

NEMÉNYI MÁRIA

Terhesség, szülés, gyermekgondozás

(Cigány anyák az egészségügyi kapcsolatrendszerében)¹

1997 tavaszán empirikus kutatást folytattunk a cigány lakosság egészségével kapcsolatos témakörben. A korlátozott költségvetés, de még inkább személyes érdeklődésem iránya és szakmai hátterem a téma leszűkítését és szociálpszichológiai megközelítését indokolta.

A kutatás célja, hogy a különböző roma közösségekhez tartozó fiatal nők saját és gyermekük egészségével, betegségével, kívánatos életvitelével kapcsolatos felfogását összevegyük az ellátásukra szakosodott intézmények képviselőinek ezekre vonatkozó felfogásával. A már számtalan kutatásban tárgyalt és igazolt regionális, iskolázottsági, szociális és kulturális depriváció² egészségre és életminőségre is kiható következményein túl figyelmünket az egészségügyi ellátórendszer szereplői és a roma lakosság tagjai közti viszony kommunikációs mintáira, esetleges zavaraira kívánjuk fordítani. Kiinduló hipotézisként azt feltételezzük, hogy *ezek az interakciók és kommunikációk mindkét fél esetében hamis interpretációkat eredményezhetnek, melynek következtében tovább mélyülhet a két fél egymás iránti bizalmatlansága, és az ellátás hatékonysága is csökken. A nem adekvát, a felek számára nem azonos jelentéssel bíró kommunikációnak feltételezésünk szerint az egészségügyi ellátáson túlmutató következménye is lehet. Miután a zavarok egyfajta „hatóság–kliens” viszonyban jelentkeznek, az univerzális ellátás egyenrangúságot feltételező és ezáltal azt erősítő, lehetséges pozitív hatása – vagyis a cigányoknak a magyar társadalom egészébe való integrálódása – helyett inkább azok szegregációja és marginalizációja erősödhet.*

Figyelmünket több, fontos okból fordítottuk éppen a terhes és kisgyermekes anyákra, illetve az egészségügy szereplői közül azokra, akik ebben az életszakaszban kerülnek kapcsolatba velük. Egyrészt közismert, hogy a kívánatos eredménnyel működő egészségügyi ellátás legfontosabb mozzanata a megelőzés, a károsító tényezők korai kiküszöbölése vagy csökkentése. Így a terhesség, a szülés megfelelő körülményeinek biztosítása és a csecsemők és kisgyermekek gondozása (beleértve az egészséges fejlődést akadályozó tényezők korai felismerését) a legfőbb biztosítéka annak, hogy az egészségügyi ellátás hatékony lehessen. Másrészt talán az is tényként fogadható el, hogy az egészségügyi ellátásnak éppen a terhes- és kisgyermekgondozás a legjobban megszervezett területe, ahol az érintett populáció minden tagja kapcsolatba kerül az illetékes egészségügyi hatósági személlyel. Mi több, ezen az ellátási területen belül működik az a szakmai gárda, amely

bármely más hatósági-intézményi rendszer képviselőjéhez képest a klienseket egyedülálló módon személyesen, a saját valódi családi és életkörülményei között ismeri, otthonában látogatja, és a terhesség kezdeti szakaszától a kisgyermek iskolás kora lépéséig az anya és gyermeke állapotát nyomon követi. A védőnők tehát kulcsfontosságú szerepet töltenek be az általunk kiválasztott téma szempontjából.

A kiválasztott életciklus azért is tűnik megkerülhetetlennek és kiténtetett jelentőségűnek, mert a roma lakosság általános rossz egészségi állapotának, a lakosság egészéhez képest magasabb megbetegedési arányainak és rövidebb várható élettartamának egyik leggyakoribb, legáltalánosabb magyarázata fűződik ehhez. E magyarázatok visszatérő motívumai között szerepel, hogy az átlaghoz képest gyakoriak a koraszülések és kissúlyú születések, s ez a túl fiatalon, túl gyakran, túl sokszor, éppen ezért gyakran túl idős korban történő szüléssel mutat összefüggést; ehhez kapcsolódnak a csecsemő- és kisgyermekkorú disztrófia, a táplálkozási hiányosságok, a fejlődésbeli elmaradások, melyek a későbbi életszakaszokban a különböző betegségekre való nagyobb érzékenységet, azok előfordulásának nagyobb valószínűségét predesztinálják. További egészségkárosító okként a roma lakosság életmódját, szokásait, életvitelét szokták emlegetni, amelynek háttérében a korai családi szocializáció szerepe megkerülhetetlen tényező.

Joggal felmerülhet a kérdés, hogy vajon az általunk kiválasztott területen működő, teljeskörűen kiterjedt és a lakosság érintett részével minden esetben személyesen kapcsolatba kerülő egészségügy miért nem tud nagyobb hatékonysággal beavatkozni ezekben a nem kívánatos jelenségekbe, miért nem tudott nagyobb változásokat elérni az elmúlt évtizedekben, s milyen akadályokba ütközik az ellátás sikere.

Miután két fél kapcsolatát kívántuk megvizsgálni, természetesen tartottuk, hogy mindkét oldalon tájékozódjunk. A kutatás módszerül az interjú választottuk, bízva abban, hogy a személyes beszélgetés nemcsak a témába vágó tények, tárgyyszerű információk, hanem a vélekedések, feltételezések, vélt vagy valós ok-okozati összefüggések és magyarázatok világába is elvezet bennünket. Az egészségügy szereplői közül azokat kívántuk megszólaltatni, akik a terhes- és kisgyermekes anyák és gyermekeik ellátását, gondozását, gyógyítását napi munkájukként végzik, tehát olyan védőnőket, családi orvosokat, szülészeket-nőgyógyászokat, illetve gyermekorvosokat interjúvoltunk meg, akik az általunk kiválasztott roma populációval állnak személyes kapcsolatban.

A másik oldalon azok a terhes vagy kisgyermekes roma nők álltak, akik éppen a fenti egészségügyi alkalmazottak kliensei. Az ő kiválasztásukkor még egy szempont vezérelt bennünket. Bár a közvélekedés, a hivatalos vagy félhivatalos statisztikák, de még a kutatások egy része sincs tekintettel arra, hogy a magyarországi cigány lakosság nem homogén, hanem esetenként különböző nyelveket beszélő, más-más hagyományokkal rendelkező, különböző mértékben integrálódott vagy asszimilálódott csoportokból áll, mi a Magyarországon található három pregnánsan elkülönülő roma közösség mindegyikéből szándékoztunk mintát választani.³ Ennek megfelelően tehát beás, oláh cigány és magyar cigány (romungro) anyák, valamint budapesti, urbanizált

körülmények között élő, és ebből következően vegyes etnikai háttérrel rendelkező anyák voltak beszélgetőpartnereink.

A hatóság–kliens viszony, interakció és kommunikáció tanulmányozásához a minta kialakításakor arra törekedtünk, hogy kis, jól körülhatárolható közösség (városrész, utca, telep, amely azonos védőnői körzethez tartozik) tagjait szólaltassuk meg. Beszélgetőpartnereink kiválasztásában az adott település kisebbségi önkormányzati képviselője és az adott körzethez tartozó védőnők segítségét kértük, ügyelve arra, hogy az érintettek együttműködésére is építhessünk. A munkát igyekeztünk rövid idő alatt, koncentráltan végezni, hogy a családok, otthonok intim világát a lehető legkevésbé zavarjuk meg a kérdéseinkkel. Ezúton is szeretnék köszönetet mondani munkatársaim (Horváth Ágota, Mattyasovszky Zsófia, Pik Katalin szociológusok, valamint Törő Tímea és Pap Tímea pszichológusok) érzékeny, empatikus közreműködéséért.

A kutatás terve szerint mindegyik etnikai csoport 20–20 tagjával készítettünk interjút. Összesen tehát 80 anya-interjú, valamint 20 (helyszínenként 5–5) egészségügyi személlyel készült beszélgetés magnón rögzített, majd lejegyzett szövege képezi a kutatás empirikus anyagát. A beszélgetések mindkét fél esetében a terhesség(ek) lefolyásáról, a szülés körülményeiről, a kórházi tartózkodásról, az újszülött otthoni ellátásáról, gondozásáról, egészségi állapotáról, betegségeiről szóltak.

Sem az egészségügy szereplőiről, sem pedig a megszólaltatott anyákról nem állíthatjuk, hogy az adott téma megítélésében „objektívabbak”, „hitelesebbek” lennének, mint a másik fél. Azt feltételezzük, hogy mind az egészségügyi szereplők, mind a cigány anyák tudásként élnek meg tapasztalataikat, s ezt a tudást az egyedi élményeken, konkrét tapasztalatokon túl az adott (etnikai vagy szakmai) közösség hagyományai, ismeretei, magyarázó mechanizmusai, szokásrendszere, elfogadott értékei és normái támasztják alá. Bár a szokások, hitek, értékek és normák mögött a mai magyarországi társadalom által megszabott és körülrajzolt keretek mindkét fél tudása mögött ott állnak, okunk van azt feltételezni, hogy a két fél mindezekből más-más mértékben és arányban merít. Éppen ezért arra számítottunk, hogy a két fél azonos témára vonatkozó megközelítései nem fogják szükségképpen fedni egymást, azaz a két fél kommunikációja gyakran sikertelen, rossz interpretációknak alapot adó párbeszéd lesz. Miután pedig e két fél közül az egyik – a terhes vagy kisgyermekes anya – tanácsért, segítségért, ellátásért, gondozásért, gyógyításért fordul az egészségügy szereplőjéhez – akik viszont feladatukból következően beavatkoznak, tanácsot, útmutatást adnak a követendő magatartáshoz –, a kudarcos kommunikáció éppen a tanácsadás hatékonyságának útjába állhat.

Kutatásunk kérdésfelvetései tehát a következők voltak:

1. Oka lehet-e a cigányság nem javuló morbiditási és mortalitási adatainak az egészségügy szereplői és a roma kliensek nem megfelelő kommunikációja?
2. Lehet-e különbségeket találni a különböző etnikai csoporthoz tartozó cigányok és az illetékes egészségügyi személyek kapcsolatrendszerében?
3. Létezik-e konfliktus az egészségügy szereplői által képviselt felfogás,

a követendő magatartásformák és az egyes roma közösségek generációkon keresztül átörökített hagyományainak előírásai között?

4. Szerepet játszik-e – és ha igen, mennyiben – a cigányság egészéről, illetve a különböző roma közösségekről elsajátított tudás (ismeretek, vélekedések, előítéletek halmaza) az egészségügy szereplőinek a roma kliensekhez fűződő viszonyában?

I. A cigány kliensek – ahogyan az egészségügy szereplői látják

A sikeres kommunikáció alapja az a magától értetődő természetesség, amellyel a felek megosztóznak egyazon diszkurzív téren, s amellyel az abban zajló párbeszéd a kölcsönös megértés lehetőségével kecsegtetnek, az üzenetek a másik fél számára azonos tartalommal rendelkeznek, s a megértett üzenetek hasonló, a másik fél számára is érthető reakciókat váltanak ki.⁴ Mindehhez arra is szükség van, hogy a felek egymást kölcsönösen olyan személynek tekintsék, aki kiszámítható, ismerős, akinek gesztusai, szavai, viselkedése beleillenek a másik fél róla kialakított képébe. Ez a kép – más szóval egy adott társadalmi csoporthoz tartozó személy *szociális reprezentációja* – természetesen nem feltétlenül pontos és objektív, a tényeken vagy az empirikus adatokon alapuló egység, inkább olyasmi, amit nagymértékben befolyásolnak a személyek korábbi tapasztalatai, saját társadalmi hovatartozása, a saját csoport által kialakított reprezentációk, valamint ideológiai ismereti és egyéb tényezők.⁵ Amikor a következőkben megkíséreljük az egészségügyi szereplőkkel készült interjúk alapján összeállítani azt a képet, amelyet ez a húsz interjúalanyunk a cigány kliensekről, illetve magukról a cigányokról alkotott, a merész általánosítás igényével tesszük ezt. Azt gondoljuk tehát, hogy az általunk rekonstruált cigány-kép nagyjából megfelel interjúalanyaink tágabb közösségének, a hasonló területen működő és cigányokkal kapcsolatba kerülő egészségügyi személyek cigányokról alkotott szociális reprezentációjának.

A beszélgetésekben felmerülő témákat, ténymegállapításokat, oktulajdonításokat, globális és speciális magyarázatokat, hiedelmeket, valamint a saját tapasztalatokra épülő megoldási javaslatokat sorra véve kívánjuk rekonstruálni a cigányokról kialakított képet. Témánk szempontjából egységes csoportként kezeljük húsz interjúalanyunkat, akik az egészségügyi hierarchia különböző pontjain, az ország különböző régióiban tevékenykednek. Eközben azonban tudatában vagyunk annak, hogy egyes válaszolóink mind a cigány kliensekkel való kapcsolat gyakorisága, mind a cigány és nem-cigány kliensek aránya szempontjából más-más pozícióból fogalmazzák meg a kérdéseinkre adott válaszokat.

1. Miért rosszabb a cigányok egészségi állapota, mint a többi magyaroké?

A beszélgetéseket indító kérdés a cigányok mortalitási és morbiditási adataira vonatkozott, amelyek (különböző kutatások és becslések alapján) a magyar lakosság egészéhez viszonyítva rosszabbaknak mutatkoznak. Beszélgetőpartnereink e kérdésre adott, globális magyarázatai a szociális indokok feltételezésétől a roma lakosság kulturális sajátosságain, a cigányok egészségre kiható karaktervonásainak feltételezésén át a magyar–cigány érintkezés konfliktusos jellegéig terjedtek.

Szinte nincs olyan válaszoló, aki a fő okok között ne említene a rossz szociális körülményeket. A különbség az egyes megközelítések között annyi, hogy míg válaszolóink egy része a hátrányos szociális helyzetet nem tartja cigány specifikumnak, így az ebből adódó károsodásokat sem tekinti a roma etnikum sajátosságának, a többség a rossz szociális körülményeket az életvitel, az elsősorban cigányokra jellemző szokások károsító hatásával köti össze. Egyesek megemlítik, hogy ezeket a rossz szokásokat a romák részben éppen a többségi társadalomtól vették át (szeszfogyasztás, szénhidrát-dús táplálkozás, dohányzás).

Az egészségkárosító tényezők döntő többségét válaszolóink úgy írják a hátrányos szociális helyzet számlájára, hogy egyúttal magát a hátrányt szenvedőt is okolják. Az okok között többnyire olyan rossz szokásokat említene, amelyek nem etnikai sajátosságok, hanem a társadalom egészében léteznek, csupán előfordulási arányuk magasabb a roma lakosság körében. A dohányzás szinte minden interjúban felmerült, mint súlyos egészségkárosító tényező. A dohányzást a terhes nők sem hagyják abba, és válaszolóink szerint ez is hozzájárul a kismamák terhességi kilátásai válaszóink szerint még azzal is súlyosbodnak, hogy nem élnek megfelelő életmódot – ez pedig szerintük a tudatlansággal, igénytelenséggel függ össze: *„...ezeknek a kismamáknak a többsége már eleve kismamák, fejletlen, alig érik el a negyven-velahány kilót, fiatalok, az a másik, nagyon fiatalok, 18 évesek jönnek első terhesként, és tényleg nem érik el azt a testi fejlettséget, ami kellene egy kismama kihordásához, és utána is alig megy a súlyuk felfele a terhesség végéig, látszik, hogy nem táplálkozik jól, nem él megfelelően, nem úgy, mint egy kismamának kellene, de még ha nem kismama, akkor se, úgyhogy ez nem jó...”*

Részben civilizációs problémának, részben a cigányokra hagyományosan jellemző életvitel eredményének látják például a csecsemőhalandóság és a megbetegedési mutatók magasabb számát. A korai, sokszori szülés, a családtervezés hiánya olyan gyakran emlegetett ok, ami válaszolóink szerint kifejezetten etnikai sajátosság: a korai szexuális élet, a terhességek nagy száma és az ehhez fűződő családi szokások, a férfi–nő viszonyban tapasztalható jellegzetességek szerepelnek ezek között az indoklások mögött.

Mindezeket túl azonban már a globális magyarázatok között is találkozunk olyan feltételezéssel, hogy a korai, halmozott és halmozódó hátrányok egy részéért magának az egészségügynek a hozzáállása is felelős. A többek által emlegetett rossz látogatási fegyelem, a tanácsadás hatékonyságának

megkérdőjelezése, a megváltoztathatatlanak tűnő rossz szokások és az utasítások betartásának képtelensége függhet az egészségügyi személy hozzáállásától is.

2. Ismeretek a cigányokról – a cigányság rétegzettsége

A terhes-kisgyermekes anyák kiválasztásánál ügyeltünk arra, hogy mintánkban a cigányság különböző hagyományokkal rendelkező csoportjainak mindegyike elkülönülten szerepeljen. Ezért számíthattunk arra, hogy az egészségügy szereplői közül kiválasztott interjúalanyaink is tudatában lesznek annak, hogy klienseik milyen közösséghez tartoznak, és így a cigányság egészére vonatkozó állításaikat a speciális cigány közösségben szerzett személyes tapasztalataikkal fogják kiegészíteni. Ehelyett azonban azt találtuk, hogy a cigányok strukturáltságáról kialakított véleményüket csak kis mértékben alakította a cigányok etnikai sokfélesége. Az oláh cigányok esetében ugyan sokan említették, hogy ez a közösség hagyományörző jellegű, de többségük szemében a cigányság rétegzettségét inkább gazdasági-szociális, illetve iskolázottsági mutatók befolyásolták. Feltűnő volt az is, hogy többen utaltak ismerethiányra, miközben fontosnak tartanák a cigányság történetének, szokásainak, hagyományainak megismerését a mindennapi munkájukban.

Némely válaszadónk a személyes érdeklődése vagy több évtizedes tapasztalata alapján a cigányságra vonatkozó történeti ismereteiről számolt be, amelyek között azonban olykor feltűnt az archaikus cigány életforma romantikus beállítása. Volt, aki arra helyezte a hangsúlyt, hogy hiába volt a cigányok egy részének igyekezete, és hiába voltak az évtizedek során változó „cigánypolitika” különböző rendelkezései, például a (válaszolónk szerint elhibázott) lakásprogram, mert a különböző közösségek más-más módon éltek át ezeket a változásokat. Olyan interjúalanyunk is akadt, aki az elmúlt évtizedeket sikertörténetnek látja, a cigányoknak az izolációból, a társadalom peremére szorultságból kivezető útját részben az állami politika, részben a cigányok saját igyekezete eredményeképpen a társadalomba való beilleszkedés folyamataként írta le.

Az oláh cigányság az egyetlen csoport, amelyet néhányan név szerint megemlítettek, ismertek. Őket sok válaszadónk olyan archaikus közösség tagjaiként írja le, amely máig őrzi szokásait, erkölcsait, és ez tartást, méltóságot ad nekik. Válaszolónk többsége a hagyományörzést értéknek tekinti, a saját közösség által kialakított erkölcsöket, szokásokat még akkor is méltányolja, ha azok eltérnek a többségi társadalom értékeitől. A feltételezett hagyományos cigány életforma a szoros családi összetartásra épül. Ezek a hagyományok azonban már nem kötik elég erősen a közösségek tagjait, és ennek az interjúk tanúsága szerint részben maguk a cigányok az okai. A korábbi tartást, közösség által fenntartott rendet többen a valamikori cigányvajda-rendszerhez kötik. Ugyanakkor volt olyan interjúalanyunk is, aki a szoros családi összetartás, a tekintélytisztelet árnyoldalát érzékeli, a hagyományos roma családszerkezetben a nők fokozott kiszolgáltatottságát látja.

De túl a történelmen és a közösségek által előírt hagyományokon, erköl-

csiségen, szokásokon, válaszadóink többsége inkább aszerint osztályozza a cigányságot, hogy milyen mértékben illeszkedett be a magyar társadalomba, milyen mértékben vette át a többségi szokásokat, vagy hogy milyen az elhelyezkedése a magyar társadalom szociális-gazdasági szempontok alapján létrejövő hierarchiájában.

Végül egy sajátos, de többek által is megfogalmazott magyarázatot találtunk a cigányság jelenbeli rossz körülményeire, rossz élethelyzetére és diszkriminált társadalmi helyzetére. Ez a magyarázat sajátosan ötvözi a magyar társadalompolitika évtizedek óta felhalmozódott mulasztásait, felelősségét a cigányság önmaga iránti felelőtleniségével: *„...olyan történelmi hagyományok és lehetőségek szaladtak már el a cigányság mellett, a kívül maradásnak részben ők az okai. Olyan felkínált lehetőségeik is elmaradtak, amelyekre szüksége lett volna ennek a néprétegnek. Ez vonatkozik a rendszerváltás időszakára is, tehát a nagy, deklarált cigányok egyenjogúsága és felemelése területén nem történtek meg azok a dolgok. Akkor is bérrabszolgák voltak, a társadalom legkizsákmányoltabb tagjai voltak. Viszont hagyományaiknál fogva nem is igényelték ezeket a lehetőségeket. Elmentek a könnyebb ellenállás irányába...”*

3. Cigány sajátosságok – a cigányok mint természeti nép

Míg az előzőkben az egészségügy képviselőivel készült interjúk alapján a cigányságra vonatkozó ismeretek közül azokat összegeztük, amelyek válaszolóink értelmiségi szerepéből, valamint szakmai ismereteiből adódóan racionális, objektív, általánosítható megfogalmazásoknak tünnek, azaz annak a beszédmódnak feleltek meg, amelyet a huszadik századvegi nyugati civilizáció a tagjai számára egy jelenség megértése-megértetése alkalmával előír, a következő fejezetekben az „ismeretek”, a „tudás” más típusaival is találkozni fogunk. A cigányok válaszolóink számára a Másik kategóriájába tartoznak. Eltérő bőrszínükkel, nyelvükkel, szokásaikkal, sajátos kulturális és erkölcsi kötöttségeikkel, a többségi társadalomtól láthatóan elkülönülő közösségeikkel a romák azt a Másikat jelentik meg, aki őket az általuk már túlhaladott, archaikus múltra, a természeti eredetre, a saját, elfojtott ösztönös természetességükre emlékezteti. Anélkül, hogy belemélyednénk, az „ösztön-én” típusú előítéletesség⁶ mélylélektani magyarázataiba, a következőkben sorra vesszük az interjúkból kirajzolódó „cigány sajátosságok” egyes elemeit.

Ha elfogadjuk, hogy valaha minden ember a természet része volt, és csak a civilizáció fojtotta el az ember ösztönös viselkedéseit, válaszolóink szerint a cigányok félúton vannak ebben a civilizációs folyamatban. A terhesség viselése, a szülés folyamata, az újszülött táplálása az emberi (női) sors leginkább „természetinek” tekintett része. Itt csak utalhatunk arra, hogy a férfiak és nők között fennálló, minden társadalmon, minden koron átfelölő megkülönböztetés legevidensebb magyarázata éppen ezekhez az életfolyamatokhoz fűződik. Miközben azonban a nyugati civilizáció folyamatosan visszaszorította a női sorsból adódó biológiai kényszereket (tervezett és alacsony családokénti átlagos gyermekszám, kórházi szülés, a szoptatási idő lerövidülése

és a mesterséges táplálás előtérbe kerülése, így az anya helyettesíthetősége a korai gyermeknevelés időszakában), addig a cigányság körében ezeknek a civilizációs elemeknek a megjelenése válaszolónk szerint késlekedik. Sajátos módon azonban ezt az elmaradást sokan pozitívumként értékelik, veszteségnek könyvelik el, ha ez az etnikai csoport is elhagyja eredeti hagyományait, levetkőzi „természeti jellegét”.

SZEXUALITÁS, PÁRVÁLASZTÁS, HÁZASÉLET

Interjúalanyaink többsége arról számol be, hogy a roma fiatalok korán kezdik a szexuális életet, korán szülnek, többnyire nem házassági, hanem élettársi kapcsolatban élnek, de a hagyományörző közösségekben a fiatalon kezdett kapcsolatok is tartósak. A hagyományos cigány családok körében előfordul a lányszöktetés, vagy a gyerekkorban kijelölt házastárs kötelező elfogadtatása is.

Mindamellett szemérmesnek, hűségesnek látják a többségi társadalomtól eltérő házassági szokásokkal rendelkező hagyományos romákat. A közösségek védő burkában elfogadott a korai szexuális élet, paradox módon azonban az interjúkból olykor leplezetlenül előbukkan az a feltételezés, hogy a korai nemi élet a cigányok „bujaságával” is összefügg. A fővárosi, a hagyományos közösségekből kiszakadt cigányokra interjúalanyaink szerint már egyáltalán nem jellemző a hűség, az életre szóló elkötelezettség.

CSALÁDTERVEZÉS (GYERMEKVÁLLALÁS, FOGAMZÁSGÁTLÁS, ABORTUSZ)

Interjúalanyaink többsége szerint a „természeti”, „ösztönös”, „civilizálatlan” jellegét elveszteni kezdő cigányság termékenységgel kapcsolatos magatartása tér el leginkább a többségi társadalom szokásaitól. Nemcsak a családonkénti magas gyerekszám, a korai és gyakori szülések ténye igazolja ezt a szemükben, hanem a gyermekvállalás tervezetlensége is. Az egészségügy általunk megszólaltatott képviselői ambivalens módon viszonyulnak a roma nők termékenységi szokásaihoz. Érzékelik a gyermekvállalás „magasztosságát”, ellenzik az abortuszt, de nehezen tolerálják a – különösen a hagyományos cigány közösségekre jellemzőnek tartott – magas termékenységi rátát. Ebben szerepet játszik a korai terhességekben, sok szülésben és nőgyógyászati eseményben megviselt asszonyok iránti együttérzés is.

Az abortuszt nem tartják jellemzőnek a cigányok körében. Ha előfordul, akkor ez szerintük inkább többgyerekes asszonyok körében történik meg.

A fogamzásgátlást, a tudatos családtervezést többnyire szeretnék elfogadtatni a cigány családokkal. Úgy látják azonban, hogy ennek két, jellemző akadálya van. Az egyik a tudatlanság, a rendszeres védekezésre való képtelenség, a másik, a szinte minden válaszolónk által hangsúlyozott akadály viszont magában a cigány családban rejlik. Volt, aki az asszonyokat magukat is azzal gyanúsította, hogy csak látszólag fogadják meg a tanácsot, valójában kikerülik, és védekezés helyett inkább az újabb terhességet választják, de az

egészségügy oldaláról érkező enyhe presszió ellenére sem megfogadott védekezési formák legfőbb akadálya válaszolóink szerint a cigány férfiak elutasító magatartásában rejlik. Ha maguk az asszonyok követnék is az orvosi-védőnői útmutatást, elfogadnák a védekezés különböző formáit, a férfiak-férfjek tiltakoznak ellene.

Ha a gyógyszereszedés megtagadása esetleg valamifajta racionális döntés eredménye, interjúalanyaink szerint a méhbe helyezhető hurok, spirál alkalmazása irracionális félelmet vált ki – nem is annyira az asszonyokban, hanem inkább a férjeikben. Természetesen nem áll módunkban itt ennek az irracionális félelemnek sem a valódiságát ellenőrizni, sem azt, hogy a férjekre hártott tiltakozás valójában nem magukban az asszonyokban meglévő szorongás kivetítése-e. A cigány asszonyok ismétlődő érve a spirál ellen a válaszolóink szerint az, hogy kihat a házasesetre, a szexualitásra. További elemzést igényelne annak feltárása, hogy a szexualitás élvezete a sokgyermekes roma családokban valóban központi kérdés-e, vagy – anélkül, hogy túlpszichologizálnánk válaszadóink megnyilvánulásait – ebben is a romákkal kapcsolatos „ösztön-én” típusú előítélet bujkál.

A petevezeték lekötése, a további terhességek radikális megakadályozása válaszolóink szerint nem járható út, mert az egészségügyi törvényt „nem a romáknak találták ki”: ugyanis a még csak huszonéves nők körében gyakori a többszörös anyaság, és ezt a módszert csak 35 éven felül lehet alkalmazni.

A TERHESSÉG VISELÉSE

Interjúalanyaink többsége a cigány terhes asszonyokról elismeréssel beszél. Összehasonlítva a magyar terhesekkel, teherbíróbbaknak, szívósabbaknak látják őket. Ebben nézetük szerint szerepet játszik a hagyományos cigány életmód, de például az egyik fővárosi védőnő inkább genetikai okokkal magyarázza a terhesség könnyebb viselését, hiszen városi körülmények között ritka a hagyományos életmódot folytató család. Szintén a fővárosi mintában merült fel legélesebben az urbanizált körülmények között fenntartott hagyományos családszerkezet (többgenerációs együttélés, kiterjedt nagy család) és – több utalás szerint – a cigányok körében fokozottan jellemző női alárendeltség árnyoldala is, amely az állapotos nő fokozott megterhelésében, a kímélet hiányában mutatkozik meg. De a hagyományos cigány közösségekben sem látja mindenki pozitívnak a cigány nők terhesség alatti életmódját: említik az embertelen körülményeket, a megterhelő munkát, a magának a cigány családnak a nőket kizsákmányoló életmódját, vagy éppen a terhesség alatti rossz szokásokat.

SZÜLÉS – KÓRHÁZI TARTÓZKODÁS

Az interjúk arról tanúskodnak, hogy a cigány asszonyok döntő többsége kórházban szül. Ha mégsem így történik, ennek oka nem a romák ellenállásában, hanem a többedik szülés esetében gyakrabban előforduló rohamos, gyors

szülésben keresendő, ezekben az esetekben a szülés otthon vagy a mentőautóban indul meg, de még ilyenkor is kórházban fejeződik be. Mindez azonban nem jelenti azt, hogy az egészségügy képviselői a romák kórházi tartózkodását problémamentesnek tekintené. Többben arról számolnak be, hogy a cigány anyák lehetőség szerint kerülnek a hosszabb kórházi tartózkodást. Ha veszélyeztetett terhesség vagy egyéb ok miatt a szülés előtt kórházba utalják őket, minden alkalmat megragadnak, hogy hazamehessenek. Ezt egyrészt az asszonyok otthoni teendőinek kényszerével magyarázzák, de túl az otthoni teendőkön, túl férji önkényen vagy éppen a cigány asszonyoknak tulajdonított türelmetlenségen, a kórházi tartózkodást sem látják feltétlenül konfliktusmentesnek.

Bár maga a szülés a megítélésük szerint könnyen lezajlik, úgy látják, a cigány asszonyok a kórházi szülés körülményeit esetenként félelmetesnek, idegennek érzik. Nem tudni, a nekik tulajdonított „ösztönösség”, „természetesség”, amelynek révén beszélgetőpartnereink véleménye szerint könnyebben szülnek, nem okoz-e megkülönböztetést a szülés lefolytatásában. A gátmetszés az egyik olyan beavatkozás, amely szükségességének megítélése az orvos hatáskörébe tartozik. Első-második szülésnél általában alkalmazzák, de többedik szülésnél nem feltétlenül. Akár sor kerül az alkalmazására, akár nem, az indokok között válaszadóink nemcsak orvosi indikációt említenek. „...ezeknek feljön az álmos szemű ügyeletes orvos, és örül, ha túl van a szülésen ...Lefektetik, szétteszti a lábát, megrepesztik a burkát, és nyomja, kedves, és kint van a gyerek. Lehet, hogy nem is vágnak, pedig nem ártana, mert tág a hatodik után, és össze lehetne varrni, de gyorsabban megy a szülés, gyorsabban lehet hazaengedni...”

Egy másik, nem a szülés orvosi lefolyásával, hanem magával a kórházi tartózkodással összefüggő kérdés a cigány asszonyok beilleszkedése a kórházi rendbe, együttlétük a nem cigány szülő asszonyokkal. Ahol a szülő nők között a cigányok aránya magas, az illetékes kórházi személy maga dönt arról, hogy elkülönítve vagy a többi szülő nők között helyezze-e el őket. A cigány anyák egy kórterembe helyezését esetleg maguknak a pácienseknek kérésére teszik, de hivatkoztak már a tisztaság hiányára, esetenként tetveségre, említették a hozzátartozók viselkedését is, mint a többséget zavaró – és ezért az elkülönítést indokló – tényezőt.

A GYERMEK MINT ÁLDÁS – A GYERMEK MINT JÖVEDELEMFORRÁS

Már többször utaltunk arra, hogy interjúalanyaink hajlamosak roma klienseiket olyan ösztönös embereknek tekinteni, akik fenntartás és megfontolás nélkül hajtják végre a természet, a biológia parancsait. A gyermekvállalás esetében mintha megbicsaklana ez az elképzelés. Míg a születésszabályozást, a tudatos családtervezés hiányát ezzel az ösztönösséggel, esetleg a természet rendjébe való beavatkozás elleni irracionális tiltakozással magyarázták, ebben az esetben szinte minden válaszolónk nagyon is racionális döntéshozatalt feltételezett a roma családok részéről.

A gyermekvállalásnak szerintük a gyermekek iránti szereteten túl gazda-

sági racionalitása van. Például a hagyományok szerint jellegzetesen a férj családjába bekerülő fiatal nőtől elvárják, hogy szüljön, ezzel járuljon hozzá a család anyagi fenntartásához. Sajátosan keveredik elképzelésükben a tradicionális kultúra befolyásának és a szülés gazdasági racionalitásának tételzése.

Kimondva-kimondatlanul felbukkan az a vélemény, amely szerint a cigányok sokszoros gyermekvállalása nemcsak azért felelőtlen viselkedés, mert a sok szülés megviseli az asszonyokat (bár ez az érv is többször felmerült), vagy hosszú távon növeli a családok anyagi terheit, hanem azért is, mert ez a „szaporaság” a lakosságon belüli arányukat is növelni fogja: „...nem baj, ők is szaporodjanak, de azért kellene a magyaroknak is. A magyarok sokkal pesszimistábbak. Ők nem, nagyon sok úgy gondolkodik, hogy majd lesz valahogy.”

A GYERMEK GONDOZÁSA, TÁPLÁLÁSA

Az újszülött és a csecsemő gondozásának egyik legfontosabb – és szintén természetesnek, ösztönösnek tartott – eleme a szoptatás. Ezen a téren budapesti válaszolóink tapasztalata gyökeresen eltér mindhárom vidéki mintánk interjúalanyaiétól. A beszélgetések alapján úgy tűnik, hogy a tradicionális életforma fenntartása és a szélsőségesen hátrányos gazdasági helyzet a szoptatás terén egymást erősítő, de nem egymásból következő feltételek. A saját, zárt, hagyományos közösségben élő roma asszonyok ha jómódúak is, válaszolóink megítélése szerint sokkal hosszabb ideig szoptatnak, mint a többi anyák. Bár a szoptatást pozitív és fontos dolognak tartják, az egészségügy szereplői közül néhányan igyekeznek rendszeressé tenni, esetenként korlátozni is.

Válaszóink ezen a téren is hajlamosak roma klienseiket végletességgel jellemezni. A túl hosszú ideig fenntartott szoptatást ugyanúgy rosszallni látzanak, mint a korai felnőttes táplálást.

Nemcsak a szoptatásnál, hanem az egyéb táplálásnál is többen utaltak a gyermekgondozás rendszertelenségére. A rendszertelenség túltápláláshoz, elhízáshoz, túlkényeztetéshez vezethet. Végletességgel és rendszertelenséggel jellemzik az anyákat a gyermekek betegsége, az orvosi ellátás igénybevétele szempontjából is.

ÉLETMÓD

Már az eddigiekben bemutatott és a „cigány sajátosságok” címszó alá sorolt kategóriák – melyek esetében az interjúk témája és interjúalanyaink szaktudása, szakmai tapasztalatai szorosan összefüggtek – bőségesen tartalmaztak olyan mozzanatokat, amelyek a megfigyelő pozícióban lévő válaszoló és a megfigyelt csoport közti távolságtartásra, olykor előítéletességre utaltak. Bár a cigányok életmódjára nem kérdeztünk rá határozottan, mégis több válaszolónk szükségesnek tartotta, hogy bizonyos, az egészségügy számára fontos jelenségeket roma klienseik életmódjával hozza összefüggésbe. A többségitől

– válaszolóink esetében hozzátehetjük, hogy egy értelmiségi vagy legalábbis szakképzett, tekintéllyel és bizonyos mértékben hatalmi pozícióval rendelkező csoport tagjaitól – eltérő életfelfogás, életforma, életvitel gyakran találkozik válaszolóink rosszallásával.

Ha érzékelik is, hogy a szűkös lakásviszonyok, a rossz anyagi körülmények között a fiatal cigány anyák milyen nehézségekkel szembesülnek, mégis hajlamosak arra, hogy őket hibáztassák. A beosztásra való képtelenség, a tervezés hiánya, a rendszertelenség jellemzi a cigány családokat: *„Nem hiszem, hogy a munkában szakadnának meg. Nem tudom, hogy önáruk ez a szokás, vagy csak a lustaság az, ami őket visszatartja őket abban, hogy főzzenek magukra, hogy gondoskodjanak magukról, ne csak saját maguknak, hanem az egész családjuknak megfelelő táplálékot állítsanak elő, mert ez nemcsak pénz kérdése. Nagyon ritka az a család, ha megyek, általában dél körül megyek látogatni, nagyon ritka, hogy úgy találom az anyukát, hogy főz vagy készül az ebédre... Pénzkérdés is, biztos, mert észrevenni, hogy egyre szegényednek, és egyre kevesebb dolog az, amire jut, de azt vesszük észre, hogy olyan dolgokat vesznek, ami elkerülhető, nem tudnak gazdálkodni, vagy legalábbis nem azt tartják fontosnak, amit mi fontosnak tartanánk, hogy azt ők megvegyék. Megveszi a drága paradicsomot, amikor még a másik embernek eszébe se jut, hogy megvegye a primőrt...”*

HAGYOMÁNYOK – BABONÁK

Sokan utaltak interjúinkban a cigány tradíciókra, de ezek többsége magára a családméretre, a családi szerepekre, az azokhoz kapcsolódó elvárásokra vonatkozott. Feltételeztük, hogy olyan szokások, hagyományok is léteznek, amelyek kifejezetten ellentétesek az orvosi-egészségügyi elvárásokkal, és emiatt az egészségügyi rosszállását váltják ki.

Az, hogy az újszülött karjára szalagot tesznek, a feje alá szentképet, hogy nem viszik ki a levegőre keresztelő előtt, és más hasonló, interjúalanyaink által említett babonák megítélésük szerint csupán ártatlan és a magyar paraszti családokban is korábban meglévő szokások fennmaradása.

Két olyan terület van a vizsgált témakörben, ahol a cigány családok hagyományai összeütközésbe kerülhetnek a korszerű egészségügyi elvárásaival.

Az egyik említése – az apák bevonása a szülés folyamatába – interjúinkban csak elvétve fordult elő. Ennek fő oka feltételezésünk szerint az, hogy ez a szülési mód csak a legutóbbi években, a megfelelő körülményekkel rendelkező kórházakban és olyan esetekben terjed, ahol a kórház vezetése magáévá teszi a megszokotthoz képest több bonyodalmat okozó, de a szülő nők számára bizonyítottan nagy segítséget és mindkét szülő számára fokozott élményt jelentő szülési módot. Ez pedig többnyire a nagyobb budapesti és vidéki kórházakra jellemző. A másik dolog azonban, ami a témánk szempontjából fontos, hogy kérdéses: egyáltalán megtűrik-e a cigány (vagy valamely cigány csoport) hagyományai az együttes szülést, az apa jelenlétét a kórházban. Ha nem is tudatosan feltétlenül a válaszolóinkban, de az apák

jelenlétének hiányát néhányan mégis ebben a hagyományos felfogásban keresik.

A másik ütközési terület a gyermek táplálásával kapcsolatos. A szoptatással kapcsolatban már említettük, hogy az egészségügy megpróbálja szabályozni a szoptatás rendjét és időtartamát, hiszen a gyermek számára bizonyos életkor után már nem kielégítő a csak anyatejes táplálás. Egy további táplálási konfliktus a tehéntej korai használatával függ össze, megint másik pedig a felnőtt étkezési mód túl korai elkezdése, amely túltápláláshoz és emésztési zavarokhoz vezethet. Mindhárom, az egészségügy szempontjából helytelen táplálási mód makacs fennmaradása válaszolóink szerint a cigányok hagyományaiból, az együttélő és túlzott tekintéllyel rendelkező idősebb női családtagok generációkon keresztül átörökített és a fiataloktól a mai körülmények között is kikényszerített tudásából következik. Gyakrabban és hangsúlyosabban hivatkoznak a tradíciók hatalmára, mint a – szintén említett – szegénységre, a tápszer vagy a fehérjedús táplálék költségességére, vagy éppen a sokáig fenntartott szoptatás emocionális értékére.

TEATRALITÁS, IDŐÉRZÉK HIÁNYA

Az eddig bemutatott, válaszolóink szövegeiből kirajzolódó „cigány sajátosságok” vélt vagy tapasztalt biológiai, genetikai jellegzetességekre, a terhesszülő-kisgyermekes anyák közösségekben kialakult és fenntartott vagy már foszladozó hagyományaira, szokásaira, a családi szerepekkel kapcsolatos elvárásokra, az ezekhez fűződő viselkedésmódokra vonatkoztak. Két utolsó kategóriánk viszont a cigányok – interjúalanyaink által megfigyelt – pszichológiai sajátosságait tartalmazza.

Szinte minden interjúban utaltak a cigány kliensek *teatralitására*. Elsősorban a szülés közbeni viselkedést jellemezték ezzel a karaktervonással.

Másik tulajdonságuk – ismét csak összefüggésben a „vadember”, „természeti nép” tételezéssel – az *időérzék hiánya*, ami türelmetlenséghez, a beosztás hiányához vezet. Ez a rendszertelenség válaszolóink szerint nemcsak az egészségügyi személyek munkáját zavarja, hanem maguknak a cigány klienseknek is árthat, részben az egészségük, részben a beilleszkedésük szempontjából.

ELŐÍTÉLET TÉTELEZÉSE

Végül egy olyan sajátosságot emelnénk ki az interjúkból kirajzolódó cigánykép utolsó elemeként, amely átvezet a többség–kisebbség viszony értelmezéséhez. Egészségügyi beszélgetőpartnereink érzékelik ugyan, hogy a sértettség, agresszivitás, a túlfokozott öntudat csoportközi viszonyokban született, s a többségi társadalom által elnyomott kisebbség tagjaira jellemző, de mostanra már a cigány etnikumhoz tartozó egyes személyekben kikristályosodott jellemvonásnak tekintik. „A kisebbségi politikának az egyik átka, hogy rendkívül öntudatosá vált a cigányság, ez az öntudat azonban negatív tu-

lajdonságot hozott ki belőlük, agresszívakká váltak, követelőzővé váltak, és ezt nehezen tolerálják a magyarok. ...Az egyik oldalon egyre csökken a tolerancia, mert joggal vagy okkal azt mondják, hogy a cigányságban fokozottabb a bűnözés, nem dolgoznak, agresszívak, ez az egyik oldal. A másik oldal meg mindig hangoztatja az elnyomottságát, a kirekesztettségét.”

Persze, azt is többen tudják, hogy ez az agresszivitás, az előítéltre való hivatkozás nem szűnik meg addig, amíg a többségi társadalom tagjainak cigányokkal kapcsolatos magatartása nem változik.

4. A cigányokkal való kommunikáció akadályai

A cigány kliensekkel történő kommunikációt nemcsak az iskolázatlanságból fakadó megértési problémák nehezítik. Előfordul, hogy a tényleges nyelvi vagy éppen kulturális különbözőség akadályozza a kölcsönös megértést. Olyan megnyilvánulással is találkoztunk, amelyben a kommunikációs nehézségeket a cigányok számlájára írják, és olyan eszköznek tekintik, amivel roma klienseik kibújhatnak a mindenkire érvényes szabályok alól, fenntartva maguknak azt a jogot, hogy ha rászorulnak a segítségre, akkor azt igénybe vehessék.

Többen azonban azt sem tagadják, hogy rajtuk, az egészségügy képviselőin is múlik, megtalálják-e azt a beszédmódot, amellyel az iskolázatlan vagy más kulturális háttérrel rendelkező kliens is megérti, amit szükségesnek tartanak az anya vagy a gyermek szempontjából elfogadtatni. Volt, aki felismerte, hogy döntően tőle függ, megtalálja-e azt a hangot, ami kliense számára a leginkább elfogadható, és így a gondozás szempontjából a leginkább hatásos. Sajnos, a megfelelő kommunikáció sem mindig elegendő szerintük, főként az iskolázottsági és szociális problémák miatt. Egyik interjúalanyunk szerint az egészségügyi személynek és roma kliensének valamifajta egyezségre kell jutni, amelyben mindkét fél tiszteletben tartja a másik elvárásait. A beszélgetésekből úgy tűnt, a védőnők azok, akik gondozottjaikat leginkább ismerik, akik az egészségügy hatókörén túl is látják, milyen, a többség–kisebbség viszonyából származó problémák nehezítik klienseik életét.

5. Megoldási javaslatok

AZ ELŐÍTÉLETESSÉG FELSZÁMOLÁSA

Az előítéletelesség a tanulmány során eddig kétfajta kontextusban került szóba. Egyrészt, mint az interjúalanyaink által elmondott szövegekben megbúvó, bennük feltehetően nem tudatosodó, olyan vélekedések, magyarázatok, hiedelmek és néha szorongások, projekciók megnyilvánulásai, amelyekkel válaszolóink a szemükben Másikként reprezentálódó csoport tagjait jellemezni igyekeztek. Többször utaltunk az „ösztön-én” típusú előítéletelességre, amellyel a kultúra elnyomó, az ösztönös vágyakat korlátozó, szabályokkal és normákkal körülírt keretei között szenvedő ember azokat szemléli, akik

szerinte ezeken a kereteken kívül élnek. A cigány mint „természeti lény” látens tételezése jellemezte interjúalanyaink többségének cigányokról alkotott képét. Az előítélet fogalma másrészt úgy szerepelt dolgozatunkban, mint a cigányok jellegzetes válasza az általuk érzékelt – vélt vagy valós – kizárásra, diszkriminációra, sérelmes megkülönböztetésre, azaz előítélet tételezésé-
seként.

Interjúalanyaink némelyike azonban határozottan úgy látja, hogy a cigányok eredményes és hatékony egészségügyi ellátásának egyik fő akadálya a magyar társadalom cigányokkal szembeni előítéletessége. Nemcsak a munkájuk, hanem a mindennapi élet során szerzett tapasztalataikra hivatkozva állítják, hogy a cigányok sajátos, a többségtől eltérő viselkedése elsősorban a többség hozzáállásán múlik: „...*az a legnagyobb gond, hogy mi a másságot nem tudjuk igazán feldolgozni. Ez egy hatalmas hibája a mi generációnknak, vagy a nemzetünknek. Én úgy gondolom, egyszerűen arról szól ez a helyzetkép és ez a történet, hogy fehérnek születtem, katolikusnak vagy reformátusnak kereszteltek, a másik az más családba született. Nem szerencsés dolog, hogy elhatároljuk, hogy mi ezt szeretjük, hogy mi ezt ettől-eddig így csináljuk. Te más vagy, tehát rád furcsán nézek. Ezt kéne megértetni, és elsősorban az egészségügyben dolgozókkal, hogy a másság az semmi más, mint egy sajátos helyzet.*”

Többen szkeptikusak azt illetően, hogy a magyar társadalom – beleértve az orvostársadalmat, vagy tágabban, az értelmiségieket – egyáltalán képes-e levetkőzni előítéletességét, idegenkedését a mássággal kapcsolatban. Van aki úgy érzi, az előítélet-mentesség, a másik ember, másik kultúra elfogadása és megértése olyan személyes tulajdonság, amely belülről fakad. Mégis többen úgy gondolják, tanítani kellene – legalább az egészségügyben dolgozók számára – a másik elfogadását, az empátiás készséget, a kommunikációs képességet.

A CIGÁNYOK BEVONÁSA A MEGOLDÁSBA

A beszélgetések végén feltettük a kérdést: van-e olyan szervezet, intézmény, látnak-e olyan módszert, amely segíti-segíthetné az egészségügy képviselőit abban, hogy javuljon a cigányság egészségi állapota, hogy a roma kliensekkel való munkájuk eredményesebb lehessen. Az a kézenfekvő válasz, hogy magukat az érintetteket kellene bevonni a problémák megoldásába, több szinten vetődött fel.

Az első: a romák az egészségügy különböző szintjein, szakterületein munkavállalóként foglalkozzanak közösségük tagjaival. Interjúalanyaink alig tudtak beszámolni személyes tapasztalataik, gyakorlati munkájuk alapján olyan példáról, ahol ez a lehetőség már megvalósult. Egyik válaszolónk úgy véli, hogy azok a cigányok, akik „kiemelkednek” saját közösségükből, már nem vállalják a származásukat. Így ha vannak is cigány származásúak az egészségügyben, azok nem vállalják eredetüket, és nem érzik maguk számára kötelezőnek a cigányügyben való aktív részvételt. A cigányok munkavállaló-

ként való bevonásának lehetőségét azonban többen elfogadják, hasznosnak tartanak.

Egy másik lehetőség, hogy nem az egészségügybe magába próbálják meg bevonni a roma népesség tagjait, hanem a cigányok szervezeteit vagy tekintélyes képviselőit próbálják megnyerni az egészségüggyel való együttműködésre. Ennél a javaslatnál többen felvetették a korábbi cigányvajda-rendszer visszaállításának lehetőségét. Akik tudtak a már létező cigány szervezetekről, cigány kisebbségi önkormányzatokról, említették az azokkal való együttműködés lehetőségét. Néhány kezdeményezésről, próbálkozásról be is számoltak interjúalanyaink.

II. A cigány kliensek – ahogyan önmagukat látják

Tanulmányunk első részében az egészségügy képviselőinek roma kliensekre vonatkozó tudását, tapasztalatát próbáltuk bemutatni. Módszerként azt a megoldást választottuk, hogy a húsz interjúban témaként felmerülő egységeket kiemeltük, majd az egyes interjúkból lebontott képet egy olyan új egységben állítottuk helyre, amely meggyőződésünk szerint válaszolóink „roma-képének” rekonstrukciója, azaz a roma kliensekre vonatkozó szociális reprezentáció lett. *Ez a rekonstruált roma-kép szerintünk az a prizma, amelyen keresztül az egészségügy szereplői a velük kapcsolatba kerülő egyes cigány személyeket látják, és amely tehát a velük kapcsolatos bánásmódot, viselkedésmintát, beszédstílust, elvárásrendszert befolyásolja.* Miután kutatásunk fő kérdése a két fél – az egészségügyi hatóság reprezentánsai és a roma népesség adott egészségügyi területen érintett tagjai – kapcsolatára, interakciójára és kommunikációjára vonatkozik, kézenfekvőnek tűnik, hogy a másik fél szemszögéből is tájékozódjunk.

A másik fél a mi esetünkben mintegy nyolcvan kisgyermekes vagy még csak első gyermekét váró terhes, fiatal roma nő. (Különböző – részben technikai, részben az interjúzás körülményeiből fakadó – okok miatt csak hetven magnós interjú teljes leírására került sor.) Ez a viszonylag kis minta négy további almintára bomlik abból a célból, hogy mindhárom jellegzetes magyarországi cigány népcsoport – lehetőség szerint tisztán – képviselve legyen. Negyedikként pedig egy budapesti mintát választottunk, azért, mert a mára egyre inkább városiasodó roma lakosság mindennapi tapasztalatai – akár az egészségügy vonatkozásában is – vegyes etnikai háttérhez, a többségi társadalom tagjaival való együttéléshez kapcsolódnak.

Ha az első rész fő kérdése az volt, milyen is az a kép, amelyet válaszolóink ismeretből-tudásból-tapasztalatból-előítéletből felépítettek, a második rész fő kérdése az lehet: *kik is azok a személyek, akikkel egészségügyi interjúalanyaink ténylegesen kapcsolatban állnak.* Kik ők, milyen egyedi élményeket éltek át eddigi életútjuk során részben saját magukra, a testi állapotukra, a termékenységük történetére, a gyermekeik gondozására vonatkozóan, részben pedig milyen konkrét tapasztalatokat szereztek az egészségügy illetékes szereplőivel való találkozásukkor.

Amikor megpróbáljuk leírni a négy almintába bekerült interjúalanyaink

konkrét tapasztalatait és élményeit, tudatában vagyunk annak a veszélynek, hogy miközben objektivitásra törekszünk, bennünk is bujkál egy előzetesen konstruált kép cigányokról, különböző cigány közösségekről. Ezt elkerülendő, a kis minta ellenére kvantitatív elemzést kívánunk adni mindazokban a témákban, ahol ez egyáltalán lehetséges. Nem próbálunk általánosítható összképet festeni az oláh, a beás vagy a magyar cigány közösségről, sem a budapesti romákról. Amennyiben a négy csoportot, illetve a négy csoport tagjainak az egészségügyi szereplőkhöz fűződő viszonyát összehasonlítjuk, kizárólag a kutatásban megszólaltatott személyek vonatkozásában tesszük ezt. Úgy gondolom, joggal remélhetjük azonban, hogy az általunk választott „mélyfúrásos” módszer segíthet a további kutatások pontosabb kérdésfeltevésének megfogalmazásában, illetve az olyan javaslatok kialakításában, amelyek mindkét fél tapasztalataira épülnek.

Míg az egészségügyből választott interjúalanyaink sokéves szakmai gyakorlatukra, előzetes ismereteikre támaszkodva egy általános „cigány-képbe” illesztették a konkrét roma közösségre vonatkozó jelen idejű, tehát akár az általunk megszólaltatott roma nőkre vonatkozó tényleges tapasztalataikat, cigány válaszolóinktól nem vártuk el, hogy tapasztalataikat a saját etnikai csoportjuk egészére vonatkoztassák. Mindazonáltal azt feltételezzük – és erre válaszolóink bizonyos megnyilvánulásai is feljogosítanak bennünket –, hogy az egyedi élmények mögött is léteznek közösség által kidolgozott, tradíciók által megerősített, elsősorban a családi szocializáción keresztül átörökített kollektív tudások, sztereotípiák, olykor akár részben a saját csoportra, részben másokra vonatkozó előítéletek. Ezért a számszerűsítható adatokon túl a beszélgetésekből olyan információk is nyerhetők, amelyek csupán egy kvalitatív elemzési módszer segítségével értelmezhetőek.

A következőkben tehát a tanulmány első részében alkalmazott témaeltárt követve, kvalitatív és kvantitatív elemzés segítségével kívánjuk bemutatni roma interjúalanyaink saját termékenységre vonatkozó tapasztalatait.

1. A minta bemutatása

Kutatásunk általunk is felismert korlátja a minta kis méretén túl válaszolóink lakóhelyének, életfeltételeinek, gazdasági és kulturális környezetének heterogenitása. Miközben ügyeltünk arra, hogy a három vidéki alminta jól körülhatárolható, földrajzilag elkülönülő egységeket képezzen, amelyeken a három különböző típusú roma etnikai csoport szempontjából homogén közösséget találunk, nem tudtunk tekintettel lenni arra, hogy a kiválasztott egységek azonos településtípust is képviseljenek. Így az oláh cigány mintát egy Duna–Tisza közti kisváros kertvárosias, valamikor Cs-házias területéről választottuk, a beás cigányok csoportját egy Zala megyei falu szélének valamikor parasztok által lakott, a romák által a hetvenes-nyolcvanas években OTP kölcsön segítségével felvásárolt, mára lerobbant környezetében találtuk meg, a romungró alminta tagjait pedig egy nyírségi, a román határ mellett található falu két, egymástól némileg eltérő adottságú utcájának lakói közül választottuk. A három vidéki alminta tehát három, sok vonásában különböző

településről származik, és kutatásunk részben módszertani, részben költségvetési korlátai nem tették lehetővé számunkra, hogy a mintába bekerült interjúalanyok csoportjainak különbségeit egyértelműen elválasszuk a regionális-szociális-gazdasági adottságokból származó különbségektől. Mindhárom csoport egyúttal gyökeresen eltér a budapesti almintától, amelyet ezért részben a homogén csoportok kontrolljának tekinthetünk.

A minta egészének, illetve a négy almintának a bemutatását megkönnyítendő, elsőnek összefoglaló táblázatot készítettünk azoknak az adatoknak az alapján, amelyek minden egyes interjúalanyunkkal folytatott beszélgetésben konkrétan megjelentek. Az interjú témájából, az interjúfelvétel körülményeiből (a négyszemközti beszélgetés nem volt mindenhol biztosítható, az előzetesen elképzelt interjúterven való végighaladás akadályba ütközött stb.) és a válaszolók heterogenitásából következően (első gyermekét váró vagy már sokgyermekes, és ezért a kiválasztottak közé nagy életkori szórással bekerülő asszonyok) az ilyen adatok köre igencsak korlátozott. Mégis jellegzetes azonosságok és jellegzetes különbségek tapasztalhatók a négy almintá összehasonlításakor.

	oláh cigányok n=18	beás cigányok n=19	romungrók n=17	Budapest ⁷ n=16
v. sz. életkora	30,3 év	25,1 év	23,9 év	23,3 év
testvérszám	6,3	6,0	5,8	5,6
nemi élet kezdete	16,3 év	16,2 év	17,2 év	16,5 év
1. terhesség/szülés	18,1 év	17,4 év	19,2 év	18,3 év
gyermekszám	3,1	3,1	2,4	2,7
terhesség- megszakítás	8 v. sz.: 0 6 v. sz.: 1 2 v. sz.: 2 1 v. sz.: 4	17 v. sz.: 0 2 v. sz.: 2 spon- tán	6 v. sz.: 0 4 v. sz.: spontán 3 v. sz.: 1 művi 4 v. sz.: nincs információ	11 v. sz.: 0 1 v. sz.: 2 1 v. sz.: 5 2 v. sz.: 1 spontán 1 v. sz.: nincs információ
szoptatás tartama	2,4 év	1 év	1 v. sz.: 4 év többi átlag 5,2 hó	1 v. sz.: 4 év 4 v. sz.: 1,5 év többi átlag 2,4 hó

A négy almintá közül a legfiatalabb a romungrók csoportja volt. A szám-szerű adatok arra engednek következtetni, hogy ennél a csoportnál toldott ki leginkább az első gyermek vállalásának időpontja, és itt a legalacsonyabb a családonkénti gyermekszám is. Természetesen a minta viszonylagos fiatalágából következhet, hogy ennél a csoportnál még nagyobb az esély a további gyermekvállalásra, mint a többi almintá esetében, erre a kérdésre az interjúk minőségi feldolgozása adhat választ. A nemi élet kezdetében csak nüansznvi eltéréseket tapasztaltunk, bár a romungrók esetében itt is közel egy évnyi késleltetést láthatunk a többiekhez képest.

Közel azonos átlagos adatokat találunk a megkérdezettek testvérszámára vonatkozóan. Az oláh cigányok almintájában volt a legmagasabb a gyermek-

kori családok létszáma, három válaszolónk esetében tízen felüli testvérszámmal találkoztunk. A szülői generáció termékenységéhez viszonyítva a minta egészét tekintve válaszolónk gyermekvállalási szokásai radikális változást mutatnak, átlagosan mintegy felére csökkentve a családonkénti gyermekszámot. A gyermekszám korlátozása csak részben függ össze a terhesség-megszakítás gyakorlatával. Az ebből a szempontból értékelhető hetven válasz szerint a megkérdezettek 60 százalékánál művi abortusz egyáltalán nem fordult elő, tizenhat válaszolónak összesen huszónhárom művi terhesség-megszakítása volt, a fennmaradó esetekben spontán abortuszról vagy halva születésről számoltak be válaszolónk. Az abortuszok tekintetében is lényeges különbség fedezhető fel az alminták között. A beás cigányok közül egyetlen válaszolónknak sem volt művi terhesség-megszakítása az ő esetükben (az oláh cigányokhoz hasonlóan) a gyermekek átlagos száma három fölött van. A másik, magas átlagos gyermekszámmal rendelkező csoportban, tehát az oláh cigány almintában viszont a művi megszakítások száma magasabb volt a többi csoporthoz képest (igaz, ennek a csoportnak az átlagos életkora magasabb, mint a többié, tehát nem lehet kizárni a korszerű fogamzásgátló módszerek korábbi nehezebb elérhetőségének hatását sem). A születéskorlátozás, a családtervezés más módszereiről vagy éppen annak hiányáról az interjúk részletes elemzésénél fogunk beszélni.

A számszerű adatok azt mutatják, hogy beás cigány interjúalanyaink kezdtek legkorábban a nemi életet, az ő körükben következett be legkorábban az első gyermek megszületése, viszont ők azok, akik egyáltalán nem élnek a terhesség-megszakítás eszközével. Ha ehhez hozzátesszük azt a táblázatba nem foglalt adatot, hogy közülük csak két válaszolónknak volt az első és egyúttal a jelenlegi élettársán kívül mással is kapcsolata, szemben a többi csoport tagjával (oláh cigány interjúalanyaink közül ötnek, a romungrók közül hatnak, budapesti válaszolónk között szintén hatnak volt korábban másik – olykor több – szexuális partnere is), arra következtethetünk, hogy ez a csoport a legszigorúbb a nemi erkölcsök elvárásában. Azt azonban ennek alapján sem állíthatjuk, hogy ez a csoport egyúttal a legradicionálisabb is, hiszen az oláh cigány csoportból kikerült válaszolónk szintén nagyon erős hagyománykövetést sugallnak még a számokba foglalható adataik alapján is. Ugyanakkor úgy tűnik, a romungrók csoportjában válaszolónkat kevésbé befolyásolják a tradicionális családfelfogás követelményei. A nemi élet kezdete és az első gyermekvállalás időpontja közötti időintervallum náluk, valamint a vegyes etnikai háttérrel rendelkező budapestiek körében nyúlik a leghosszabbra, igaz, nem sokkal meghaladva az oláh cigány csoporthoz tartozó válaszolónk erre vonatkozó gyakorlatát.

A tradicionális termékenységi-gyermekgondozási szokások egyik jól számszerűsíthető mutatója a szoptatás átlagos időtartama is. A leghosszabb ideig (2,4 év) az oláh cigányok szoptatnak. Ez az adat alátámasztani látszik az egészségügyi válaszolónk által is megfogalmazott tapasztalatot, amely szerint az oláh cigányok a szokásaikban olyan hagyományokat őriznek, amelyekkel feltűnően elkülönülnek a lakosság vagy akár a cigány etnikum más tagjaitól. Viszonylag hosszú átlagos szoptatási időtartam jellemzi beás cigány interjúalanyainkat is. A romungrók között csupán egy válaszoló akadt, aki

négy évig szoptatta gyermekét, a csoport többi tagja az átlagos 5,2 hónapos szoptatási időtartamával nem sokkal haladta meg az általános magyarországi szokásokat. A budapesti minta vegyes képet mutat: egyik válaszolónk négy évig, négyen mintegy másfél évig szoptattak, a többiek átlagos szoptatási időtartama viszont kifejezetten alacsony értéket mutat.

A cigányság általános rossz egészségi állapotának egyik legtöbbször említett oka a koraszülések, a kis súlyú születések magas aránya. Sajnos az interjúk alapján ebből a szempontból nem tudunk a minta egészére és minden megszületett gyermekre vonatkozó egzakt adatokat nyerni. Az oláh cigány mintában két ízben beszéltek koraszülésről, illetve kis súlyú újszülöttről, a romungró válaszolóink közül öten, a budapestiek közül hárman adtak életet kis súlyú újszülöttnak, beás interjúalanyaink közül viszont tíz családban született kis súlyú gyermek. Miután nem minden interjúalanyunk számolt be összes gyermeke születési súlyáról, csak feltételezni tudjuk, hogy ahol nem volt szó koraszülésről vagy kisméretű születésről, ott a születési súly meghaladta a 2,5 kg-ot, és a kihordási idő is normális volt.

A beás cigányok csoportja, úgy tűnik, ezen a téren is eltér a másik három alminta tagjaitól. Ismereteink korlátozottak voltak és kutatásunk választott módszere nem engedi meg, hogy ennek az eltérésnek a valódi okát megismerjük. Feltételezhető azonban, hogy az általunk felkeresett beás cigány közösség nemcsak a csoport zártságában, hagyományörző voltában és tradicionális családi mintáiban különbözött a másik három csoporttól, hanem ebben magának a település földrajzi elhelyezkedésének is szerepe van, sőt a településen belül a cigányok lakta terület is a hátrányos helyzetű régiók olyan vonásait hordozza, amelyek az eltérések egy részét magyarázzák.

2. A női test ismerete

A minta egészének bemutatásakor kitűnt, hogy válaszolóink többsége fiatalon kezdte a nemi életet, fiatalon vált anyává, és gyakori gyerekszülések, almintánként eltérő terhesség-megszakítási szokások jellemzik őket. Felmerül a kérdés, hogy vajon mennyire voltak-vannak tisztában saját testük működésével, hogyan és kik készítették fel őket a termékeny női életre. Mennyiben tudatos, mennyiben ösztönös, illetve mennyire épül a véletlenre, a tudatlanságra válaszolóink női funkciókra vonatkozó magatartása. A női testtel kapcsolatos ismereteket tekintve az első a *menstruáció* szerepének megértése.

Az első menstruáció a nővé érő lányok olyan alapélménye, amelyre a felvilágosult családok vagy a felvilágosítás fontosságát valló iskola jó esetben még bekövetkezése előtt felkészíti őket. A minta egészéből arra következtethetünk, hogy ez a felvilágosítás igencsak hiányos volt, többnyire az első vérzés bekövetkezése után kapták meg a magyarázatot.

A felvilágosítás hiánya a legegységelműbben az oláh cigány válaszolóink elbeszéléseiben mutatkozott meg. Részben a szülők tudatlanságával indokolták az ezzel kapcsolatos felvilágosítás elmaradását, de gyakran utaltak arra is, hogy a női testtel kapcsolatos dolgokról azért nem lehet otthon, a családban beszélni, mert a férfiak előtt szégyen vézésről, a női alsótestről, az

ahhoz kapcsolódó ruhadarabokról szót ejteni. A vérzés tabu jellegét, a női és a férfi világ ilyen erőteljes elkülönítését, a női test folyamatainak a férfiak előtt szégyellt voltát egyetlen más csoportunkban sem tapasztaltuk. Beás válaszolóink számára is az édesanyák adták az elsődleges felvilágosítást, és úgy tűnik, azokban a nagycsaládokban, amelyekben ők nevelkedtek, szintén az elhallgatás, a szemérem, a testi változások kibeszéletlenül hagyása volt a jellemző.

Magyar cigány interjúalanyaink közül viszont többen is felelevenítettek egy, az első menstruációhoz kapcsolódó hagyományt: az első vérzéskor elcsattanó anyai pofonról mint generációk óta létező szokásról beszéltek.

Budapesti válaszolóink többsége az iskolát, a könyveket vagy esetleg az idősebb nővért, sógornőt említette, mint a felvilágosítás forrását. Az interjúk alapján többé-kevésbé megismerve válaszolóink életútját, a családi-anyai felvilágosítás hiánya budapesti válaszolóink esetében részben a családok hányatott sorsára (a szülők a fővárosban dolgoznak, a gyermekeket vidéken nagyszülő neveli, vagy éppen időlegesen állami gondozásban éltek stb.), részben a nagycsaládi együttlét hiányára, a városi életmódra, a szülők elfoglaltságára és így az iskola és a kortárs csoportok megnövekedett szerepére vezethető vissza.

Az első menstruáció és a nemi életre való érettség a nemi felvilágosítást is szükségessé tenné, ezzel kapcsolatban azonban a minta egészéből az tűnik ki, hogy a kielégítő magyarázatot otthon szinte senki sem kapta meg. Egyik, nagyon fiatalon anyává vált beszélgetőpartnerünk nem szeretné ezt a tradíciót a saját lányainak továbbörökíteni: *„Én már nem voltam olyan visszafogott. Az én szüleim ilyenek voltak, és én abból tanultam, hogy nekem hogy sikerült... tizennégy év korkülönbség van köztünk. Fiatal édesanya vagyok, nem volt ez kínos nekem. Nem is vagyok olyan elmaradott. Sőt, én inkább nagyon is óvtam őt ezektől a dolgoktól, mivel hogy én így jártam. Én már áttestem azon, hogy fiatalon rosszul jártam...”*

3. Szexualitás, párválasztás – nemi erkölcs

Ahogy az a minta általános leírásakor már kiderült, interjúalanyaink többségére – akár házasságban, akár élettársi kapcsolatban élnek – többnyire a tartós kapcsolat, az életre szóló partnerválasztás jellemző. Abban azonban nemcsak egyes interjúalanyaink egyéni történetei, hanem mintánk négy alcsoportja között is eltéréseket tapasztaltunk, hogy mire is alapozódik ez a kapcsolat. A fiatalon kezdett nemi élet sokak szemében a tudatlanság, a tervezetlenség, a véletlen szinonimája, esetleg a rossz erkölcsöké vagy legalábbis az erkölcsi nevelés hiányáé. Mintánk egészének ismeretében azt mondhatjuk, hogy a véletlennek, a tudatlanságnak ugyan sokszor szerepe volt a korai nemi kapcsolat kialakulásában, de a többség esetében nagyon is határozott elképzelések, szokások, szülői útmutatások, közösségi hagyományok húzódnak meg a mai magyar lakosság egészéhez viszonyítva eltérő házassági szokások mögött. Mindhárom, etnikailag homogén közösség mutatott olyan – egymáshoz nem feltétlenül hasonló – szigorú szabályozási ren-

det, amely a hagyományos életformával szakítani nem kívánó roma nők ételsorsát alapvetően meghatározta. A budapestiek pedig arra szolgáltatnak példát, hogy egy etnikailag és a hagyományok-szokások szempontjából kevert közösségben, a többségi társadalommal való sűrűbb kapcsolati hálóban a tradíciók ereje gyengül, és helyükre a városi lecsúszó rétegek szubkulturális befolyása áramlik be.

Oláh cigány interjúalanyaink számára a szüzesség, a szűzen kötött házasság olyan érték, amelynek feladását a közösségi tradíció szigorúan szankcionálja. Lakodalmat ülni csak akkor lehet, ha – mindenekelőtt a lány – szűz. Hogy a szülői család számára is megfelelő legyen a leendő partner, nem ritka a kisgyermekkorban kiválasztott házastárs. (Hat interjúalanyunk említett szülők által kijelölt társat.) A család választása jó esetben nem vált ki tiltakozást, és akár egy életre szóló kapcsolatot is megalapozhat. A házasságszerzésnek másik, ebben a közösségben tapasztalt módja, hogy a „megesett lányt” adják hozzá a valamilyen okból társ nélkül maradt, gyermekes férfihoz. Ha nem a család választ, ha nem sikerül a lánynak megőrizni a szüzességét, vagy ha nincs pénz lakodalomra – marad a szöktetés.

„Tizenöt éves koromban szöktetett el a férjem... azóta együtt élünk. ... Moziba indultunk. Én nem voltam rákészülve, hogy a férjem elszöktet. Azt mondta, hogy kocsival hazavisz. Maszek taxikocsival. Aztán a férjem elszöktetett. A férjem nagypapája Decisben élt, és oda szöktetett... Nem volt pénz, hogy csináljanak lakodalmat, eljegyzést. Beszélgettünk előre, hogy az egyik lány a másiktól megtanulja. Mondtam neki, hogy én nem fogok veled elszökni, én nem leszek a többi lány. Engemet normálisan feleségül veszel. Azt mondta, van nekik pénzük a bankban. Végül kiderült, hogy nincs. Ezért szöktetett meg. ... Anyukám jött értem, mert persze, hogy ideges volt, hogy hova szöktettek, mit csináltak velem. Mondta a férjemnek, hogy nem volt szép tőled, miért szöktetted el a lányomat? Miért nem csináltál neki legalább lakodalmat? Persze, hogy szégyellték a többi cigány előtt. Mert a többi cigány lenézi, hogy a te lányod nem ment férjhez, nem ült lakodalmat.”

Sem a szülők által összehozott házasságról, sem a szöktetésről nem tett említést egyetlen, más közösséghez tartozó beszélgetőpartnerünk sem. A szüzesség megőrzésének értéke azonban a beás cigányok csoportjában is megjelent. A fiatal lányokat szigorúan őrzik a szülők. Maga a házasság nem kötődik ceremóniákhoz, az együttélést a házassággal egyenrangúnak tartották a válaszolóink. Úgy tűnik, a szüzesség, illetve a tartós kapcsolat olyan érték, amelyet a közösséghez tartozó fiatal roma férfiak is elfogadnak, megbecsülése hozzátartozik az ő neveltetésükhöz is.

„Tizennégy éves voltam. Találkoztam vele és férjhez mentem. Azt mondta, hogy nem foglak én csak használni téged. Megismertem, mi a neve. Ide figyelj, Zoli, ha velem akarok aludni, nem fogsz ám velem csak aludni, aztán elzavarsz engem apámhoz. Mert a cigányok úgy szokták, a kenyeret megesszik. Akkor azt mondta, jó... Az anyja azt mondta neki, hogy nem ám, hogy hazazavarod az anyjához. Ha szűzlány volt, akkor elvette a szüzességét. És úgy lett meg a kis Zsolti...”

Az általunk felkeresett romungro fiatalasszonyok beszámolóiban visszavisszatérő motívum, hogy az iskola befejezése (általában a nyolc osztály

kijárása) után Pesten próbáltak elhelyezkedni, hosszabb-rövidebb időt lánykorukban a fővárosban töltöttek. A pesti vagy Pest környéki tartózkodás is többnyire családi kapcsolatokon alapult – a lakóhelyükről mind a mai napig sokan ingáznak, a szülők-testvérek-rokonok a valamikori „fekete vonat” utasaiként intenzív kapcsolatban állnak a fővárosba elszármazott rokonaikkal. Az összes válaszoló több mint fele, kilenc interjúalanyunk nővé érésében, párválasztásában szerepet játszott az otthonról való korai elkerülés, a szülői kontroll hiánya, az életforma gyökeres megváltozása.

„Megismerkedtem a férjemmel. Katona volt, udvarolt nekem. Leszerelt, elmentünk Pestre dolgozni. Ő is dolgozott, én is. Kivettünk egy albérletet, összeköltöztünk és megházasodtunk. ...Templomi esküvő és polgári is volt. A polgári esküvő Pesten volt, a templomi meg itt... A polgári esküvőnk hirtelen jött, mert kórházban voltam terhesen a kisfiammal, aztán azt mondták, hogy meg kell esküdni, mivelhogy tizenhat éves vagyok, hogy legyen a gyerekek gondviselője... Megesküdtünk, így értesítettük a szüleinket két-három nappal előbb, de inkább pénz kérdése volt, hogy nagy lakodalmat tartsunk.”

Talán a családok nagyobb mobilitása, a szülőknek a két előbbi csoportéhoz képest gyakoribb részvétele a munkaerőpiacon az oka annak, hogy az ezekben a családokban felnövekvő lányok nagyobb szabadságot, több önállóságot élveznek. Ez a szabadság, kontrollnélküliség végződhetett úgy is, hogy bár korai és már terhesen megkötött, de sikeres házasságot mondhat magáénak a válaszolónk, ám a válásoknak az előző csoportokéhoz viszonyított magasabb aránya arra utal, hogy a kontroll nélkül kezdett kapcsolatok ugyan az individuumnak nagyobb választási lehetőséget adnak, és ezzel a többségi társadalmi normához közelebb állnak, de – mint általában a modern párok kapcsolatok – törékenyebbek.

Mint már többször utaltunk rá, budapesti csoportunk tagjai igencsak vegyes etnikai-regionális és szociális háttérrel rendelkeznek. Nagyobbik részük vidéki származású, akiknek sokszor nem is az egész családjuk, hanem csupán ők maguk kerültek fel a fővárosba, többnyire azért, hogy munkát, megélhetést találjanak. Míg az előző, magyar cigány csoport vidéki helyszínen felferesett, korábban Pesten élt tagjai azok voltak, akik a budapesti éveket átmenetnek tekintették, és családi életüket saját közösségükben kívánták (vagy tudták) élni, úgy tűnt, hogy pesti válaszolóink vidékről származott része a fővárosban tartósabban gyökeret vert.

Valamilyen módon azonban a környezetükből kiszakadt oláh cigány családok is próbálják őrizni a hagyományaikat. Még házasságszerzéssel is találkozhattunk budapesti interjúalanyaink körében. Budapesti válaszolóink másik jellegzetes háttere korántsem a tradicionális vidéki roma nagycsalád, hanem a főváros elslumosodott kerületeinek, lerobbant bérházainak szükség-lakásaiban önkényes beköltözőként, vidéki rokonként vagy akár bérlőként élő nukleáris, sokszor felbomlott család. Ezeknek a családoknak gyakori élménye az erőszak, a börtön. A gyerekek – többen válaszolóink közül is – intézetbe kerülnek. Egyik, intézetben nevelkedett beszélgetőpartnerünk első szexuális élménye, végül tartós kapcsolata is a kiszolgáltatottságról árulkozik.

„A családi életéről gyerekkoromban ne kérdezzen, mert állami gondo-

zásban nőtem fel... Félttem a hapsiktól, láttam, hogy gorombák, ittak, és engem ez visszatartott. Volt olyan osztálytársam, aki tizenháromévesen született...Csak lányok voltunk. A többi csaj fiúval úgy érintkezett, ha megszőktek. De annak mi értelme volt? Mikor visszahozták őket, akkor egy kis zuhanyozó fürkébe becsukták őket reggeltől egész estig. Kevés kaját kaptak, nem mehettek kirándulni... Ott ismerkedtem meg ezzel a hapsival... én nem álltam volna vele össze. Meg akartak erőszakolni a többiek, és ő állt mellém. Figyelmeztetett, és így ismerkedtem meg vele. ... Nem szerelem volt, csak ebből a szempontból..." Másikuk, szintén intézetben felnövekedett fiatalasszony első, tinédzserkori terhességét megszakítani kényszerült, majd amikor újra teherbe esett, kötötte meg a mára már elromlott házasságát.

Az otthontól való korai elszakadás, az idegen környezet ellenségessége vagy közönyössége több elromlott kapcsolat hátterében megtalálható. A válást, az új kapcsolattal való próbálkozást budapesti válaszolóink többnyire elfogadják. A nagyvárosi életforma lehetővé teszi, hogy a legkülönbözőbb háttérrel rendelkező emberek összetalálkozzanak, hogy szakítsanak a konzervatívnak, túl szigorúnak érzékelt hagyományokkal.

4. Családtervezés, fogamzásgátlás

Az eddigiek alapján is felmerült, de a családtervezés témakörében megerősödött az a feltételezésünk, hogy a minta egészén és a négy almintán belül is jellegzetes kettősség vonul végig. A hagyományok őrzése és tiszteletben tartása, illetve a spontaneitás és/vagy tudatlanság olyan kettősség, amelynek egyidejűsége nyilvánvaló, de kevésbé evidens, hogy mennyiben van közöttük ok-okozati összefüggés, mennyiben egymást felerősítő hatásokról van szó, illetve éppen ellenkezőleg, mennyiben akadályozza az ösztönösséget, a spontaneitást a hagyományok szigorúan értelmezett betartása.

Ha úgy véljük, hogy a hagyományos, zárt roma közösségekben a magas gyermekszám, a termékenység fenntartás nélküli elfogadása jellemző – és erre többször is utaltak az interjúalanyaink –, akkor nehezen kérhető számon ezekben a közösségekben a gyermekvállalással kapcsolatos, a többségi vélemény szerint racionálisnak minősülő mérlegelés. Tisztán logikai úton azt kellene gondolnunk, hogy a hagyományörző roma közösségekben a magas családonkénti gyermekszám minősül tervezettnek, míg ugyanitt a kevés gyerek vagy a véletlen műve, vagy a hagyományok felrúgása, tehát közösségi szempontból deviancia; a nem tradicionális életmódot folytatók körében az alacsony gyermekszám a tervezett – hiszen az felel meg a többségi társadalom normáinak – és a magas gyermekszám minősül devianciának. A hagyományörző családokban a fogamzásgátlás (illetve az abortusz) jelentené az elfogadott közösségi normák megtagadását, míg a többségi társadalomba jobban integrálódott, a hagyományos közösségi életformától elfordulók esetében a családtervezés racionalitása, a fogamzásgátlás gyakorlata lenne a normakövető viselkedés.

Ugyanakkor a másik faktor, a tudatlanság, a többségi megítélés szerinti úgynevezett „ösztonösség”, „civilizálatlanság” egy más típusú akadály az

egészségügy oldaláról érkező felvilágosító, családtervezésre ösztönző (vagy csak egyszerűen a túl nagy gyerekszámot a többségi társadalomra háruló költségessége miatt kárhozható) tevékenységnek. Ilyenkor nincs szó kikristályosodott közösségi normákról, csupán az egyik napról a másikra élés, a biológiának és a társadalmi hatásoknak az önvédelem lehetősége nélkül való kiszolgáltatottság alakítja az egyéni sorsokat. Azt azonban akár csak a mintánkat tekintve sem állíthatjuk, hogy többségében ez a sodródás, kiszolgáltatottság jellemezné a roma nők termékenységi történetét.

A képlet még tovább bonyolódik. A tradíciókon, a közösség zártságán/nyitottságán és a „civilizálatlanságon” kívül más tényezők is befolyásolják akár csoportként, akár egyenként a roma etnikum tagjait, e kérdés vonatkozásában is. Kutatásunk kérdésfeltevése és módszere nem teszi lehetővé, hogy az iskolázottság romák körében is tapasztalható általános emelkedésének, az anyagi viszonyok alakulásának, a gazdasági-szociális feltételek változásának hatását is vizsgálódásunk körébe vonjuk. Figyelmünket inkább azokra a motívumokra irányítottuk, amelyek a termékenységre vonatkozó felfogást befolyásolják. Sok jel mutat arra, hogy a magyar társadalmi közvélemény ambivalens a magas gyerekszám megítélésében. Miközben a nagycsaládokat valamiféle pozitív pátosz lengi körül, ez az érzelmi támogatás csak azokat a sokgyermekeseket illeti meg, ahol a gyermekvállalás valamely többségi norma által szentesített ideológia, tradíció alapján történik. A cigányok magas termékenységét a tudatlansággal, tervezetlenséggel és/vagy a különböző szociálpolitikai juttatások megszerzése iránti vágygal indokolják, és csak kis mértékben, kevesen hajlamosak felismerni a tradicionális közösségi társadalom erre vonatkozó szabályainak erejét. *Nem csoda, ha a romák önképébe – termékenységgel kapcsolatos szokásaik megítélésébe – beszüremkedik a többségi társadalom velük kapcsolatos negatív véleménye, mintegy új, további elemként a hagyományörzés, illetve spontaneitás mértékének termékenységet befolyásoló motívumai mellé.* Mindezek együttes hatásából is következik (túl az általunk nem vizsgált makrotársadalmi összefüggéseken) az a tény, ami az összesített termékenységi adatok és a szülői családok termékenységi adatainak összevetéséből kiviláglik, hogy tudniillik egy generáció alatt a családonkénti gyermekszám radikálisan csökkent, még ha az egyes alminták, illetve az egyes individuális válaszolók gyermekvállalási szokásai nagymértékben szórnak is.

A minta egészét tekintve, a válaszolók 52 százaléka soha nem használt semmifajta fogamzásgátlót, nem védekezett, eddigi terhességeit többnyire kihordta, vagy a szülésekhez képest alacsony számban (186 élve született gyermekre 23 abortusz jut a minta egészében) művi úton megszakította. A négy almintán belül azonban már jellegzetes különbségeket találunk. Ahogyan az eddigi különbségek alapján várni lehetett, a romungrók csoportjának pontosan az átlagnak megfelelő fogamzásgátlási szokásai vannak, éppen 52 százalékuuk élt már a védekezés valamifajta eszközével. A két hagyományos roma közösségben a fogamzásgátlás kevésbé elterjedt, amire a családonkénti átlagosan magasabb gyerekszám alapján is következtethettünk. De e két csoport közül is kiemelkedik a beás cigány válaszolóink csoportja, akik 63 százaléka soha nem védekezett semmilyen módon a terhesség bekövetkezése el-

len. Míg az oláh cigányok csoportjában – akik 56 százaléka eddig soha nem alkalmazott fogamzásgátló szereket – a művi abortusz nem ismeretlen, és éppen a védekezést nem alkalmazók között is öt ízben előfordult, a beás csoport tagjainál művi terhesség-megszakítással egyszer sem találkoztunk. Budapesti válaszolóink közül viszont csak hatan (az alminta 38 százaléka) nem éltek eddigi életútjuk során semmifajta fogamzásgátló eszközzel, és ők minden eddigi terhességüket ki is hordták. (A hat interjúalany közül három a termékenységi korszakának még csak az elején tart, eddig egy vagy két gyereket szült, és a jövőben további gyermekvállalást tervez.)

Ha belepillantunk a beszélgetésekbe, ritkán találkozunk a fejezet bevezetőjében felvázolt termékenységi attitűd bármelyikének tiszta képletével. Mind a négy csoportban előfordul olyan típusú elképzelés és magatartás, ami a többségi társadalom családméretét tekinti normának, és ahhoz igyekszik ragaszkodni.

Bár mindegyik csoportban találkoztunk kifejezetten nagy családdal, sok gyermeknek életet adó édesanyával (az oláh cigányok között volt egy kilencgyermekes, egy négy- és egy ötgyermekes asszony, a beás almintában egy nyolc-, két hat- és három ötgyermekes nő, a romungrók csoportjában három négygyerekes asszony, a budapestiek között pedig egy hat- és két négygyermekes anya), egyikük sem hivatkozott a roma nagycsaládos hagyományokra termékenységi történetének magyarázataként. Egyetlen, négygyermekes anya volt csak, aki talán e hagyományok jegyében beszélt elítélőleg azokról, akik elvetetik gyermeküket.

Míntha a sokgyerekeség közösségen belül elfogadott értéke a kívülállók, a többségi társadalom képviselői előtt szégyennek minősülne, beszélgetőpartnereink közül többen az interjúhelyzetben egy vélt többségi elváráshoz alkalmazkodni kívánva, a magas termékenységet véletlennek, esetlegességnek (például sok lánygyermek született, és még fiút is szeretnének, vagy a terhesség késői felismerése) igyekeznek olykor feltüntetni, de azért a sorokszavak között olykor mégis kitűnik a nagycsalád tisztelete. Sokszor felmerült azonban a sok gyerek nevelésének költségessége, mint olyan indok, ami hátráltatja a termékenység tradicionális és/vagy érzelmi korlátlan elfogadásának. Emiatt kerül sor esetleges terhességmegszakításra.

Ismerve interjúalanyaink eddigi termékenységi történeteit, úgy tűnik, hogy a családtervezés, a fogamzásgátlás gondolata a mintánkba bekerült családok többségében valamilyen formában felmerült. Igaz, többnyire nem a családalapítás kezdetén, hanem inkább a már bekövetkezett egy-két vagy akár több terhesség–szülés utáni időszakban kezdtek el a védekezés lehetőségén gondolkodni.

Az egyik, természetesnek tartott születésszabályozási mód a szoptatási idő kiterjesztésével függ össze. A mesterséges fogamzásgátlás az interjúk tanúsága szerint több síkon okozhat konfliktust, jelenthet nehézséget interjúalanyainknak. Említették a fogamzásgátlás költségességét, ez a megfelelően tartott módszer kiválasztásában is szerepet játszhat. Egy másfajta probléma a választott módszer megbízhatósága. Mind a spirállal, mind a hormonális fogamzásgátló szerrel kapcsolatban felmerülhetnek aggályok, hol a ko-

rábbi tapasztalatra, hol más forrásból származó információkra hivatkozva. Többen számoltak be arról, hogy tablettá szedése mellett lettek terhesek.

A beszélgetésekben többször felmerült, hogy a védekezés különféle formáira az egészségügy illetékeseinek enyhébb-szigorúbb intelmei nyomán került csak sor. Talán nem véletlen, hogy egyedül budapesti almintánkban fordult elő: az egészségügy illetékese nem le-, hanem rábeszélési kívánta kliensét a gyermekvállalásra. Igaz, ezekben az esetekben az alternatíva a művi terhességmegszakítás lett volna.

A cigányokra vonatkozó közvélekedés egyik sztereotipikus megállapítása, hogy a roma családokban a gyermek nem más, mint jövedelemforrás. Igaz, ez az állítás nem konzisztens azzal a szintén elterjedt vélekedéssel, miszerint a cigányság ösztönös, tudatlan nép, termékenységét nem a racionális döntések, hanem a természet törvényei diktálják. Mintánkban csak kevés utalást találtunk a gyermekvállalás gazdasági összefüggéseire. Bár a kutatásba bekerült családok jelentős részében az egyetlen rendszeres jövedelem a családi pótlék, a gyés és a gyet, tehát a gyermekes családokra vonatkozó szociálpolitikai juttatás volt, többnyire a gyermekvállalás érzelmi oldalát hangsúlyozták válaszolóink.

Az önálló lakás megszerzését lehetővé tevő szociálpolitikai támogatás volt az egyetlen, ami a beszélgetésekben többször megfogalmazódott, igaz, többnyire nem a saját, hanem mások döntésének indoklásaként. Tényszerűen a magyar cigány almintában fordult leggyakrabban elő, hogy a három gyermek után járó összeggel a fiatal családok építkezésbe fogtak, de közülük többen is érzékeltették: rosszindulatú, előítéletes gondolkodással feltételezhető csak, hogy a gyereket ezért a kedvezményért vállalják.

Szinte lehetetlen vállalkozás számszerűsítve összegezni, esetleg tipizálni mintánk egészének, illetve a négy almintának a családtervezési gyakorlatát. Ha mégis megpróbálkozunk vele, inkább a teljes interjúk összességét, mintsem az egyes terheségek vállalására vagy elutasítására, a gyermekek tervezett vagy nem-tervezett voltára, a családtervezés sikerességére, hosszú vagy csak rövid távú gyakorlatára, esetleg teljes hiányára vonatkozó konkrét információkat érdemes figyelembe vennünk. Hiszen válaszolóinknak eddigi termékenységű történetét életük más-más állomásán, de egy adott pillanatában úgy kell egy interjúszituációban összefoglalniuk, hogy saját maguk, de a kérdező számára is elfogadható, kerek narratíva alakuljon ki e történetekből. Ha több gyerek született, mint ahogyan azt a család (vagy legalább az egyik fél) tervezte, vagy ha kevesebb, ha kudarcba fulladtak a védekezési kísérletek, ha nem várt események – gyermekhalál, méhen belüli elhalás, fogyatékos gyermek születése, gyermek intézeti elhelyezése stb. – következtek be, mindezek az események beleíródtak az egyén életrajzába, és konkrétágukkal elhomályosíthatták a korábbi vágyakat, stratégiákat, ideológiákat, illetve pszichológiaiilag az eseményeknek megfelelő ideológiák gyártásra készítették válaszolóinkat.

Tehát inkább impresszióinkra hagyatkozva úgy látjuk, hogy a mintánkban megszólaltatottak termékenységű szokásaik terén összességükben eltérnek a többségi társadalom tagjaitól. Ez az eltérés azonban csak az oláh és a beás cigányok almintájában erőteljes, de a két csoportban nem egyforma súllyal

vesznek részt a különböző faktorok. A fejezet bevezetőjében emlegetett tradicionalitás-skálán az oláh cigányok csoportja tűnik a leginkább hagyománykövetőnek: azokban a családokban, ahol sok gyerek van, többnyire tudatos döntés eredménye a magas gyerekszám. Ugyanakkor ez a csoport a védekezés és a terhességmegszakítás eszközével is gyakrabban élt, mint a másik, a többségitől jelentősen eltérő alminta tagjai. Talán a helyi adottságoknak (elsősorban a városi ellátási körülményeknek) is köszönhető, hogy az egészségügy képviselőivel intenzívebb kapcsolatba kerülhettek, mint például a nagyvárostól viszonylag messze fekvő faluban élő, beás alminta tagjai, és ez fogékonyabbá tette őket a testi folyamatok megértésére és irányítására. A beás cigányok csoportja inkább a biológiai lét kiszolgáltatottjának tűnik. A terhességmegszakítás körükben elő sem fordult, a fogamzásgátlás a többségük számára ismeretlen vagy idegen fogalom, vagy csak sokadik terhesség, szülészeti esemény után kerül sor erre, az egészségügy képviselőinek intenzív és nem mindig tapintatos befolyása nyomán. Ha a magyar cigányok csoportja – hasonlóan a budapesti almintához – az átlagos gyerekszám tekintetében meg is haladja az országos átlagot (de ilyen kis minta esetében ez a különbség a véletlennek is betudható), termékenységi attitűdjeiben nem látszik különbözni az iskolázottság, regionális adottságok, szociális feltételek szempontjából hasonló háttérrel rendelkező többségi társaitól. A budapesti csoportnál talákoztunk a legnagyobb mértékű tudatossággal a gyermekvállalásra vonatkozólag, igaz, ez a tudatosság az ő körükben is inkább az első – többnyire véletlenül bekövetkezett – terhesség utáni időszakra vonatkozott. Miután e csoport tagjai igencsak vegyes etnikai háttérrel és közülük sokan hányatott, stabil család nélküli gyermekkorral rendelkeznek, felnőttkori termékenységi szokásaikat inkább a nagyvárosi környezet nem tradicionális hatásai alakították: a kortársak, a szomszédság, az iskola és egészségügyi ellátás képviselői, média stb. érzékelhetően a többségi társadalom termékenységi normái felé terelték őket.

5. *Biológia vagy kultúra? (Terhesség–szülés–szoptatás)*

Ha már bekövetkezett a terhesség, ha a terhes nő úgy döntött, megszüli gyermekét, és ha megszületik a gyermek, olyan folyamatok zajlanak le a nő testében, melyek egy biológiai program szerint zajlanak, és kétségtelenül univerzálisnak tekinthetők. Számptalan jel mutat azonban arra, hogy mégis biológia és kultúra találkozásáról van szó ezekben a folyamatokban is. A terhességet különbözőképpen lehet viselni, a szülés maga minden egyedi esetben másképp zajlik le, és a megszületett gyermek korai gondozása-táplálása sem csupán egy biológiai funkcióhoz társuló, ösztönös tevékenység. Hogy kutatásunkban ez a kettősség éles megvilágításba került, az éppen azzal függ össze, hogy *a biológiai program végrehajtásának kulturális meghatározottsága a magyar társadalom egészén belül, de a többség–kisebbség viszonyának függvényében realizálódik.*

Amikor interjúalanyaink saját terhességére, szülésére, az újszülött gondo-

zására-táplálására vonatkozó élményeit elemezzük, éppen ezeknek a különböző kulturális befolyásoknak a feltérképezésére vállalkozunk.

TERHESSÉG

Kutatásunk tanúsága szerint olykor a *terhes* roma nő önképe is sajátos viszonyítás terméke. Saját terhességét etnikumának tagjaként, a magyar terhesekkel való összehasonlításban éli meg, mintegy identitásának fontos tartozékát látja a többségi társadalom tagjaitól eltérő életvitelbeli, testi-fizikai megnyilvánulásokban. „*Egy magyar terhes nő úgyse csinálja azt meg terhesség alatt, mint a cigány. Fizikailag is. Cigány terhes nő az szívós. Az orvosok is meg tudják állapítani, hogy egy cigány nő mindig szívósabb, mint a magyar.*” Az interjúk alapján megismert terhességek azonban nem mind illenek abba az akár maguk a cigányok által is hangoztatott, de a többségi társadalom oldaláról is jól ismert sztereotipikus képbe, miszerint a roma nők könnyen, „természetesen” viselik a terhességet.

Hogy hogyan kell élni terhesség alatt, azt válaszolóink két, egyformán fontos forrásból is meríthették: legtöbbször a *védőnők* és az *anyák* adtak tanácsot erre vonatkozólag. Ezek a tanácsok többnyire egymást erősítették, de nem feltétlenül tartották be őket. A védőnői-orvosi tanácsoknak a családi és közösségi szokásoktól leginkább eltérő és lényeges eleme a dohányzás terhesség alatti tiltása volt. Nehéz lenne a dohányzásról azt állítani, hogy a cigány etnikum tagjai közt valamiféle különleges hagyományt jelent ez a – mintánkban is tapasztalt – már gyermekkorban elkezdődő, nőket-férfiakat egyaránt érintő szenvedély. De a dohányzásra való rászokásban könnyen felfedezhető az a szocializációs hatás, ami a dohányzó családtagok, szülők oldaláról éri a felnövekvő gyereket. Így a terhesség alatti dohányzás szinte minden interjúnkban felmerült, többnyire úgy, hogy a tanácsok ellenére válaszolóink fenntartották, legfeljebb csökkentették a cigaretta fogyasztását, és legfeljebb valamilyen – jól ismert – önfelmentő technikát alkalmaztak a dohányzás indoklásaként. „...*az orvos mindig kérdezte, hány doboz cigi, miért nem hagyja abba...* (K: Mégis cigarettázott?) *Igen, és mégis egészségesek lettek. Nem a cigi a fontos, hanem az idegeskedő terhesség.*”

SZÜLÉS

Nemcsak a terhesség, hanem a *szülés* könnyű, „természetes” lefolyása is olyan sztereotípiára vonatkozóan, amelyet maguk az érintettek is szívesen fogalmazznak meg, mintegy büszkén hivatkozva csoportjuk genetikai vagy viselkedésbeli „másságára”: „*Ha mi megszüülünk, bevisznek a szobába és felkelünk. Ezek meg alusznak, fekszenek. Ezek kényesek, a parasztok. Nem a cigányok. Mi azon a napon haza is jönnénk. ... ugyanúgy, mintha nem születtünk volna. Hoznak egy kis vörösbort, azt megisszuk.*”

Minden egyes szülés máshogy zajlik le. Sőt, egyazon anya szülései is különböznek egymástól, és a mintánkba került, kis számú válaszolótól szár-

mazó információk alapján talán nem is jogos általánosító megállapítást tennünk, mégis úgy tűnik, a „könnyű” szülés mítosza inkább a két tradicionális cigány közösségben élt. Mindkét csoportban számszerűen többen hivatkoztak arra, hogy náluk nem szokás a szülésből nagy ügyet csinálni, mint a másik két alminta tagjai körében. Az viszont mindegyik csoportban visszatérő motívum volt, hogy a cigány kismamák igyekeztek a kórházba jutást az utolsó pillanatra időzíteni. Indoklásként hol az otthoni teendőkre hivatkoztak, hol – explicit vagy csak a szavakban megbúvó módon – a kórháztól való idegenkedés volt a késleltetés oka.

A kórház egyúttal olyan szociális tér, amelyben a cigány szülő nő a saját közösségéből kiszakadva egyedül szembesül a többségi társadalom képviselőivel, méghozzá egy olyan erősen hierarchizált közegben, ahol a többségi társadalom tagjai is jórészt kiszolgáltatottak, idegenek. A kórház még a szülő nők – tehát nem betegek! – számára is sokszor félelmet, szorongást keltő hely, ahol a berendezés, a felszerelés, a műszerek, az orvosi személyzet magatartása mind a hétköznapiól eltérő viselkedést követelnek.⁸

Előfordult olyan eset is, ahol a cigány kismama és a kórházi szakember között nyílt konfliktusra került sor, és interjúalanyunkban a saját megfogalmazása szerint is ütközésbe került az otthoni, családi érdek és az egészségügyi szempontjából követendő racionális viselkedés.

Hogy a könnyű szülés a cigányoknál csak mítosz, arra igen sok példát kaphattunk. Vákuumos szülés, császármetszés, rohamszülés és egyéb komplikáció ugyanúgy előfordult a mintánkban, mint bármely más közegben. A kis elemszám, illetve az előzmények és a kórtörténet kevésbé szakszerű feltárása miatt arra nem tudunk választ adni, hogy a különböző beavatkozások, komplikációk gyakorisága eltér-e az átlagostól, és arra sem, hogy azok összefüggtek-e interjúalanyaink káros szokásaival, elhanyagoltságával vagy tudatlanságával.

Feltűnő volt számunkra a vákuumos szülés viszonylag gyakori említése. Ennek magyarázatára szakértelem és pontos ismeretek nélkül nem vállalkozhatunk, legfeljebb gyanakvásunknak adhatunk hangot, hogy az elhúzódó szülés veszélye (és így a kórházi személyzet számára a szülés időigényessége) miatt alkalmazhatták ezt a módszert, bizonyos esetekben.

A kórházi tartózkodás nemcsak az orvosok, az egészségügyi személyzet jelenléte és a félelmetesnek ítélt orvosi szerszámok, beavatkozások (injekció, infúzió, a szülőágy szíjai, a szike, borotva stb.) miatt lehetett feszélyező és szorongást keltő, hanem azért is, mert cigány válaszolóinknak olykor szembesülniük kellett a többi beteg elutasító magatartásával is. „...*megjegyzést tettek a betegtársak*”, ahogyan egyik interjúalanyunk mondta.

A kórházi szülés elidegenedett gyakorlatát próbálja oldani, valamint a szülőpárnak a gyermek születésével kapcsolatos együttes élményét kívánja elősegíteni a magyar kórházakban a közelmúltban – kívánság szerint – lehetővé tett apás szülés. Ezt a lehetőséget interjúalanyaink egyértelműen elutasították a minta mindegyik csoportjában. Igaz, a visszautasítás indoklása-ként egyedül az oláh cigányok csoportjában hivatkoztak válaszolóink valamiféle hagyományra. Ebben a közösségben a férfi és női világ radikálisan kettéválik, és a nők testi folyamatai a férfiak előtt szégyennek minősülnek

(lásd például a menstruációt is). Még a terhesrendelésre sem szokás elkísérni a feleséget, a szülés idején sem szokás a kórházban tartózkodni.

SZOPTATÁS

Az újszülött *szoptatása*, a szoptatás módja, időtartama, szegyenkezés nélküli nyíltsága a harmadik lényeges eleme a „cigányok mint természeti nép” sztereotípiának. Ez a többségi sztereotípiá olykor az érintettek önképében is fellelhető, pozitív, identitásképző erővel, a saját csoport viselkedésmintáinak a másik, többségi csoporthoz képest történő felértékelésével: *„...mert némelyik nő azért nem akarja szoptatni a gyereket, hogy formásak maradjanak a mellei. Nem a kisgyerek érdekét nézi, hanem a saját érdekét. De ilyen egy anya nem tehet. Maga vállalta a gyereket, megszüli, akkor azt is vállalnia kell, hogy ez azzal jár, hogy szoptatni kell a kisbabát, hogy egészséges legyen. ...Végül is a gyerek akárhol megéhezik, az utcán, a buszon, annak ennie kell. És én azt ajánlom a magyar lányoknak, asszonyoknak, hogy nem kell szégyellni. Ez inkább büszke dolog. Az anyatejtől nem lesz beteg a kisbaba.”*

Ugyanakkor a csecsemő gondozása-táplálása az a terület, amelyen a családi szokások, anyai-rokoni útmutatások a leggyakrabban ütköznek a gyermekgondozás hivatásos szakértőinek javaslataival. Mint már a bevezetőben bemutattuk, lényeges különbséget találtunk négy almintánk tagjainak szoptatási szokásai között. Legtovább az oláh cigány közösség tagjai szoptattak, lényegesen rövidebb ideig, de ez idő alatt szinte kizárólag anyatejjel táplálták csecsemőiket a beás cigány édesanyák, a romungro és a budapesti csoportban pedig rövidebb átlagos szoptatási idővel és vegyesebb táplálási szokásokkal találkoztunk. Ahol a szoptatás korlátlan, rendszertelen és hosszú évekre kitolódik, ott éppen ez váltja ki a védőnők-gyermekorvosok rosszallását, ahol viszont nem, vagy csak rövid ideig szoptat a kismama, ott a táplálás családban tanult, illetve tudományosan megalapozott mintái között keletkezik konfliktus: *„A védőnő azt mondja, hogy ne etessem meg a kislányt, amíg nem lesz három-négyhónapos. Mind a két gyereket korán megettettem. Kéthónapos koruktól. ... amit mi is eszünk, csak húst még nem ettek. Azt még nem adok nekik. ... hál' Isten, semmi bajuk. Bevált mindegyikkel... ők azt mondják, hogy három óránként szoptassak. De én nem tartom be a szabályt. Amikor kéri, akkor adom neki. ... (a védőnő) mondja, hogy nem szabad, Terikém, mert terhelődik a kis gyomor. De hát ő tudja. Nem a védőnéni.”*

Természetesen a két eltérő (családi-tradicionális és szakmai-rationális) csecsemőgondozási mód nem mindig kerül konfliktusba. A körzetét jól ismerő védőnő elfogadja a helyi szokásokat és alkalmazkodik, legfeljebb tanácsaival próbálja a többségi, „szakszerű” gondozási-táplálási módozatokat elfogadtatni roma klienseivel. Másfelől pedig maga a roma kliens sem él a többségi hatásoktól elzártnan, nem feltétlenül veszi át a családi szokásokat, némelyikük szívesebben hallgat a szakértő védőnőre, mint „elmaradottnak” tartott anyjára-anyósára. A konfliktusok egy része különben sem válik nyílttá, tanúskodva a roma kliens alkalmazkodóképességéről.

Egyik budapesti kismama az anyai és a védőnői tanácsok között vergődve

utóbb kénytelen volt belátni, hogy a szakértőnek kellett volna hinnie: „...például a tejet nem szabadott volna adni. Nekem nem mindegyik szopott olyan sokat. A Bandikám három hónapig, a Márió két és fél hónapig, Alexem az négy hónapig. Mivel nem sokat szoptak a gyerekek, valamit kellett adni nekik. A védőnő tápszert írt, anyu tejet. A kettő közül nem tudtam eldönteni, melyik a jobb. Anyu azt mondta, adjak neki tejet. Anyósom is ezt mondta. Ahogy főzöm a teát, felforralom a tejet, és fél tea, fél tej. A védőnőnek meg azt hazudtam, hogy tápszert adok. Kérdezte, hogy adom a tápszert, és akkor ebből rájött, hogy a gyerek mit eszik, ha be sem járok és nem íratok. Akkor mondtam neki, hogy tejet. A végén ráfáztam, mert a Bandika tejérzékeny is lett. Hat hónaposan jött ki rajta a tejérzékenység.”

III. Az egészségügy szereplői – ahogyan a roma kliensek látják

Az eddigiekben arról esett szó, milyenek a cigány fiatalasszonyok, akik terhességükkel, szülésük alkalmával vagy gyermekük gondozása-gyógyítása során kapcsolatba kerülnek az egészségügy megfelelő illetékeseivel. A tanulmány első részében az egészségügy szereplőinek szemszögéből próbáltuk bemutatni a roma klienseket, a második részben pedig azt a képet próbáltuk összerakni, amelyet a roma nők saját termékenységi-gyermekgondozási szokásaikkal kapcsolatban önmagukról festenek.

A kép teljességéhez azonban hiányzik még egy nézőpont. Nyilvánvaló, hogy a hatékony munka szempontjából fontos tényező az egészségügyben dolgozók személye, illetve azoknak a személyeknek az összessége, akikkel a gondozottak kapcsolatba kerülnek. Az egészségügy felől érkező elvárások, tanácsok, illetve az orvosi gyógyító munkában megfogalmazódó utasítások elfogadásának nemcsak a páciens, hanem a hivatását gyakorló szakember maga is lehet akadálya. Nem feladatunk, hogy a roma nők kétféle nézőpontból rekonstruált képéhez hasonlóan, interjúalanyaink segítségével, az egészségügy témánkban érintett képviselőiről megpróbáljunk valamiféle összképet felvázolni. De fontosnak látszik, hogy beszélgetőpartnereinknek a – hol konkrét esetekre vonatkozó, hol általánosítva megfogalmazott – tapasztalatait is megvizsgáljuk.

A tanácsadás, a felvilágosító munka, illetve az orvosi előírások, utasítások elfogadásának feltétele, hogy a páciens megértse a neki szóló, az érdekében megfogalmazott útmutatást. A beszédmód, viselkedés, modellnyújtás (például csecsemővel való foglalkozás tanítása) megfelelő megválasztása, a befogadóhoz való alkalmazkodás olyan stratégia, amelyet a szolgáltatást igénybe vevők általában honorálnak. A mindennapi tapasztalat alapján jól ismert az a gyakorlat, hogy a gyógyító szakma hierarchikus elrendezésében minél feljebb áll valaki a beosztása, a képzettsége szempontjából, annál inkább őrzi tudásának privilégiumát, annál kevésbé avatja be pácienseit döntéseinek összetevőibe.

A mintánkban megszólaltatott roma fiatalasszonyok alátámasztani látszanak ezt a közhelyet. A *védőnők*, akik mindennapos és életközeli kapcsolatban végzik klienseik körében a munkájukat, általában valóban közel álltak vála-

szolóinkhoz, csak ritka kivételként fordult elő velük kapcsolatos negatív élmény. Általában érthetőnek és elfogadhatónak tartották a védőnőktől érkező tanácsokat, még ha olykor, bizonyos területeken (különösen a szoptatás-táplálás terén) ezek a tanácsok össze is ütköztek a családokban hagyományosan meglévő szokásokkal.

A szülés kórházi élményéhez hozzátartozik a kórházi személyzet páciensekkel kapcsolatos magatartása, viselkedése, sőt, magának az egészségügyi személynek a jelleme, karaktervonásai is nyomot hagynak a kórházi tartózkodás amúgy is elidegenedett és feszélyező légkörében tartózkodó beteg emlékeiben. Vissza-visszatérő motívum, hogy a szülés alkalmával a rideg, durva vagy szórakozott, oda nem figyelő orvossal szemben a *szülész nő* volt az, aki empátiát érzett a vajúdo-szülő asszony iránt.

Az orvossal kapcsolatos konfliktusok egy része az interjúkban úgy fogalmazódott meg, hogy a roma fiatalasszony másfajta odafigyelést, tájékoztatást, bánásmódot várt volna el, mint amit adott esetben kapott. Ismerve a magyar kórházi nagyüzem munkamódját, arra gyanakodhatunk, hogy egyes esetekben az orvos páciense által nehezményezett magatartásának szakmai okai lehetnek, és nem az orvos nemtörődömségével függnek össze, mégis tipikus félreértésekhez vezethetnek, máskor inkább arra gyanakodhatunk, hogy az orvos nem eléggé körültekintő betege állapotának megítélésében. *„Először bevitték Sz-ra, K. doktor úr megvizsgálta. Én mondtam, hogy él a gyerek, mert érzem, hogy mozog. Elkezd veszekedni velem, hogy az a gyerek már nem él, nem mozog, csak úgy lökődik bennem. És ráírta a papírra, hogy a gyerek nem él, hanem meghalt. Ny-re küldött be. Amikor bevitt a mentő, egy aranyos kis doktornő jött oda hozzám, az vett fel. Mondtam, hogy K. mit mondott. Bevitt a szülészobára, rámtették ezt, amivel a szívet mérik, mondta, hogy a K-nak nem szülészorvosnak kéne menni, hanem állatorvosnak. Ez a gyerek él, nincs semmi baj. Koraszülés lesz.”*

Megkerülhetetlen téma az egészségügyben dolgozók, orvosok, kórházi alkalmazottak megítélésekor a *paraszolvencia* kérdése. A szülészet-nőgyógyászat amúgy is olyan kitüntetett területe az orvosi-gyógyító munkának a köz-megítélés – és a mindennapi gyakorlat – szerint, ahol a leggyakrabban fordul elő, a leginkább elvárt az orvosi közreműködés „megfizetése”. A „fogadott” orvos szüléskor szinte kötelező, és a megfelelő borítékok átnyújtása még nem választott szülészorvos esetén is szokásos gesztus. Ugyanígy szokás fizetni a nőgyógyásznak a terhesség gondozás során, és szintén elvárt a házhoz kihívott gyermekorvos-családorvos megfizetése. Egy olyan populáció esetén, amely – akár csak az általunk vett mintában is – többnyire segélyekből, alkalmi munkából vagy a munkamegosztási hierarchia legalsó szegmenseiben szerzett jövedelméből él, ahol a nagy család, magas gyermekszám jellemző, és emiatt az egészségügy érintett területeivel intenzív kapcsolat alakul ki, a paraszolvencia kérdése egyike a legsúlyosabb, leginkább húsba vágó kérdéseknek. Másrészt pedig a „megfizetett orvos” kérdése a cigány kliensek esetében szorosan összefügg a roma etnikum kisebbségi helyzetével, az általuk tapasztalt előítéletesség, diszkrimináció kiküszöbölésének eszközét látván a paraszolvencia nyújtásában.

Talán nem meglepő, hogy a paraszolvencia kérdése csak a roma alanya-

inkkal folytatott beszélgetésekben merült fel, az egészségügy képviselői egyszer sem említették, hogy gyógyító-gondozó munkájukban a kliensektől kapott pénz bármiféle szerepet játszott volna. Akár igaz, akár nem, amit a pénz szerepéről roma válaszolóink feltételeznek, fontos adalék az egészségügy illetékesei által képviselt szakértelem és értékrendszer hitelességének és elfogadhatóságának megítélésében interjúalanyaink ezzel kapcsolatos tapasztalata. *„A legelsőnél egyáltalán nem foglalkozott velem az orvos, nem segített, hanem a szülésznő volt, aki segített. ... azt akarta, hogy minél gyorsabban túlessünk rajta, minél hamarabb jöjjön a baba. Én már nagyon nem bírtam. Toltam, de az orvos nem segített. Mikor megszülettem, odajött az orvos, és mutatta a zsebét. Nem szólt semmit, csak tágította a zsebét. Mondtam neki, doktor úr, ha lenne, még akkor sem adnák. Nem szólt semmit, de azóta nem is nagyon foglalkozott velem.”*

De a roma kliensekre vonatkozó *előítéletesség* nemcsak a paraszolvencia vonatkozásában merült fel. Válaszolónk közül többen is úgy hoztak fel példát az előítéletesség megnyilvánulására, hogy tapasztalatukat nem sértett alanyként, hanem megfigyelőként szereztek, mintegy azonosulva etnikumuk más tagjaival, ezáltal magukra vonatkoztatva az egészségügyi személyek diszkriminatív viselkedését: *„Én mikor bementem, szólt nekem egy főnővér, hogy nem igaz, hogy cigányokhoz tartozok. Kérdeztem, hogy miért mondja? Mert ez a kisbaba tiszta, és az anyuka másképp néz ki. És ezzel engem megsértett, fáj nekem, hogy a másikat lenézte. Nem azért hozzák ide a babájukat, hogy tiszta vagy sem. Adhatnának magukra, mert a víz az ingyen van. Én ebben igazat adok, de azt mondja a főnővér, hogy minden gyerek után kezet mosnak. Mondom, azért meg lehet vizsgálni azt a gyereket. ... Idegesített, hogy a másikkal hogy viselkedett. ... A gyerek kékiült, levegőt nem kapott, de nem az volt az első, hogy megvizsgálja a gyereket, hanem azt mondta, hogy milyen koszos, piszkos, ez a vizet nem ismeri. Azt mondja, nem veszem be a kórházba, hiába beteg, mert itt akarják állandósítani. Mondom, mi az, hogy állandósítani? Azt mondja, bent akarják hagyni a gyereket. Én mondtam neki, ide figyeljen, cigányok között is nagyon nagy különbség van. Ugyanúgy van a magyarok között is. Nem kell minket összekeverni a telepi cigányokkal. Mi annál jobban szeretjük a gyerekeinket, mint hogy itt bent hagyjuk őket. ... Mondtam, lehet, hogy van olyan cigány, aki menekül a gyerekétől, de én az életemet áldoznám azért, hogy a fiannak még csak a körme se fájjon. A cigányok még egy állatot is sajnálnak, ha beteg, nem-hogy a saját gyerekeiket. Erre azt mondja, hogy jó, ne haragudjon, összekevertem magukat.”*

Összegzés

Amikor a kutatás fő kérdéseit megfogalmaztuk, tisztában voltunk azzal, hogy az adott kis, nem reprezentatív mintán és az általunk választott módszerrel csupán az egészségügy és a romák találkozásának egy lehetséges területéről szóló látéleletet készíthetünk, amely talán alkalmas arra, hogy bizonyos következtetéseket levonhassunk és néhány javaslatot megfogalmazzunk.

Két oldal beszélt ugyanarról a témáról – a cigány nők termékenységi gyakorlatáról, a terhesség, a szülés, a kisgyermek gondozása során igénybe vett egészségügyi ellátás tapasztalatairól. Egyfelől egy-egy adott körzethez tartozó védőnő, gyermekorvos, családorvos, illetve a területet ellátó kórházban dolgozó szülész-nőgyógyász és szülésznő hús fős mintája, másfelől a körzetben élő fiatal, terhes vagy kisgyermekes roma asszonyok nyolcvan fős – etnikai háttere szerint négy alcsoportra bomló – mintája. A téma pedig: milyen kapcsolat alakul ki e két oldal között, mennyire képes gyógyító-megelőző-felvilágosító munkáját végezni az egészségügyi hatóság roma kliensei körében.

A kutatásban az interjúmódszert használtuk, azt remélve, hogy a személyes és mindkét oldal esetében megértő beszélgetés többet árul el a két oldal közötti kapcsolat lényegéről, mint a kérdőívre vagy statisztikai adatokra, dokumentumok alapján nyerhető információkra alapozó kutatás. Az interjúk elemzése elsősorban azt a benyomásunkat erősített meg, hogy *a két fél két külön világ. Mintha az azonos eseményekre, élményekre vonatkozó, kétfajta narráció nem ugyanabban az univerzumban zajlana, nem ugyanarról a tartalomról szólna.*

Az egészségügyi interjúk alapján egy olyan populáció elnagyolt képe rajzolódik ki, amely a többségi társadalomtól elsősorban abban tér el, hogy a civilizációnak egy másik állomásán található, valahol félúton a „természeti nép”, a „vadember” és a „kultúrember” állapota között. Másfelől viszont a roma-interjúk arról győzték meg bennünket, hogy a válaszolóinkból összeálló minta sokszínű, vegyes, de valójában legtöbb vonásában ugyanolyan, mint bármely, Magyarországon felkeresett, hasonló korú, iskolázottságú, családi állapotú nők csoportja lenne. Nyomát nem találtuk az ösztönös, csak biológiai funkcióit beteljesítő, kontrollálatlan és korlátozhatatlan, archaikus vonásokat magukon viselő „vadembereknek”, legfeljebb a szűkebb, tradicionális közösség és a tágabb, többségi társadalom kulturális hatásai közötti feszültségek között esetenként vergődő, de többnyire jól alkalmazkodó nőket-családokat láttunk. Mindamelllett érzékelhettük, hogy az egészségügyi illetékesek – azaz a többségi társadalom szakértelemmel és hatalommal felruházott képviselői – által vallott „vadember”, „természeti nép”-mítosz hogyan befolyásolja roma klienseikhez fűződő viszonyukat, illetve azt is, hogyan tükröződik mindez a roma asszonyok önképében.

Egy másik, az egészségügyiekkel készült interjúk többségében jelenlévő vonulat a cigányok tájékozatlansága, tudatlansága, a korszerű családtervezésre való képtelensége. Ha ezzel az állítással szembehelyezzük a roma nőkkel készült interjúkban tapasztalt tényeket, úgy tűnik, ez a megállapítás csak részben igaz. Valóban találkoztunk tervezetlenséggel és a tudatlanságból eredő kiszolgáltatottsággal is, de az esetek többségében azt tapasztaltuk, hogy a többségitől eltérő családminták, termékenységi szokások nem a véletlen, a tudatlanság, hanem a saját közösségben őrzött tradíciók követése révén alakultak ki.

Egy harmadik, mindkét oldalon – de más-más felhanggal, értelmezéssel – felmerült eleme az egészségügyi hatóság–roma kliens viszonynak a többségi–kisebbségi csoport talaján termő *előítéletesség*. A többségi társadalmat

képviselő interjúalanyaink közül csak néhányan utaltak explicit formában a körükben – és a magyar társadalom egészében – jelenlévő előítéletekre mint a cigány kliensekkel való kapcsolattartást is befolyásoló tényezőre, többnyire a romák jellemzőjének ítélték az előítéletre való hivatkozást, mintegy a többséggel szembeni agressziót és hamis, felfokozott öntudatot látva e karaktervonásban. Ugyanakkor a csak a szövegekben megbúvó, implicit utalások alapján úgy éreztük, hogy ennek a csoportnak a roma-képe az ösztön-én típusú előítéletek sajátos megnyilvánulása, amely többek között éppen a „vadember” mítosz fenntartásában testesül meg. Cigány válaszolóinkkal készült beszélgetéseink viszont arról győztek meg, hogy az egészségügyiekkel való kapcsolatukban mindennapi tapasztalat, hogy a cigányokat általánosságban ítélik meg, függetlenül a személy tényleges viselkedésétől, problémájától. Úgy látjuk, hogy az előítéletek torzító prizma a tényleges gyógyító-gondozó munkának is gyakran az akadálya lehetett.

További tanulságnak tűnik, *hogy sem az egyik, sem a másik oldalon nem beszélhetünk homogén csoportról*. Az egészségügyiek kis mintája is alkalmas volt arra, hogy jól példázza, minél közelebb áll, minél gyakoribb kapcsolatba kerül az egészségügyi ellátó rendszer képviselője roma klienseivel, annál inkább személyhez szóló, torzításmentes képet alkot róluk, annál adekvátabb a vele kapcsolatos viselkedés- és beszédmódja. Minél ritkábban, a többségi társadalom tagjaiból érkező pácienseihez képest minél kisebb arányban találkozik velük, annál elnagyoltabb, előítéletesebb, mítoszokkal telibb a romáról mint a Másikról alkotott képe, és ennek megfelelően, annál kevésbé adekvát, a kliens elvárásához igazodó, a hozzá fűződő viszonya. Így a védőnők általában, a család- és gyermekorvosok már kisebb mértékben, de még érzékelhetően nem egy általános Másikról, hanem saját klientúrájukról tettek megállapításokat, a kórházakban dolgozó orvosok-szülésznők viszont hajlamosabbak voltak egy előzetesen konstruált roma-kép fénytörésén keresztül beszámolni tapasztalataikról.

A másik oldal heterogenitása mintavételünk tudatos választásából következik. A három homogén háttérrel rendelkező közösség – oláh cigányok, beások, romungrók csoportja – és a negyedik vegyes, budapesti minta alkalmas teremtett számunkra arra, hogy a tradicionális, közösségi hatások különbözőségét, illetve e hatások különböző mértékét is számításba vegyük, amikor a roma nők és az egészségügy kapcsolatát tanulmányozzuk. Az egészségügyiek által konstruált, egységes roma-képhez képest négy nagymértékben eltérő csoportot találtunk a párválasztási, házassági, termékenységi szokások, családtervezés, gyermekvállalás és gyermekgondozás terén, a tudatosság-tudatlanság, illetve tradicionális-modernitás szempontjából. *A csoportok különbözősége és a velük szemben alkalmazott bánásmód-hasonlósága arra figyelmeztet bennünket, hogy az univerzális-racionális szakértői felfogás és a cigányokat egységesként látó, gyakran előítéletes megközelítés együtt az esetek nagy részében inadekvát kommunikációt eredményez.*

Végül egy további szempontot is érdemes figyelembe vennünk. Az egészségügyi hatóság-roma kliens viszonyban természetesen elsősorban a romáról kialakított kétféle kép (az egészségügyiek által konstruált roma-kép és a cigány csoportok tagjainak önmagáról kialakított képe) összevetésére volt

szükség, tekintettel arra, hogy az adekvát kommunikáció, beavatkozás, tanácsadás, gyógyító munka akkor lehetséges, ha ez a két kép nagyjából fedi egymást, tehát ha olyannak ismeri a beavatkozni, gyógyítani, tanácsot adni kívánó szakember a klienseit, mint amilyenek azok ténylegesen. Nem volt célunk viszont másfelől a romák „orvos-képét”, az egészségügy illetékeséről kialakított reprezentációját vizsgálni, hiszen roma interjúalanyainkkal elsősorban saját konkrét tapasztalatainkról beszélgettünk, nem kívántuk tőlük, hogy az egészségügy egésze működésének megítélésébe illesszék személyes találkozásait a gyógyító munka képviselőivel. Az interjúban felidézett jó néhány konkrét élmény azonban rávilágított arra, hogy az egészségügyi hatóság felől érkező tanácsok, utasítások betartásának-elfogadásának akadályozó tényezője lehet, és esetleg az orvosi-egészségügyi gárda egészének hiteltelenségéhez vezethet, hogy egy-egy képviselőjük a klienseik szerint negatív deviáns tulajdonságokkal rendelkezik, s elítélhető a viselkedése. A részeg, durva, hanyag, nemtörődöm, betegére csak pénzért odafigyelő orvos veszélyes általánosításhoz, az orvosi-szakértelmi tekintély megcsorbulásához vezethet.

JEGYZETEK

- 1 A kutatás a Nemzetiségi és Etnikai Kisebbségi Hivatal felkérésére készült 1997-ben.
- 2 Lásd például a *Magyar Tudomány* 1997/6-os száma: A legnagyobb kisebbség, Tanulmányok a cigányokról, valamint: Csongor Anna–Szuhay Péter (1992): Cigánykultúra, cigánykutatások, *BUKSZ*, 232–245. o. Havas Gábor–Kemény István (1995): A magyarországi romákról, *Szociológiai Szemle*, 3–20. o. Kertesi Gábor (1995): Cigány gyerekek az iskolában, cigány felnőttek a munkaerőpiacon, *Közgazdasági Szemle*, 42. évfolyam, 30–65. o. Réger Zita (1984): A cigánység helyzetének nyelvi és iskolai vonatkozásai – Álláspontok és viták, *Szociálpolitikai Értesítő*, 2. 140–173. o.
- 3 Szuhay Péter (1997): Akiket cigányoknak neveznek – akik magukat romának, muzsikusként vagy beásnak mondják, *Magyar Tudomány*, 6. sz. 656–674. o.
- 4 Mead, G. H. (1973): A pszichikum, az én és a társadalom, Budapest, Gondolat
- 5 Moscovici, S. (1976): La psychoanalyse, son image et son public, Paris, PUF, illetve Moscovici, S. (1984): The phenomenon of social representations (in: Farr, R. M. and Moscovici, S. (eds.) *Social Representations*, Cambridge University Press.
- 6 Bettelheim, B.–Janowitz, M. (1950): The Dynamics of Prejudice. A Psychological and Sociological Study of Veterans. New York, Harper.
- 7 Ahol másként nem tüntettük fel, a számok átlagokat jelentenek.
- 8 Neményi Mária (1991): Anyává válás. In: Terhesség–szülés–születés II. MTA Szociológiai Intézet, Budapest.