4	19,9
Alacsony Apgar-érték, pont (maximum 10 lehet)	1–6	2,8	...	...	...	0,9	0,5

1. táblázat: 2010–17-ben történt összes születés körülményei, adatai 4 konkrét településen, a 32 település átlagában és országosan, arányok megoszlása, %

A következő táblázat lehetővé teszi a 32 település átlagának az országos átlaggal való pontosabb összehasonlítását az orvosi-egészségügyi mutatók tekintetében. Látható, hogy minden mutató esetében jóval magasabb volt a rossz helyzetű újszülöttek aránya a 32 településen, mint országosan. A koraszülöttek aránya mintegy egyharmaddal, a kis súlyú vagy kis testhosszú újszülöttek aránya mintegy 70%-kal volt magasabb, az ala-

acsony Apgar-értéket mutató újszülötteké pedig 80%-kal. Még nagyobb volt az eltérés a 40 hétre született újszülöttek között, ahol a kis súlyúak aránya háromszorosa volt az országos átlagnak. A korábbi több művi vetélés aránya is jóval magasabb volt: a két művi vetélésről beszámolóké 63%-kal, a 3 vagy több művi vetélésről számot adóké 136%-kal volt magasabb az országos átlagnál.

		32 település átlaga	Országos átlag	32 település átlaga / országos átlag, %
Várandósság időtartama hetekben	19–33	3,4	2,5	136
	34–37	19,0	14,1	135
	40	23,6	26,9	88
Korábbi művi vetélések száma	1	11,4	11,1	103
	2	4,9	3,0	163
	3+	3,3	1,4	236
Újszülött testsúlya, kg	maximum 2,5	15,3	8,9	172
	maximum 2,6	25,8	14,4	179
	2,7–3,0	23,2	15,6	149
	max. 2,5 kg a 40 hétre születettek között, %	3,3	1,1	300
Újszülött testhossza, cm	maximum 48,0	25,7	15,5	166
	49,0–50,0	26,4	19,9	133
Alacsony Apgar-érték, pont (maximum 10 lehet)	1–6	0,9	0,5	180

2. táblázat: 2010–17-ben történt összes születés körülményei, adatai a 32 település átlagában és országosan, arányok megoszlása, %

A perinatális kórképek kialakulásáért számos tényező akár önmagában is felelős lehet (úgy mint anyai alkoholfogyasztás, várandósság alatti megbetegedések, dohányzás, helytelen táplálkozás), de sokszor tapasztalható (különösen a hátrányos helyzetű csoportokban) az egészségügyi ellátórendszer elérhetőségének, a korai gondozásba vételnek, a korai felismerésnek, az azonnali beavatkozásoknak a késedelme,

hiánya. Az egészségügyi gondozás alapellátása a kisebb településtípuson élő várandósoknál nehezebben valósult meg, de ha minél korábbi életkorban kezdik el az egészségügyi (főleg védőnői) és gyermekjóléti szakemberek a prevenciók segítségnyújtást, az érintett gyermekek és szüleik számára a szociokulturális hátrányok leküzdhetőbbé válnak.

## Absztrakt

Felmérésünk a KSH Élveszületési lapja adatainak keresztábrás elemzésével a 2010–17-es időszakban Magyarországon történt összes élveszületés adatait hasonlította össze 32 hátrányos helyzetű település és közülük a 4 legnagyobb gyermekszámú település adataival. Újdonsága a nagy minta – az ily módon különösen megbízható eredmények megerősítik a korábbi felmérések tapasztalatait: a hátrányos helyzetű települések össznépeességében és a példaként kiválasztott településeken is az országos átlagnál jóval magasabb a korábbi művi vetélések, a koraszülések, a kis testsúllyal vagy kis testhosszal született és az alacsony Apgar-értékű (a szülés után közvetle-

nül igen rossz egészségi állapotban levő) újszülöttek aránya is. Adataink révén emellett betekintést nyertünk mind az országos, mind a hátrányos helyzetű településeken történt születések szociodemográfiai hátterébe, ezek évenkénti változásaiba és az orvosi-egészségügyi mutatókkal való összefüggésébe. Tapasztalataink szerint bár 2016–17-ben némileg a hátrányos helyzetű településeken is megnőtt a foglalkoztatottak aránya az anyák között, az továbbra is igen alacsony (átlagosan 25% körüli) maradt.

**Kulcsszavak:** *születés, szülés, felzárkózó települések, egészség*

## Abstract

In our study we analysed the data of live births of all Hungary (collected by the Central Statistical Office) comparing these with the pooled data of 32 underdeveloped villages in the same 2010–17 period. These are mainly in peripheral rust belts of Hungary where the rate of low educated and of Romani population are usually much higher than the average. We paid special attention to the data of 4 villages with the largest number of births. Our analysis (using basically cross tabulations) included variables of the mothers' socio-demographic situation and the health data we got (number of earlier spontaneous and induced abortions, number of weeks of pregnancy, weight and length of the new-born

and Apgar-values). We could investigate the yearly changes in these, and their interdependence, too. Our results are robust and strengthen similar scientific evidence produced by earlier, smaller Hungarian studies: the ratio of earlier abortions, of premature birth, of low weight and short length of the new-born and of low Apgar-values (indicating a health crisis-situation of the new-born immediately after birth) was much higher than the national average among those born in the villages of these underdeveloped areas. In 2016–17 the rate of the employed grew among mothers in the underdeveloped villages, too, but it remained still very low (around 25% at the average).

## Felhasznált irodalom

*Apgar-érték.* 2014. 06. 08. <http://www.csaladivilag.hu/apgar-ertek/>

Currie, J. – Schwandt, H.: Short- and long-term effects of unemployment on fertility. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 2014. Sep 29.

Da Rocha, J. M. – Fuster, L.: Why are fertility rates and female employment ratios positively correlated across O. E. C. D. countries? *International Economic Review*, 4. sz.

Dombainé Arany Vera, Solymosy József Bonifác, Kanyik Csaba, Daróczy Gábor („Hátrányos helyzetű népesség egészségügyi kutatását végző munkacsoport”) (2002): *Roma felnőtt népesség egészségi állapota, egészségmagatartása és a romák, valamint az egészségügyi szolgálatok közötti kapcsolat vizsgálata*. Készült az Egységügyi Minisztérium megbízásából.

*European Perinatal Health Report*. 2008–2010. Euro Peristat Project SCPE, EUROCAT, [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)  
HFA Adatbázis – European Health for All Database 2015.

Járóka Livia: Új összeurópai romastratégiára van szükség. *Magyar Hírlap*, 11. 14. <https://www.magyarhirlap.hu/kulfold/20191114-jaroka-livia-uj-osszeuropai-romastrategiara-van-szukseg>

Joubert Kálmán (2006) *Az országos longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat eredményei 18 éves korig (I.)*. /KSH NKI Kutatási Jelentések, 83./ Budapest: KSH NKI.

Kapitány Balázs, Spéder Zsolt (2018) Gyermekvállalás. In: Monostori és mtsai (szerk.): *Demográfiai portré 2018*. Budapest: KSH NKI.

*A koraszülés, a kissúlyú születés és a fejlődési rendellenességek kialakulásának okait feltáró kutatás.*

Népegészségügyi ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése alprojekt. A/II. – Egészségtudatosság fejlesztése a koragyermekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) című munkacsoport. Széchenyi terv 2020 – Európai Szociális Alap.

*Magyarország 2017*. Budapest: KSH. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2017.pdf>

Morton, S. M. B., Atatoa Carr, P. E., Bandara, D. K., Grant, C. C., Ivory, V. C., Kingi, T. R., Liang, R., Perese, L. M., Peterson, E., Pryor, J. E., Reese, E., Robinson, E. M., Schmidt, J. M., Waldie, K. E. (2010) *Growing Up in New Zealand: A longitudinal study of New Zealand children and their families*. Report 1: Before we are born. Auckland: Growing Up in New Zealand.

Haiman Éva (2019) Rossz állapotban van a cigányság. A legnagyobb etnikum felzárkóztatása nélkül nem fog javulni az ország versenyképessége. *Magyar Nemzet*, 03. 18. <https://magyarnemzet.hu/belfold/rossz-allapotban-van-a-ciganysag-6017756/>

Örsal, D. D. K., Goldstein, J. R. (2018) The changing relationship between unemployment and total fertility. *Population Studies*, Vol. 72, 1. sz. 109–122.

Papp Z. (szerk.) (2016) *A perinatológia kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.

*A romák integrációját célzó nemzeti stratégiák uniós keretrendszere 2020-ig*. (Az Európai Tanács következtetései, 106665/11, 2011. május 19.)

Solymosy József Bonifác (2007) A romák egészségi állapota Magyarországon. In: *Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség*. Khetanipe for the Roma Unity Association. Legal depository: GU-143-2007. Madrid.

Várfalvi Marianna (2001) *A roma nők és az állami egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés 2001. évi jelentése*. Készítette az Egységügyi Minisztérium az Európa Tanács kérdőíve alapján.

Várfalvi Marianna (2009) ÁROP 1.1.9. A Társadalmi felzárkózás szakpolitikai eszközei projekt a Stratégiához és Keretmegállapodáshoz kapcsolódó, egészségügy területéről kiválasztott és bemutatott, elemzett „jó gyakorlat” programok: „Biztos Kezdet Segítése” – Foglalkoztatási Program TÁMOP 5.1.1-09/9-2009-003 település egészségfelelős képzésről.