

Feith Helga Judit – Lukács J. Ágnes

Szüléshez kapcsolódó betegjogi kérdések etnikai metszetben

A hazai cigány¹ népesség egészségi állapotával számos kutatás foglalkozott az elmúlt évtizedekben, melyek mindegyike felhívja a figyelmet a romák szociális hátrányok okozta egészségi deficitére. Kevesebb hangsúly helyeződött azonban az egészségügyi ellátórendszer és a hazai cigány csoportok kapcsolatának vizsgálatára. Az alapvetően középosztályi normákra épülő egészségügyi ellátórendszer működése a mindennapi gyakorlatban számos alkalommal konfliktust teremt a romák és az egészségügyi dolgozók között. Ez a feszültség rendkívül komplex, kulturális, szociális tényezők és a kisebbségi létből fakadó szociálpszichológiai mechanizmusok egyaránt meghatározzák (Lukács & Feith, 2016).

Tanulmányunkban az egészségügyi ellátórendszer egy speciális területén vizsgáljuk meg ezt a soktényezős jelenséget. A szülészeti ellátás során a kulturális, szociális és szociálpszichológiai elemek mind erőteljesen megmutatkoznak, számos betegjogi dilemmát vetve fel. Az elméleti összefoglaló után szülésznőkkel készített fókuszcsoportos vizsgálatunk eredményeit mutatjuk be.

Gyermekvállalás és szülés cigány édesanyák körében

Mielőtt az eddigi kutatások alapján összefoglaljuk a cigány édesanyák és egészségügyi ellátórendszer kapcsolatának legfontosabb elemeit és ezek jogi vonatkozásait, fontosnak tartjuk leszögezni, hogy a hazai cigány népesség minden tekintetben heterogén csoport, néprajzi, lingvisztikai és szociális dimenziók szerint egyaránt differenciálódik. A Kárpát-medencében jellemző fő – romungró, oláh és beás – cigány csoportokat általában kulturális szempontok mentén különböztetjük meg, ugyanakkor a csoportok tovább strukturálódnak szociális tényezők mentén is: a családi szocializáció, az iskolázottság, valamint a településtípus determinálja az adott cigány csoportra jellemző kulturális elemeknek, hagyományoknak és szokásoknak az őrzését. Éppen ezért az egyes kutatások megállapításai semmiképpen nem általánosíthatók a teljes hazai roma populációra.

Feith Helga Judit PhD., főiskolai docens, tanszékvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék

Lukács J. Ágnes tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék

1 Tanulmányunkban a roma és cigány kifejezéseket egymás szinonimájaként használjuk, értve alatta a teljes népcsoportot.

Gyermekvállalás

A roma népesség esetében a gyermekvállalási hajlandóság jelentősen magasabb a többségi társadalomhoz képest (Hablicsek, 2007). A legutóbbi, 2011-es népszámlálási adatok szerint a teljes népesség körében 147 volt a 100 főre jutó élve született gyermekek száma, a cigányság esetében 233 (KSH, 2011). Triviális megállapítás, hogy a romák magasabb termékenysége a szülészeti ellátásban is hangsúlyosabb jelenlétet eredményez. A magasabb termékenységi mutatók mögött azonban szintén több tényező áll. A magasabb termékenységgel összefügg az alacsonyabb képzettség, valamint a munkaerő-piaci inaktivitás, ezek azonban nem elválaszthatók az etnikai háttértől, és régióként változhatnak (Husz, 2011). A kulturális és szociális elemek, valamint a kisebbségi létből fakadó mechanizmusok együttesen, szétválaszthatatlanul magyarázzák a magasabb gyermekszámot (Durst, 2006). A roma nők ugyanakkor nem csak több gyermeket vállalnak, de jóval fiatalabb korban, mint a nem roma nők. Ezt az összefüggést is differenciálják azonban a területi és kulturális különbségek, például a többi roma csoporthoz viszonyítva a beás cigány csoportoknál kevésbé jellemző a korai gyermekvállalás, ezzel együtt az észak-magyarországi régió sokkal inkább érintett (Janky, 2007; Husz, 2011). Fiatalabb életkorban, különösen kiskorúként (vagyis 18 éves kor alatt) vállalt várandósság, gyermekszülés számos jogi dilemmát, olykor aggályt vet fel. Bármilyen egészségügyi szolgáltatás igénybevételéhez igen lényeges a beteg hozzájáruló nyilatkozata, mely történhet írásban (nem elhanyagolható kockázatot jelentő invazív beavatkozások esetén minden esetben kötelező írott formában), szóban vagy ráutaló magatartással. Ahhoz, hogy bárki érdemi módon tudja gyakorolni az önrendelkezési jogát, nagyon lényeges a megfelelő belátási képesség és a tájékozottság. Minél fiatalabb életkorú a beteg, annál kiszolgáltatottabb helyzetbe kerülhet, hiszen az életkorából adódó tapasztalatlansága, a megfelelő iskolai végzettség hiánya képtelenné teheti őt az egészségügyi ellátása során a megfelelő, felelősségteljes döntés (beleegyezés vagy esetleg az ellátás visszautasítás) meghozatalára. Az érett (16-18 éves) kiskorú ugyan engedélyvel köthet érvényes házasságot, s ilyenkor cselekvőképessé válik, de a 18 éven aluli gyermekek zöme nem szerzi meg ilyen módon a cselekvőképességet – lévén, hogy a cigány csoportok esetében a házasság nem feltétlenül kapcsolódik jogi aktushoz –, vagyis törvényes (szülő vagy gyám által ellátott) képviselőre szorulnak. Ilyenkor – különösen egy konzervatív, tekintélyelvű családmódelben nevelkedő gyermek – nem feltétlenül aktív részese a testét, egészségét érintő döntéshozatalnak. S nem csak a döntések, hanem a megfelelő egészségmagatartás tekintetében is hátrányt szenvedhetnek el a kiskorúak, hiszen sok esetben még nem alakult ki a megfelelő egészségkultúráltság, körükben magas a rizikómagatartások prevalenciája. Ilyen formán a gyermekkorú, különösen a rossz szociokulturális környezetben nevelkedő cigány várandós és szülő nők a többségi társadalom hasonló korú fiataljaihoz képest akár sokszoros hátránnyal rendelkezhetnek.

Szülés

A cigány csoportok hagyományait összegző gyűjtések számos csecsemőgondozással kapcsolatos hiedelmet leírnak, ám a szüléssel kapcsolatban kevés információt közölnek. Ennek legfőbb oka, hogy a roma nők – a szülés medikalizációja előtt – jellemzően egyedül vajúdtak és szültek, segítséget már a gyermek megszületése után kaptak. A férfiak elkerülték a születés momentumát, azonban az apa feladata volt a magzatbu-

rok/méhlepény eltemetése. Ugyan a tradicionális cigány közösségekben a várandós nőket nem kímélik, a gyermeket szülő asszony annál nagyobb figyelmet kap, mi több, elvárt, hogy a tág család meglátogassa (napjainkban már a kórházban), étellel-itallal lássa el. (Náday, 2000; Rostás-Farkas, 2000)

A hagyományőrző cigány csoportok életében a közösségben megélt öröm és bánat alapvető fontosságú. A szokásrendnek megfelelően a cigány kismamákat nem csak a szűk család, de akár az egész közösség meglátogatja a kórházban. Ugyanakkor ez szemben áll az Eütv.-ben szabályozott egyik betegjoggal, hiszen bár minden beteget megillet a személyes kapcsolattartás joga (néhány kivételtől eltekintve), de ezt csak a többi beteg betegjogainak tiszteletben tartásával, s a betegellátás zavartalanágának biztosításával lehet gyakorolni. Az egészségügyi dolgozók gyakran nem tudnak mit kezdeni ezzel a jelenséggel, hiszen ezek a látogatások nem feltétlenül illeszkednek a kórházi házirendhez a látogatási időt, de a kórteremben egy időben jelenlévők számát illetően sem. (Szirtesi, 2002; Szabóné 2012; Lukács & Feith, 2016) Világos példa ez arra, amikor egy tradicionális és egyébként a cigány társadalomban széleskörben elfogadott és alkalmazott szokás szemben áll egy törvényben szabályozott esetkörrel.

Neményi Mária 1997-es kvalitatív vizsgálatában résztvevő cigány kismamák elmondásuk alapján ameddig csak lehet, otthon vajúdnak, igyekeznek minél később a kórházba kerülni, hiszen egy olyan hierarchizált és idegen közegbe kerülnek, ahol kiszolgáltatottságot, félelmet élnek meg. Sokukban megfogalmazódik, hogy a paraszolvencia hiánya miatt nem bánik velük megfelelően az egészségügyi személyzet. (Neményi, 1998)

A szülészeti, nőgyógyászati szakellátás területén a cigány nők többször számolnak be lekezelő hozzáállásról, előítéletességről, nem csak az egészségügyi dolgozók, de a többi páciens részéről is (Neményi, 1998; Gyukits, 2000; Solymosy, 2007). Előfordul, hogy a cigány nőket elkülönítve helyezik el az osztályokon, kvázi roma kórtermeket hozva létre (Solymosy, 2007). Ilyenkor beazonosíthatóan két betegjog sérülhet: a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog, valamint az emberi méltósághoz való jog.

A roma kismamák egészségmagatartása gyakran elmarad a többségi társadalomhoz tartozó várandós nőkéttől, amelyet a szociális tényezők ugyancsak erőteljesen meghatároznak. A tápanyagszegény táplálkozás, a káros szenvedélyek (elsősorban dohányzás) nagyobb eséllyel vezet koraszüléshez vagy alacsonyabb születési súlyhoz (Balázs et al., 2010; Fogarasi-Grenczer, 2015).

A szülésznők és nőgyógyászok munkáját nehezíti, hogy a tradicionális cigány közösségek jellemzően szemérmesek és tabuként tekintenek a szexualitáshoz kapcsolódó kérdésekre, amely a két fél közötti kommunikációnak erőteljes határokat szab (Szirtesi, 2002; Angyal, 2007, 2015; Szabóné, 2012; Nagy, 2016). Részben ebből, részben az alacsony iskolázottsági szintből fakadóan a roma nők gyakran kevés ismerettel rendelkeznek a termékenység témájában (Neményi, 1998). Az alacsonyabb ismeretszint miatt a többségi társadalom tagjaihoz képest még nagyobb a rizikója az információs aszimmetriának, vagyis annak, hogy a várandós vagy szülő nő nem érti meg az egészségügyi dolgozó tájékoztatását, s nem tud, nem akar vagy nem mer kérdezni. Ez különösen neuralgikus kérdés az egészségügyi szolgáltatás során, mert a megfelelő tájékozottsági szint ugyanakkor szoros összefüggésben áll az ellátás visszaautásításának, az egészségügyi intézmény elhagyásának és a beteg önrendelkezési jogának a gyakorlásával.

Az egészségügyi dolgozók – védőnők, szülésznők és szülészorvosok – körében számos sztereotípiát él a cigány kismamákról. Egyrészt, hogy a cigányok, mint „civilizá-

latlan természeti nép”, ösztönösen, kontrollálatlanul, sokszor teátrálisan viselkednek, amely a szülés situációját is meghatározza. Másrészről, hogy a romáknál a tájékoztat-lanságból fakadóan hiányzik a tervező attitűd a gyermekvállalás területén, illetve az egészségmagatartásuk sem kielégítő. Természetesen az egészségügyi dolgozók sztereotípiái valós tapasztalatokon alapulnak, ugyanakkor ezek sokszor általánosítóak, nem számolnak a roma népesség heterogenitásával. (Neményi, 1998)

A roma édesanyák és az egészségügyi dolgozók egymásról alkotott sztereotípiái mindkét fél részéről erős előítéleteket éltetnek, amely rányomja a bélyegét az egészségügyi ellátásra is (Neményi, 1998). Az egészségügyi szolgáltatói oldal felől jelentkező előítélet a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jogot (pl. negatív diszkrimináció), esetleg az emberi méltósághoz való jogot (pl. durva, lekezelő hangnem; megfelelő indok nélküli várakoztatás) sértheti.

Módszer

Kvalitatív kutatásunk során szeretnénk volna mélyebben feltárni a szülészeti ellátás és a roma édesanyák kapcsolatát. Célunk volt, hogy a mindennapok során felmerülő leggyakoribb konfliktushelyzeteket megismerjük – ezúttal a szülésznők szemszögéből. Az interjúvázatlanban szociológiai és jogi szempontokat egyformán érvényesítettünk, mindenütt azt vizsgálva, hogy a többségi társadalomhoz képest a cigány várandósok és szülő nők mennyiben térnek el az egészség- és rizikómagatartásuk, szülésre vonatkozó ismereteik, szokásaik; szociális háttérük, kulturális különbségeik, szülésre vonatkoztatott családi szerepterheik és szerepelvárásaik, valamint egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos viselkedési mintázatok tekintetében. Ehhez kapcsolódó fontos kérdés volt az is, hogy vajon a többségi társadalom tagjai hogyan ítélik meg és viselkednek a cigány várandósokkal szemben, mennyiben jelenik meg az egészségügyi intézményekben a szegregáció a többségi társadalom igénye alapján.

Fókuszcsoportos vizsgálatunkba olyan gyakorló szülésznőket vontunk be, akik valamelyik budapesti kórházban dolgoznak, és munkájuk során gyakran találkoznak cigány páciensekkel. A fókuszcsoport résztvevőinek kiválasztásában – az említett szempontokon túl – a heterogenitásra törekedtünk, azaz néhány éves, és több évtizedes tapasztalattal rendelkező szülésznők véleményére egyaránt kíváncsiak voltunk. A csoportos interjúkn két budapesti egészségügyi intézményből összesen 10 szülésznő vett részt, akik átlagéletkora 36 év volt (min. 26, max. 57). Iskolai végzettség tekintetében 8 szülésznő BSc diplomával, kettő pedig középszintű szakmai végzettséggel rendelkezett. A kutatásba bevont szülésznők átlagosan 13 éve dolgoznak a szakmában (min. 2, max. 36), és három kivétellel a jelenlegi egészségügyi intézményükben töltötték ezt az időt. A csoportos beszélgetésen résztvevő szülésznők mindegyike napi rendszerességgel találkozik roma páciensekkel a munkája során, nyolcan aktívan részt vesznek a várandósgondozás folyamatában is. A szülésznők fele – fiatalabbak és idősebbek vegyesen – tanult képzése során a cigány csoportokról, kulturális sajátosságaikról. Mind az öt szülésznő a szakmai alapképzés során találkozott a roma témával, egy-két alkalommal hallgattak ezzel kapcsolatban ismereteket.

A fókuszcsoport 2018 áprilisában valósult meg, 118 percig tartott, a beszélgetést a résztvevők engedélyével diktafonnal rögzítettük. Az elemzés során a kategorizáció



GALÉRIA

módszerét alkalmaztuk, azaz a kutatási kérdések szempontjai mentén csoportosítottuk és mutatjuk be a fókuszcsoportos beszélgetés eredményeit, megvilágítva a hasonló és különböző véleményeket.

Eredmények

A fókuszcsoportos beszélgetés eredményeit – bár vegytisztán nem elválaszthatóak – három téma mentén mutatjuk be. A kulturális sajátosságokat érintő kérdések után az alacsony szociális státusszal, majd a szociálpszichológiai mechanizmusokkal kapcsolatos szülésznői tapasztalatokat közöljük.

Kulturális meghatározottság

A roma családok életében a gyermekszületés egy kitüntetett és nagy közösségben megélt társasági esemény, gyakorlatilag ez határozza meg a várandósság és a szülés egészét. A fókuszcsoportos beszélgetésen résztvevő szülésznők zöme arról számolt be, hogy a szülés során a vajúdnó körbevevő tágabb közösség meghatározó alakja egyértelműen egy nő lesz (szemben a romaközösségek tradicionálisan férfijogú tagozódásával). Ez a nő, aki végigkíséri a vajúdás és szülés folyamatát, általában a születendő gyermek apjának az édesanyja, vagyis a vajúdnó nő anyósa, „*az anyós tán még fontosabb, mint a férje*”. A többségi társadalom tagjainál azonban a vajúdnó nő párja, esetleg valamilyen vérszerinti rokon vagy barát jelenik meg segítőként. A romáknál az anyós stá-

tusz nem feltétlenül jelent jogi értelemben vett rokoni, vagyis házasságkötésen alapuló kapcsolatot, hiszen cigány közösségekben sokszor elegendő az, ha a csoport házasságként ismeri el a fiatalok kapcsolatát, „a lényeg, hogy csak meg legyen beszélve”. Ugyanakkor tradicionális roma családokban szokás, hogy a jogi értelemben vett házasságot is megkössék, akár már érett kiskorúként.

„Múltkor egy kiskorú lánynál nem ő választotta meg, hogy ki lehet bent. Én mondtam, hogy adott esetben az édesanyja, édesapja lehetne, de mondta az anyósa, hogy ő az anyósa, szóval ő lesz bent. Mondtam, hogy hát azért az anyukát is engedjük be néha, amíg beleegyeznek bizonyos dolgokba, vagy egyáltalán... De kötötték az ebet a karóhoz, hogy márpedig az anyósa fog megmondani mindent, a gyorsítót, a burokpesztést, minden beavatkozást.”

A cigány vajúdo nő helyett tehát a közösség szabályai alapján születik meg a döntés arról, hogy a vajúdás és a szülés alatt ki legyen a beteggel, ami az Eütv.-ben szabályozott kapcsolattartás betegjogi normáitól eltérő. Abban az esetben, amennyiben a cigány beteg kiskorú, a saját szüleinek, mint törvényes képviselőinek a lehetősége arra korlátozódik, hogy a kiskorú helyett és nevében megtegyék a szükséges beleegyező nyilatkozatokat, de a közösség szabályai miatt nem feltétlenül lesznek jelen lányuk vajúdási és szülési folyamatánál. „Az anyóssal zongorázzuk le dolgokat.” – jelezte több interjúalany, vagyis ilyen esetekben az anyós a kapcsolat a vajúdo, szülő nő felé. Ennek lehet pozitív és negatív hatása egyaránt az interjúalanyok szerint. Miután a roma asszonyok szülés terén általában tapasztaltabbak, hiszen jellemzően több gyermeket hoztak a világra, ezért megerősíthetik, amit a szülésznő mond, de olykor nehézséget is jelenthet a jelenlétük. Több interjúalany megerősítette, hogy miután az anyós ilyenkor a születendő gyermekre koncentrálnak inkább, ezért sokszor „gyorsítót” (oxytocin) kérnek a menyük részére, miközben, ha a roma várandós az édesanyja jelenlétében vajúdik, akkor erősebben fókuszál a lányára, s annak szenvedésére, fájdalmainak enyhítésére. Az interjúalanyok szerint nagyon fontos, hogy roma nők esetén a szülésznő felmérje az erőviszonyokat, s annak megfelelően válassza meg a kommunikáció irányát.

Azonban több szülésznő beszámolt arról is, hogy egyre gyakrabban szülnék olyan fiatal romák, akik vagy véletlenül estek teherbe, vagy már nem tartják olyan erősen a szokásokat, ilyenkor a nagycsalád sincs ott, s nem az anyós a meghatározó, hanem esetleg a testvér vagy a születendő gyermek apja.

A kísérő személye a szülési fájdalmak kifejezésének mértékét, és ebből következően a fájdalomcsillapítás módját is meghatározza. Amíg az anyós jelenlétében a cigány származású cigány kismamák visszafogottan mutatják csak ki a fájdalmat, az édesanyjuk, vagy partnerük esetében sokkal intenzívebben kifejezik ezt, adott esetben teátrális módon, ahogyan erről az egyik szülésznő beszámolt.

„Az anyós mellett nem mutathatom ki, hogy én gyenge vagyok, vagy nekem fáj. Az anyukám mellett teljesen más, meg a férj, vagy partner mellett is szerintem. [...] Az anyósnál belső kényszerből... Most nem arra gondolok, amikor az anyós azt mondja, hogy 'fejezd be', vagy 'csöndbe maradjál', vagy 'túrd', bár sokszor van ilyen is az anyós részéről... De van egy belső készítés, hogy ő ötöt szült, az én páromat is ő szülte, hát akkor nehogymár én ne tudjak.”

A szülési fájdalom elviselésében a szülésznők szerint nincs igazán különbség a roma és nem roma kismamák között, személyiség és egyfajta „érettség” kérdése, hogy hogyan viselik a szülést. A cigány származású szülő nők esetében ez az érettség ugyanakkor – főleg a Budapest környéki családok esetében – kulturálisan meghatározott, a fiatal lányok szocializációja a családanya-szerepre való felkészítésre koncentrálnak.

„Azért az biztos, hogy a roma 15 éves lány érettségben mégis más, és azért érettebb, mert az egész szociális környezete erre sarkallta, hogy érett legyen, hogy családanyaként gondolja el magát 16 évesen, és erre rendezkedjen be. [...] Egy 15-16 éves magyar [nem roma] lány szülése egy gyerek szülése lesz, a romáknál azért érezhető a felnőtt vonal.”

„Náluk ennek is sokkal nagyobb tradíciója van, hogy ez a bizonyos 'én is ott voltam a testvéremnél, meg a sógornőmnél'... tehát ott még megvan, ami régebben talán a mi társadalmunkban is így volt, hogy az asszonyok a szülés körül, és ennek nagyon nagy jelentősége. Hiába nem egy tanult kismama szül, mégis az a tudás, amit ő megkapott, hogy a kistesómat pelenkáztam, meg amikor anyu benn volt a kórházban, meg a három nap, meg amikor a köldökzsinór... tehát nagyon sok olyan tudásuk van, ami nem egy könyvből tanult tudás, hanem valahogy az ösztönös cselekedetek miatt szülnék szépen. Tehát hogy van bennük egy őspanyai tapasztalat, ami akár úgy szerzett, hogy az anyukám, a nagymamám elmesélte.”

A kulturális meghatározottság fontosságát jól illusztrálja a következő idézet, amely a belvárosi, tradícióikat kevésbé, vagy egyáltalán nem tartó cigányságot jellemzi.

„Nekem pontosan ellenkező a tapasztalatom... Az a mendemonda, hogy 'bezzeg a cigányasszonyok', meg 'miért nem úgy szülsz, mint egy cigányasszony'... Ez pontosan megfordult, és elkezdtek követni egy trendet, hogy 'császármetszést kérek, érzéstelenítőt kérek', és egyáltalán nem működnek a régi ösztönök.”

A szülésznők beszámolóit szerint a szülést vezető orvos gyakran bele is megy a császármetszés elvégzésébe – függetlenül attól, hogy az nem indukált –, hiszen a cigány kismamák mellett jellemzően jelen van a népes rokonság is, akik türelmetlenül várják a legfiatalabb családtag érkezését. A roma családok esetében ugyanis a születés rendkívül fontos közösségi esemény, a kismama kórházba érkezésétől az újszülött világra jöveteléig kitaratóan várokoznak, akár a vajúdás teljes ideje alatt, időnként 10-12 órán keresztül is.

„Az anyóssal jön, de azt tudni kell, hogy a folyosón a család huszonöt tagja, és az ajtón hol ez jön be, hol az jön be, cserélgetnek, az egész családot megismerjük.”

„Ez a családi összetartás, csak úgy tudják elképzelni, hogy ha szül valaki, akkor mindenkinek ott kell lenni, a férfiaknak, a nőknek, folyik a pezsgő...”

A várokozás gyakran italozással, zenéléssel (néha veszekedéssel) egybekötött ünneplést is jelent. A népes, adott esetben hangos tömeg kezelése nehézséget jelent a szülésznők számára, hiszen az gyakran zavarja az ellátást, a többi vajúdót és várokozó



GALÉRIA

családtagjaikat. Ugyan a vajúdo mellett egyszerre csak egy családtag lehet, természetesen mindenki szeretné jelenlétével is biztatni a cigány kismamát. A kórházi házirend ezen áthágása mindennapos probléma az osztályokon. Néhány szülésznő próbál rugalmas lenni, és megengedi, hogy egyszerre akár ketten, vagy folyamatos cserével több családtag is bemehessen a vajúdohoz, de az engedékeny magatartást sok esetben kihasználják a cigány családtagok. Többször előfordul, hogy a rokonság megpróbálja megvesztegetni a szülésznőket.

„Nem tartják a szabályokat, őket az nem zavarja, hogy másik öt vajúdot zavarnak, vagy másnál nem tud bejönni...”

„Ugyanez elmondható a látogatási időre, ki van írva a váróban, hogy mettől meddig van látogatás, de nem ismerik a számokat olyankor. A szülőszobán is ki van írva, hogy a vajúdo nő mellett egyszerre csak egy családtag lehet, és nyilván a nem romák is bepróbálkoznak, de azért, ha nekik el van mondva, azért betartják. A cigányoknál meg csak hátat fordítok, hogy írjak, és a hátam mögött szaladnak be négyen.”

A legtöbb feszültség a cigány kismamák szülészeti ellátása során tehát a kórházi házirend be nem tartásából fakad. Konfliktus esetén a legkülönbözőbb kimenetekel valósulnak meg a mindennapi gyakorlatban a szóváltástól kezdve egészen a rendőri intéz-

kedésig. A szülész nők kiemelték, hogy az esetleges konfliktusok esetén kulcsfontosságú a megfelelő kommunikáció, a folyamatos tájékoztatás, és legfőképpen a megfelelő hangnem megütése, amely semmiképp sem lehet „erőfitogató”.

„Szinte minden nap találkozunk nagyon agresszívvel is, de én azt gondolom, hogy ha kimegyünk, és egy picit az ő szintükön adunk felvilágosítást, akkor lehet kezelni. Az a lényeg, hepciáskodni nagyon nem éri meg velük, mert akkor egyből azt gondolják, hogy 'na, lenéz', de hogyha egy picit az ő szintükön elmondjuk, hogy hol tart a folyamat – nem mondom, hogy nem tépi fel két óra múlva az ajtót –, de azt gondolom, hogy azért lehet kezelni.”

„Egy bizonyos hangnemet meg kell választani, különben elfajulhat a dolog.”

A konfliktusok kezelésének másik nagyon fontos gyakorlati eleme lehet – kiváltképp a tradicionális cigány közösségek esetében – a közösség legtekintélyesebb tagjának a megnyerése. A szülés esetében általában az anyós ez a személy.

„Ha ott megtalálod a főnököt, megkérdezed, hogy 'na, ki a főnök a csoportban?', ott legtöbbször valamelyik időse asszonnal beszélsz, és akkor azt mondd, hogy 'na akkor a férfiakat letereli a kertbe', akkor ők lemennek, ő úgy nagyjából rendet rak, és megszűnik a 'folyik a pezsgő, bokáig áll', meg a duhajkodás, mert sokan vannak, összevesznek, összeveszik a két család, akkor azért lesz konfliktus, fiút várnak, lányt várnak...”

A cigány kismamák számára nem különösebben fontos, hogy a gyermeket mellkasra helyezték a szülést követő aranyórában. A születést követő rítus az ún. „cigányáldás”, ezzel a jelenséggel azonban a belvárosi romákat ellátó intézmény szülész női nem, csak a Budapest környéki cigány kismamákkal foglalkozó szülész nők találkoztak. Emellett előfordul, hogy piros karszalagot kötnek az újszülöttre.

*„Van a cigányáldás. Bejön az anyós, vagy az anyuka is, hozza a pezsgőt, és meg-
nedvesíti vele a kismamának és a kisbabának is a száját, mert azzal hoz ő egy áldást, és magyaráz ott valamit cigányul. Nekik ez egy rituális dolog.”*

A folyosói ünneplés egészen a gyermek megszületéséig, adott esetben a „cigányáldásig” tart, utána a népes család szétszéled, magára hagyva az újdonsült édesanyát. Gyakran sem ételt, sem italt nem hagynak ott a frissen szült asszonynak, a szülész nők segítenek az alapvető dolgokat (pl. intimitét) összeszedni az édesanyának.

„Ami szerintem egy érdekes dolog, hogy a cigány társadalomban a gyerek születése – persze nyilván a többségi társadalomban is – a legnagyobb, legfontosabb dolog, de náluk egészen addig fontos, ameddig meg nem történik... Mint a tűz, elhúznak, és a pezsgőspohártól kezdve a lábnyomokig marad utánuk csak ennyi, és egyes egyedül talán a kislánynak-asszonynak az anyukája az, aki marad.”

„Addig a pillanatig számít az asszony, amíg meg nem szülte az utódot.”

A születendő gyermek és a születés ténye mellett a kismama jól-léte másodlagos, amit az is példáz, hogy ha a kórházba érkezést követően pár órán belül nem indul be a szülés, akkor gyakran önkényesen távoznak, saját felelősségre hazamennek, akár az orvosi javallat ellenére is. Az is előfordul ugyanakkor, hogy idő előtt behozza a kismamát a mentő, ám a család inkább már nem viszi haza a kismamát, ezzel is mintegy „sürgetve” a gyermek érkezését.

A roma édesanyák többsége a tápszerrel szemben egyértelműen a szoptatást pártolja. A szoptatással a szülésznők elmondása alapján ritkán van probléma a cigány kismamák már fentebb említett tapasztaltsága miatt. A szülésznők azonban azt is kiemelték, hogy az újszülötteket gond nélkül a szobában hagyják, vagy beadják a csecsemőgondozókhoz a többségében dohányzó roma édesanyák.

Alacsony társadalmi státusz

A fókuszcsoport során hamar egyértelművé vált, hogy a két egészségügyi intézményben ellátott cigány kismamák többsége – leszámítva a belvárosi, jómódú, muzsikus cigány családokat – egyben alacsony társadalmi státuszú is. Az alacsony iskolai végzettség, és az ezzel összefüggő munkaerő-piaci inaktivitás, valamint rosszabb egészségmagatartás a várandósság folyamatára is rányomja bélyegét.

A roma nők először is több gyermeket, és korábban vállalnak a többségi társadalomhoz képest. Ez a jelenség természetesen – ahogy azt az elméleti részben kifejtettük – nem függetleníthető a kulturális elemektől, azonban a szociális státusz is erőteljesen alakítja a gyermekvállalási kedvet.

„Nagyon sokszor nagyon fiatalon már többedszer szülnek. Pont, ha az egyik doktort idézzük, azt szokta mondani, 'egyszerűen először szülő roma asszony nincs'. Tehát nagyon gyakran nagyon fiatalon már a sokadik gyermeküket szülik. Ami szerintem nehézség, hogy ők nagyon-nagyon ritkán jutnak el esetleg egy felkészítő tanfolyamra, vagy hogy tudnák is, hogy mire készülnek, és szerintem a körülöttük lévő idősebb nők sem jól készítik fel őket. De én minél inkább a családban látom azt, hogy nagyon rossz irányba terelik a kismamákat. Mostanában nagyon sokszor tapasztaltam azt, hogy nagyon fiatal roma lányok, és olyan gyönyörűen szültek, hogy tényleg... az ember meg is könnyezte, mert 16-17 éves, és énszerintem azért meg kell érne a szülésre.”

A szülésznők nem tapasztalták a szakirodalom által gyakran emlegetett szegénylősséget, szemérmességet a cigány kismamák körében. Az intim testrészeket jellemzően néven nevezik, a köznapi, adott esetben pejoratív kifejezéseket használva. Néhány tipikusan használt kifejezés azonban előkerült a csoportos beszélgetés folyamán, például az oxytocint köznapi nyelven „gyorsító”-nak hívják, a koraszülésnél az érést elősegítő tokolízis folyamatát „visszatartás”-nak, az abortuszt pedig „vetetés”-ként emlegetik.

A cigány kismamák gyakran nincsenek tisztában alapvető fogalmakkal, de ez az alacsony iskolai végzettséggel van összefüggésben, a hasonló státuszú nem roma szülő nőkre ugyanis ugyanúgy jellemző. Az alacsony iskolai végzettség, a funkcionális analfabetizmus az egészségügyi ellátás során jogi szempontból is problémát okozhat, hiszen a beleegyező nyilatkozatokat nehezen tudják értelmezni, az aláírás is sokszor nehézséget okoz, s gyakran csak úgy tesznek, mintha értenék az írottakat. *„Vagy úgy ír alá, hogy*

ilyen krikosz-kraksz, vagy úgy ír, mint egy általános iskolás, és negyed óra.” A jogszabályi rendszert, a betegjogi képviselő szerepét a cigány páciensek általában nem ismerik, konfrontálódás esetén a szóbeli fenyegetés lehetőségével élnek.

A szülésznők beszámolója alapján az alacsony státuszú cigány kismamák többsége nem megfelelően táplálkozik, sokan közülük dohányoznak, a belvárosi roma kismamák körében pedig nem ritka a droghasználat. Mindezek ellenére a szülésznők tapasztalata szerint ritkán fordulnak elő fejlődési rendellenességek, feltehetően azért, mert jellemzően fiatalon vállalják a roma nők gyermekeiket. A koraszülés ellenben annál gyakrabban fordul elő körükben, ám a megkérdezett szülésznők a koraszülött csecsemőket is életerősebbnek látják a nem roma újszülöttekhez képest: *„Meglepően jó állapotban vannak a roma koraszülött csecsemők, kabinoxigént szoktak csak kapni.”*

Szintén nem roma-specifikus, hanem az alacsony iskolai végzettséggel és rosszabb szociális helyzettel függ össze a nem megfelelő személyi, vagy tárgyi higiéné (például várandósgondozási kiskönyv állapota).

A szülésznők szerint a magasabb társadalmi státuszú cigány családokkal való munka ugyanúgy rejt magában kihívásokat, a kulturális tényezők mellett *„kibújik belőlük, hogy nem tartják a szabályokat”*), sokszor az anyagi jólétükre alapozva követelőzőbbek az ellátás során.

Szociálpszichológiai mechanizmusok

A kisebbségi létből fakadó szociálpszichológiai mechanizmusokkal kapcsolatos dilemmák javarészt a diszkrimináció és szegregáció témájához kapcsolódnak. A fókuszcsoportban résztvevő szülésznők elmondták, hogy tapasztalataik alapján egyértelműen gyakrabban küldenek kórházak az ő egészségügyi intézményeikbe cigány kismamákat, mindkét intézmény egyfajta „gyűjtőhely” ebből a szempontból. Az osztályon ugyanakkor a szülésznők nem válogatnak roma és nem roma kismamák között, ezt a résztvevő összes szülésznő megerősítette.

Mindkét intézményben egyértelmű azonban a szegregáció, elkülönített kórterme van a cigány anyáknak, ha nem is a vajúdás időszakában, de a csecsemőosztályon mindenképpen.

„A terhesosztályon talán annyira nincs ez olyan élesen, inkább a gyermekosztályon.”

„A gyerekágyon érdekes még, mikor letelefonálunk, hogy leviszünk egy kismamát: 'hát milyen típusút, hol van hely, hát hátul, igen, ott közöttük, akkor ő oda befér'...”

A szülésznők megítélése szerint a cigány kismamák egyébként is keresik egymás társaságát, és *„Mindenkinek jobb lenne, ha a saját nációval lenne...”*. Az elkülönítés fő érveit a cigány családok látogatási szokásai, valamint az eltérő higiénés szokások jelentik.

„Van olyan nálunk is, hogy helyhiány miatt bekerül két terhes, vagy megszült kismama olyan kórterembe, ahol... a világba nem ülnének egymás mellett még a vilamoson se, ott meg együtt alszanak napokig, és egyébként ott is mindig a családdal van baj, hogy a fehér [nem roma] kismamát nem az zavarja, hogy a szobatársa cigány, hanem hogy ő szoptat esetleg, és bevonul húsz cigány hozzátartozó, míg az

ő családja mondjuk tiszteletben tartja, hogy az ő szobatársa szoptat, vagy pelenkáz, és kimennek a folyosóra.”

Az is kiderült, hogy az elkülönítést inkább a nem roma nők kérik, gyakran azért választanak ún. alapítványi szobákat, hogy biztosan elkerüljék a cigány kismamákat. „[A nem roma kismamák] próbálják kerülni őket [a roma nőket], félnek attól, hogy kirabolják őket.” A szülésznők szerint a roma asszonyok számára egyáltalán nem meglepő a nem romák viszonyulása, már „megszokták”, emiatt nem is teszik szóvá az elkülönítést.

A szociálpszichológiai mechanizmusokhoz hozzá tartozik a cigány kismamák és a szülésznők, valamint orvosok viszonyának elemzése is. A kutatásba bevont szülésznők szerint a romák bizalmatlanabbak a nem roma páciensekhez képest.

„Talán az a legnehezebb, hogy ők bizalmatlanabbak velünk szemben. Bizalmatlanabbak, mint a nem romák. Meg kell nyerni őket, és ez időfaktor. Addig, amíg ők nem bizonyosodnak meg abban, hogy te jót szeretnél... Mert más az, ha téged már ismernek, akkor nyitottabbak is. Tehát el kell nyerni mindenképpen a bizalmukat.”

A roma családok ritkán fogadnak szülésznőt, a szülésznőket azonban ugyanúgy orvosként tisztelik, és „doktornőnek” szólítják a cigány kismamák, bár a roma férfiak esetében a nemnek meghatározóbb szerepe van: „Én csak nő vagyok nekik”. A kismamák és az orvos között egyértelműen a szülésznők közvetítenek, és bár ez a nem roma kismamák esetében is igaz, a cigány édesanyák esetében nagyobb jelentőséget kap ez a szerep. A fiatalabb szülésznőknek ugyanakkor sokkal jobban meg kell küzdeniük a bizalomért és tiszteletért, őket kevésbé fogadják el a cigány asszonyok, lévén, hogy még nem születtek. Nagyon ritkán, de az is megesik, hogy a cigány származású szülő nő másik szülésznőt kér „Ha te nem vagy jó, akkor hívok mást.”, illetve a császármetszés esetében is fontosabbá válik az orvos szerepe.

Megbeszélés

A szülésznők tapasztalatai megerősítik, hogy a hazai cigány népesség kapcsán nem fogalmazhatók meg általánosítható megállapítások. A szülésznők beszámolóit nem minden esetben, és nem teljes mértékben fedték az elméleti fejezetben ismertetett szakirodalom eredményeit, igazolva, hogy a cigány kismamák heterogén csoportot képeznek mind társadalmi státusz, mind a cigány hagyományok őrzése szempontjából. Eredményeink értelmezésében is rendkívül fontos szerepet játszott a két egészségügyi intézmény eltérő betegköre. A Budapest belvárosában élő romák a szülésznők beszámolóit alapján szekularizálódott csoportot alkotnak, a cigány kulturális elemeket nem tartják, az ő esetükben determinisztikusabb szerep jut a szociális tényezőknek. A Pest megyei kisebb településeken élő cigány családok többsége azonban hagyományőrző (a szülésznők a tradicionális cigány csoportokat az öltözködés alapján identifikálták), és ezek a tradíciók meghatározzák a szülés folyamatát is.

Kutatásunk eredményei megerősítették, hogy az alapvetően többségi társadalom által elfogadott, középosztályi normákra épülő egészségügyi jogi szabályozás nem



GALÉRIA

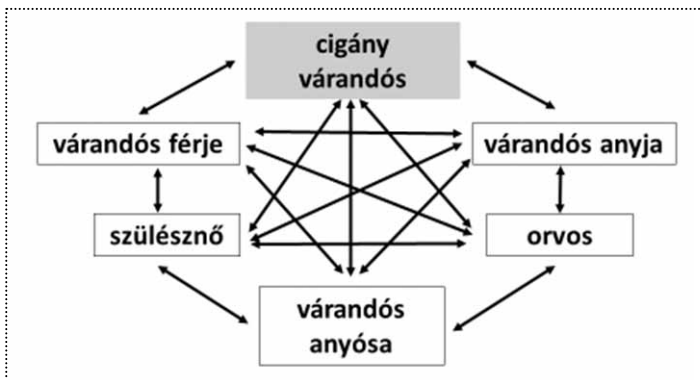
kompatibilis a cigányság kulturális hagyományaival és szokásaival, melyet sok esetben felerősít az alacsony szociális státuszuk, és az ezzel egyenes arányban álló alacsony iskolai végzettségük, a nem megfelelő tudásszintjük. Számos betegjog gyakorlása, így a tájékoztatáshoz, az emberi méltósághoz, a kapcsolattartáshoz és az önrendelkezéshez való joguk, az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga, valamint az orvosi titoktartáshoz való joguk korlátozottabb (Lukács & Feith, 2016). Az alábbi 1. táblázat összefoglalja, hogy a fókuszcsoportos beszélgetés alapján, a cigány nők szülése során milyen betegjogok gyakorlása generálhat konfliktust, s ezek elsődlegesen milyen összegző okokra vezethetőek vissza.

	cigány közösség szokásai	alacsony szociális státusz	alacsony iskolai végzettség
emberi méltósághoz való jog		X	
kapcsolattartás joga	X		
tájékoztatáshoz való jog	X	X	X
önrendelkezéshez való jog	X	X	X
egészségügyi dokumentáció megismerésének joga	X		X
titoktartáshoz való jog	X		X

1. táblázat: A cigány származású nő szülése során konfliktust generáló betegjogi sérelmek és lehetséges magyarázataik

A fókuszcsoportos interjú során felszínre kerülő feszültségek és jogi dilemmák nem csupán kulturális és szociális meghatározottságúak, de elválaszthatatlanul összefonódnak szociálpszichológiai mechanizmusokkal, így pl. a szegregációval, előítéletességgel. A cigány vajdó és szülő nő – hatályos egészségügyi törvényben rögzített – betegjogai nem pusztán az egészségügyi ellátórendszer egyenlőtlensége, túlterheltsége, esetle-

gesen az egészségügyi dolgozók ismerethiánya miatt sérülhetnek, hanem a cigány közösséget, különösen a tradicionális normákat tartó cigány csoportokat még mindig jellemző merev szokásrendszer miatt is. Eredményeink szerint ez utóbbi két irányból keletkeztethet további konfliktust: 1) a szülészeti ellátás során esetlegesen megjelenő betegjogi sérelmek mögött meghatározó módon jelen levő családi szerepelvárások, tradíciók (pl. a beteg helyett az anyós által gyakorolt önrendelkezési jog), valamint 2) a többségi társadalom – így pl. az egészségügyi ellátórendszerben a nem cigány származású betegtársak és az egészségügyi dolgozók túlnyomó hányadának – szokásrendszerétől idegen és ezáltal tagadó, olykor stigmatizációt kiváltó rosszsallása. A cigány nők szülészeti ellátása során úgy tűnik, hogy a tradicionális szokások legalább olyan erővel, ha nem súlyozottabban vannak jelen a betegjogi sérelmek mögött, mint a jól ismert ellátási problémák, túlszűfolttság, szakember hiány stb. Ugyanakkor nagyon fontos hangsúlyoznunk, hogy a cigány beteg egyáltalán nem biztos, hogy valódi sérelemként éli meg azt, ha a törvényben deklarált betegjogait nem megfelelőképpen tudja gyakorolni. Ennek egyrészt oka lehet az, hogy az általuk követett szokások erősebb hatással bírnak, mint a törvényi szabályozás, másrészt pedig a legtöbb esetben nincsenek is tisztában a betegjogi szabályozással, s annak betegeket védő tényezőivel. A betegjogi sérelmeket generáló vagy ennek következtében fellépő konfliktusok szereplői, azok személyi kapcsolódásai sokfélék lehetnek. (1. ábra)



1. ábra: A cigány származású nő szülészeti ellátása során megjelenő személyek között keletkező konfliktusok

Ezeknek a személyközi konfliktusoknak a forrásai szintén különfélék lehetnek. Tipikusan ezek akkor keletkezhetnek, amikor a cigány tradíció, kulturális szokásrend ütközik:

- a jogszabályi/szakmai előírásokkal,
- a hozzátartozói (pl. szülői, férji) érzésekkel, vagy
- a fiatalabb generáció modern, szokásokat tagadó életfelfogásával.

A fókuszcsoportos beszélgetés eredményei megerősítették, hogy ezeknek a konfliktusoknak egy része elkerülhető vagy feloldható egy jobb és a beteg szociokulturális helyzetét, szokásait jobban figyelembe vevő kommunikációval, esetleg adaptívabb hozzáállással.

Következtetések

Tanulmányunk végén még egyszer szeretnénk felhívni a figyelmet a hazai cigány népesség heterogenitására. Kutatásunk megerősítette, hogy a romák és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatát a kulturális és szociális, valamint szociálpszichológiai tényezők elválaszthatatlanul determinálják. A fókuszcsoportos vizsgálat keretein belül gyűjtött szülésznői tapasztalatok tehát nem általánosíthatók a teljes hazai cigány populációra. Ezen logika mentén az egészségügyi ellátórendszer sem kezelheti homogén csoportként a roma pácienseket, válaszokat kell megfogalmaznia a tradicionális, hagyományörző cigány közösségek normáira, egyúttal az alacsony társadalmi státuszból fakadó betegjogi dilemmákra. Ezek miatt a cigány közösség szülészeti ellátásában olykor kifejezetten nehéz és frusztráló lehet az egészségügyi dolgozó kötelezettségekkel és szabályokkal teli szerepe, hiszen gyökeresen – akár egymásnak is – ellentmondó lehet az egyes roma családok viselkedése. Ennek a konfliktusnak a feloldásához egyetlen út vezethet, ha az egészségügyi dolgozók a jövőben sokkal több információval, tudással rendelkeznek a cigányok szociális, kulturális és kisebbségi létéből adódó különbségeiről.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton is szeretnénk köszönetet mondani a fókuszcsoportos vizsgálatban részt vett szülésznőknek, hogy őszintén megosztották velünk tapasztalataikat.

Felhasznált irodalom

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903_290118
- Angyal Magdolna: A cigánység körében élő szokások, hiedelmek, babonák. In: Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 19–22. 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf (Letöltés ideje: 2018.03.08.)
- Angyal Magdolna: A magyarországi roma/cigány kisebbség helyzete és az életkörülményeit befolyásoló tényezők. In: Falus András (szerk.) Sokszínű egészségtudatosság. Budapest: SpringMed Kiadó. 157–168. 2015.
- Balázs Péter, Foley, K. L., Rákóczi, I. et al.: Koraszülő roma és nem roma nők összehasonlítása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei adatok alapján. Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle, 2010, 12(4), 138–145. 2010.
- Durst Judit: Kirekesztettség és gyermekvállalás A romák termékenységének változása néhány „gettósodó” aprófaluban (1970 – 2004). Doktori disszertáció, Budapest. 2006.
- Fogarasi-Grenczer Andrea: Várandósság alatti dohányzás okai és perinatális kimeneteli eredményei. Doktori disszertáció, Budapest. 2015.
- Gyukits György: Az egészségügy vesztesei. Beszélő, 2000, 5(4), 98–106. 2000.
- Hablicsek László: Kísérleti számítások a roma lakosság területi jellemzőinek alakulására és 2021-ig történő előrebecslésére. Demográfia, 50(1), 7–54. 2007.

- Husz Ildikó: Alacsony végzettség – sok gyerek? A magas termékenység néhány területi és etnikai aspektusáról. *Demográfia* 1., 5–22. 2011.
- Janky Béla: A korai gyermekvállalást meghatározó tényezők a cigány nők körében. *Demográfia* 50/1. 55–73. 2007
- KSH 2011 Népszámlálás http://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/tablak/demografia/04_02_03_14.xls (Letöltés ideje: 2018.03.08.)
- Lukács Ágnes – Feith Helga Judit. Betegjogok etnikai metszetben. *Orvosi Hetilap*, 157(18): 712–717. 2016.
- Náday Gyula: A cigányok hiedelemvilága. Budapest: Magyarországi Cigányok Demokratikus Szövetsége. 2000.
- Nagy Józsefné: A védőnői munka lehetőségei a roma családok egészségkultúrájának fejlesztésében. In: Kósa Zsigmond (szerk.) *Helyzetkép a magyarországi romákról*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó. 2016. 156–174.
- Neményi Mária: Cigány anyák az egészségügyben. Budapest: Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal. 1998.
- Rostás-Farkas György: A cigányok hagyomány- és hiedelemvilága. Budapest: Cigány Tudományos és Művészeti Társaság. 2000.
- Solymosy József Bonifác: A romák egészségi állapota Magyarországon. In: *Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano. 28–55. 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf (Letöltés ideje: 2018.03.16.)
- Szabóné Kármán Judit: A magyarországi roma/cigány népesség orvosantropológiai megközelítésben. In: Lázár Imre – Pikó Bettina (szerk.) *Orvosi Antropológia*. Budapest: Medicina. 395–409. 2012.
- Szirtesi Zoltán: Lehetséges konfliktusforrások romák és egészségügyi dolgozók között. In: *Egészségügy, kommunikáció, cigányság*, Budapest: Soros Alapítvány. 2002. 122–128.