

LEHETNE EGY KICSIT HALKABBAN?

Szexuális és reprodukciós egészség
roma női szemmel

Copyright © Romaversitas Alapítvány, Emma Egyesület 2023

www.romaversitas.hu

www.emmaegyesulet.hu

Layout: Schiffer Kata

Cover art: Horváth Anita

Szerkesztők: Eredics Lilla, Kupcsok Julianna

 **MAVERSITAS**



Tartalomjegyzék

Előszó	5
Ignác Judit: Roma nők szexuális és reprodukciós egészsége és jogai Magyarországon	7
Godó Irén: Problémák és keretezések a romák korai iskolaelhagyása, korai gyermekvállalása és a szexuális edukáció kapcsán	29
Csikós Marina: Nőgyógyászati kórképekkel küzdő roma nők és lányok interszekcionális tapasztalatai	47
Mezei Tímea: Roma nők reprodukciós egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése	65
Balogh-Szabó Kitti: „...Lehetne kicsit halkabban is...” Roma nők szüléssel kapcsolatos attitűdjeinek feltérképezése a félelem társadalmi konstrukciójának szemszögéből	85
Irodalomjegyzék	101

Előszó

Jelen kiadvány a Romaversitas Alapítvány és az EMMA Egyesület közös programjának, a MARA-programnak a részeként jött létre.

A MARA-programot 2023-ban indítottuk azzal a céllal, hogy ösztönözzük a roma nők közösségi aktivizmusát Magyarországon, különösen a szexuális és reprodukciós egészség és jogok (Sexual and Reproductive Health and Rights, SRHR) témáiban. A program során jelenleg 16 roma nővel dolgozunk együtt, hogy elősegítsük egy erős roma női közösség létrejöttét, mely elkötelezett nőtársaikért, az ő fizikai és mentális egészségükért.

A kiadványban szereplő öt tanulmány a MARA-program előkészületeként született meg azzal a céllal, hogy feltérképezzük, milyen tudás áll rendelkezésre a roma nőket érintő szexuális és reprodukciós egészség és jogok területén Magyarországon, illetve, hogy az országban milyen kezdeményezések foglalkoznak ezekkel a témákkal.

Az öt tanulmány szerzője öt roma női kutató: Ignác Judit, Godó Irén, Csikós Marina, Mezei Tímea és Balogh-Szabó Kitti, akik mind különböző aspektusait vizsgálták a témának. Így kerülnek górcső alá a roma nőket érintő egészségügyi jogsértések; a szexuális edukáció, korai gyermekvállalás és korai iskolaelhagyás; a nőgyógyászati kórképekkel küzdő roma nők tapasztalatai; a roma nők egészségügyi rendszerhez való hozzáférése; az ott dolgozókkal és a szüléssel kapcsolatos megéléseik.

Jelen kiadvány amellet foglalt állást, hogy a roma nők tapasztalatait interszekcionális megközelítésből érdemes vizsgálni, amely figyelembe veszi, hogy az elnyomó és marginalizáló társadalmi folyamatok és struktúrák összefonódnak, amelyek egyedi élethelyzeteket és hátrányokat jelentenek az egyének számára. A tanulmányok olvasásakor világossá válik, hogy ez mit jelent, és miért fontos: a szerzők olyan alulkutatott, és előítéletekkel terhelt témákat feszegetnek, melyek, habár súlyos hátrányokat és sérelmeket jelenthetnek a roma nők szexuális és reprodukciós egészsége és jogai terén, azok vizsgálatában gyakran nem jelenik meg a „roma női szemszög”. A kiadvány szerzői a roma nők tapasztalatait beemelve, kritikai megközelítésből tekintik át a meglévő tudásanyagokat, társadalmi és intézményi mechanizmusokat és az ezekben felmerülő egyéni eseteket. Emellett a szerzők több ponton ajánlásokat is megfogalmaznak a témák kulcsszereplőinek, és a létező gyakorlatokat is sorra veszik.

A kiadvány jelentősége éppen ezért túlmutat a MARA-program keretein: amellett, hogy egyedülállóan foglalkozik a roma nők tapasztalataival, rámutat a roma nőkkel és az SRHR témáival kapcsolatos tudástermelés és az intézményrendszerek mélyen gyökerező hiányosságaira és kirekesztő folyamataira. Éppen ezért, a kiadványt ajánljuk mindenkinek, aki a roma nők tapasztalatairól, az SRHR témáiról roma nők szemszögéből szeretne többet megtudni.

Roma nők szexuális és reprodukciós egészsége és jogai Magyarországon

Ignácz Judit

Ignácz Judit a Közép Európai Egyetem (CEU) Közpolitika szakján szerezte mesterdiplomáját. Szakmai tapasztalatot nonformális oktatás, projektek, workshopok kidolgozása és vezetése, pályázatírás, közpolitikai elemzések, kutatások, emberi jogi monitorozás és érdekérvényesítés területén szerzett hazai és nemzetközi szinten. Judit rendszeresen publikál privilégiumok, feminizmus és emberi jogok témakörében magyar médiafelületeken. Társalapítója az Ame Panzh („Mi Öten”) nevű roma aktivista csoportnak, amely 2020-ban egyedülálló online beszélgetéssorozatokat indított, 2023-ban pedig megjelentette az Ame Panzh – Az Ébresztőkönyv című könyvét. Judit tanácsadóként és trénerként tart képzéseket és előadásokat emberi jogok, DEIBJ (Diversity, Equity, Inclusion, Belonging, Justice), interszekcionális feminizmus és rasszizmus elleni reziliencia és igazságosság témáiban.

Bevezetés

A roma emberek Magyarországon hosszú ideje számos társadalmi és gazdasági kihívással néznek szembe, amelyek közül kiemelkedő jelentőségűek az egészségügyi egyenlőtlenségek és az emberi jogi jogsértések. Az elmúlt évtizedekben történt erőfeszítések ellenére a roma nők továbbra is szembesülnek olyan strukturális problémákkal, mint a társadalmi kirekesztés, társadalmi, gazdasági egyenlőtlenségek, lakóhelyi, oktatási és társadalmi osztálybeli különbségek, az egészségügyi rendszerbeli diszkrimináció, erőszak és jogsértések, amik tovább súlyosbítják társadalmi és gazdasági helyzetüket, az oktatáshoz és a munkaerőpiachoz való korlátozott hozzáférésüket.

A kutatás módszertana és elméleti megközelítése

A kutatás a 2000 és 2023 közötti időszakot elemzi, az adatai online forrásokból, beszámolókból, jogi esetekből és statisztikai adatokból származnak, amelyeket különböző hazai és nemzetközi szervezetek és intézmények gyűjtöttek össze, és amelyek reprodukciós jogokkal, nők elleni erőszakkal, emberi és női jogokkal foglalkoznak.

A kutatás fókuszában a roma nők szexuális és reprodukciós egészsége és jogai állnak, az ezekhez való hozzáférést, az egyenlő bánásmódot, emberi jogi jogsértéseket, diszkriminatív eseteket vizsgálva. A kutatás célja továbbá az, hogy azonosítsa az egészségügyi ellátáshoz, az abortuszhoz, fogamzásgátláshoz való hozzáférés és minőségének kihívásait Magyarországon, felhívja a figyelmet a potenciálisan kirekesztő jogszabályokra és politikákra, valamint az egészségügyi ellátók és dolgozók roma páciensekkel való kapcsolatára és bánásmódjára. A kutatás az interszekcionális megközelítés mellett ajánlásokat és jó gyakorlatokat mutat be, amelyek a roma nők reprodukciós egészségéhez és jogi helyzetéhez fűződő pozitív változásokra törekszenek.

Az interszekcionalitás mint társadalomelméleti fogalom eredetileg Kimberlé Crenshaw (1991), afroamerikai jogtudós nevéhez kötődik, és az „interszekció” vagy „metszet” kifejezésből ered. Ez a fogalom arra utal, hogy az egyének élethelyzetét egyszerre több tulajdonságuk is meghatározhatja, mint nemük, nemzetiségük/etnikumuk, életkoruk, társadalmi-gazdasági státuszuk, társadalmi osztályhoz való tartozásuk, bőrszínük, szexuális orientációjuk, lakóhelyük, egészségi állapotuk, iskolai végzettségük stb. Az ezekből eredő hátrányok összefonódhatnak, egyedi helyzeteket létrehozva az érintettek számára (Balogh – Gellér 2019). A roma nők roma származásuk és női mivoltuk miatt is hátrányos helyzetben vannak a társadalomban, és egyidejűleg tapasztalják az előítéleteket, diszkriminációt, rendszerszintű jogsértéseket, amelyeknek sem a roma férfiak, sem a többséghez tartozó nők nincsenek kitéve.

Társadalmi és politika kontextus: kirekesztő és marginalizáló folyamatok az egészségügyet érintő társadalmi struktúrákban

„Családbarát” politika

Ahhoz, hogy megértsük a roma nők reprodukciós és szexuális egészségét érő jogsértéseket, érdemes felvázolni azt a politikai-társadalmi kontextust és közbeszédet, amely ezeknek a diszkriminatív és kirekesztő gyakorlatoknak a táptalaját adja.

Ahogy más európai társadalmak, Magyarország is öregedő társadalom, ezért a születésszám csökkenése évtizedek óta fontos politikai kérdés. A családbarát politika Magyarországon olyan következetesen létrehozott intézkedéseken és programokon alapszik, mint a családi adókedvezmény, a babaváró támogatás, a 25 év alatti fiatalok szja-mentessége, családtámogatások és gyermekellátások növelése, a CSOK, illetve az abortusz törvény és az örökbefogadás szigorítása, amelyek házasságra és a családalapításra hivatottak ösztönözni a magyar családokat.

A Családi Otthontermelési Kedvezmény (CSOK) jelentős összegekkel támogatja azokat, akik új vagy használt lakást szeretnének vásárolni, építeni vagy már meglévőt felújítani, emellett célja a gyermekvállalás növelése és a születésszámok emelése. A 2024-es falusi CSOK támogatás 2631 preferált kistélepülésen elérhető állami támogatás. A listában nem szereplő nagyobb városok, települések számára dolgozták ki a CSOK Pluszt, amely az ország egész területén pályázható. A CSOK Plusz egy kamattámogatott hitelkonstrukció, 3%-os kamattal, 10-25 év futamidővel, amelyet a házaspárok akkor vehetnek igénybe, ha a feleség 41 év alatti¹. A házasság és gyermekvállalás/várandósság alapfeltétel, további feltételek pedig a magyar állampolgárság vagy a szabad mozgás és a három hónapot meghaladó tartózkodás jogát Magyarország területén gyakorló személy, büntetlen előélet, köztartozásmentesség (5.000 Ft-ot meghaladóan), hitelképesség, azaz elegendő jövedelem a törlesztésre, és legalább 2 éves folyamatos társadalombiztosítási jogviszony (legalább a házaspár egyik tagjának), amelybe a közfoglalkoztatotti jogviszony nem számít bele². A vállalt gyermekek megszületése után lehetőség van a törlesztés szüneteltetésére, illetve a felvett hitel egy része támogatássá alakulhat, azaz azt nem kell visszafizetni³.

Tehát nem kaphat CSOK-ot, aki közfoglalkoztatásban dolgozik, az igénylést megelőző fél évben nem rendelkezett stabil munkaviszonnyal, tartozása van a központi hitelinformációs rendszerben, vagy nem volt TB-biztosított az igénylés előtti két évben. Ezek alapján megállapítható, hogy a CSOK tudatosan elsősorban a középosztályt és az annál jobb anyagi körülmények között élők jólétét és reprodukcióját támogatja. A politikai közbeszédben tetten érhető romák elleni gyűlöletkeltő és uszító megnyilvánulások is többek között utalnak a magyar közép- és felső osztályok gyermekvállalásának előtérbe helyezésére⁴. Eközben a társadalmi és gazdasági szempontból alacsonyabb jövedelmű, sze-

-
- 1 Még két évig (2024-ben és 2025-ben) azok a házaspárok is igényelni tudják a támogatást, ahol a feleség a 41. életévét már betöltötte, de igazoltan túl van várandóssága 12. hetén.
 - 2 Nem kell igazolni a TB-jogviszonyt, ha az igénylő ápolási díjban, gyermekek otthongondozási díjában részesül vagy megváltozott munkaképességűnek minősül, illetve az ingatlanra vonatkozó követelményeknek való megfelelés.
 - 3 Magyarország Kormánya, 2024. Családi Otthontermelési Kedvezmény (CSOK) <https://kormany.hu/penzugyminiszterium/csaladi-otthontermelési-kedvezmeny>
 - 4 Jó példa erre a gyöngyöspatai iskolai szegregációs ügy, amelynek kapcsán a miniszterelnök elmondta, hogy nem lehet, hogy a többségnek idegennek kell éreznie magát a saját hazájában: „Ez mégiscsak a bennszülöttek, vagyis a mi országunk” in.: Kossuth Rádió. 2020. Orbán Viktor - miniszterelnöki interjú (Jó reggelt, Magyarország! - május 15.) <https://mediaklikk.hu/miniszterelnoki-interjuk/cikk/2020/05/14/orban-viktor-miniszterelnoki-interju-jo-reggelt-magyarorszag-majus-15/>

génységben élő embereket, romákat, főképp roma nőket a következetesen megszabott feltételrendszer kirekeszti és esélyük sincs a CSOK igénylésére, lakhatási helyzetük javítására, hiszen korlátozott munkaerőpiaci hozzáférésük sok esetben közmunkára, alkalmi és feketemunkára korlátozódik. Ez a családpolitika megnöveli a szakadékot a társadalmi osztályok között, és ráerősít az egyenlőtlenségekre és megosztottságra.

A CSOK a határidőt is megszabja a gyermekvállalás teljesítésére. Ez jelenleg egy gyermek vállalása esetén 4, két gyermek vállalása esetén 8, három gyermek vállalása esetén 10 év. Bár a CSOK nagyon kecsegtetően hangzik, a legnagyobb mentális és fizikai teher mégis a nőkre nehezedik, hiszen a nagycsalád ellátása és benne a két-három gyermek nevelése főként őket érinti, illetve a több milliós támogatásért cserébe aláírt szerződésben vállalt határidőre kell teljesíteni a gyermekvállalást, amely testük feletti döntésüket és önrendelkezésüket kérdőjelezheti meg. A gyermekvállalás, mint a nőkre helyezett társadalmi nyomás és elvárás régóta jelen van társadalmunkban, viszont a nemzeti érdek, a magyar nemzetszaporulat és a reprodukciós ráta növelése újdonságnak számít. A nagycsalád nagy anyagi kiadásokkal és költségekkel is jár. A KSH-adatai szerint a gyermekeiket egyedül nevelők (85%-ban nők) után a háromgyermekes családok a magyar társadalom leginkább szegénységnek kitett csoportja, azaz a CSOK még inkább szegénységbe és kiszolgáltatottságba sodorhatja a nőket és gyerekeiket⁵.

A CSOK jogosultságának feltétele a nő 41 éves korhatára, amely kor alapú diszkriminációnak minősül és kirekeszti azokat a házaspárokat, akik később döntenek a gyermekvállalás mellett. A CSOK-hoz kapcsolódó elvárások emellett kizárják az egyedülálló anyákat, az élettársi kapcsolatban élőket, az LMBTQ embereket, illetve azokat a nőket, akiknek egészségügyi okokból nem lehet gyereke. A jogosultság kiterjed az örökbefogadás lehetőségére, ami a 2003-ban bekerülő polgári törvénykönyv szerint szintén a házaspárokat részesíti előnyben⁶. 2020-ban beiktatták, hogy azokat a gyerekeket lehet kijáánlani egyedülállóknak, akikre az egész országban nemet mondtak az örökbefogadni akaró házaspárok – ezek a gyerekek jellemzően valamilyen hátránnyal rendelkeznek vagy gyakran romák. A bejegyzett élettársi kapcsolatban élők sem vállalhatnak a párjukkal közösen gyermeket, csak egyikük lehet hivatalosan örökbefogadó szülő, ezért gyakran az élettársi kapcsolatban élők is a házasság

5 Központi Statisztikai Hivatal, 2020. A háztartások életszínvonala, 2020.
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/hazteletszin/2020/index.html>

6 Országgyűlés Hivatala, 2016. Örökbefogadás.
https://www.parlament.hu/documents/10181/595001/Infojegyzet_2016_61_orkbefogadas.pdf/6b5efd18-94a6-40cc-ab4c-6de65024a6d2

mellett döntenek. 2021 óta pedig az egyedülállók csak külön miniszteri engedéllyel fogadhatnak örökbe gyereket⁷. A gyermekvédelemben dolgozó szakemberek, pszichológusok mellett, akik eddig megállapították, hogy egy jelentkező alkalmas-e egyedül az örökbefogadásra, jelen törvény szerint a családpolitikáért felelős miniszter fogja meghozni a végső döntést.

Az LGBTQ emberek kirekesztését tovább erősítette, hogy 2020 decemberében az „az apa férfi, az anya nő” LGBTQ-ellenes módosítás bekerült az Alaptörvénybe, amely kimondja, hogy a házasság férfi és nő között jön létre, ezzel védve a gyermekek születési nemének megfelelő önzonosságához való jogát, és biztosítva „Magyarország alkotmányos önzonosságán és keresztény kultúráján alapuló értékrend szerinti nevelést”⁸.

Szexuális és reprodukciós egészség és jogok

Magyarország 1982. évi 10. törvényerejű rendelettel elfogadta a nőkkel szembeni minden formájú megkülönböztetés felszámolását és a nemek közötti egyenlőség előmozdítását célzó CEDAW Egyezményt. Az ENSZ Egyezményt aláíró országok kötelezettséget vállaltak, hogy a hazai jogi környezetet összhangba hozzák az Egyezmény szellemével. Ennek érdekében létrejött egy nemzetközi szakértői testület, amelynek feladata az Egyezmény végrehajtásának ellenőrzése⁹.

A nők elleni és a családon belüli erőszak megelőzéséről és felszámolásáról szóló isztambuli egyezményt bár Magyarország 2014 márciusában aláírta, a ratifikációra, azaz az egyezmény törvénybe iktatására, jogilag kötelezővé tételére azóta sem került sor. Emellett 2019 óta a kormány nyíltan ellenzi a ratifikációt, a gender propagandára és a migrációra, illetve arra hivatkozva, hogy a magyar szabályozás megfelelő, és a rendszer az egyezményhez képest nagyobb védelmet biztosít az áldozatoknak (Pap – Dész 2023). Reprezentatív kutatások alapján viszont Magyarországon milliós nagyságrendű a nők elleni erőszak áldozatainak száma: 2023-ban több mint 223 ezer nő élt olyan párkapcsolatban, ahol a partnere fizikailag és/vagy szexuálisan bántalmazta, továbbá évente számos családon belüli erőszak eset során ölnek meg nőket és gyerekeket

7 Magyarország Kormánya, 2020. T/13648. számú törvényjavaslat az egyes igazságügyi tárgyú törvények módosításáról. <https://www.parlament.hu/irom41/13648/13648.pdf>

8 Magyarország Kormánya, 2020. T/13647. számú törvényjavaslat Magyarország Alaptörvényének kilencedik módosításáról. <https://www.parlament.hu/irom41/13647/13647.pdf>

9 HabeasCorpusMunkacsoport, 2005. Tudja-e Ön, hogymiaz, és mit csinál a CEDAW-bizottság? https://www.stop-ferfieroszak.hu/sites/default/files/dokumentumok/cedaw_tudja_e_on.pdf 63453.pdf

(Wirth – Winkler 2015). Az Európai Roma Jogok Központja (ERRC) és az Egyesült Nemzetek A nőkkel szembeni megkülönböztetés felszámolásával foglalkozó Bizottsága (CEDAW) 2007-es jelentése szerint azoknak a roma nőknek, akik az erőszakra vonatkozó kérdéseket megválaszolták 42%-a korábban volt vagy jelenleg is elszenvetője családon belüli erőszaknak. Az eseteknek mindössze 17%-ában kért az áldozat rendőri segítséget. Az esetek csupán 3%-ában lépett fel a rendőrség hatékonyan (ERRC 2007).

Egyenlő bánásmód és antidiszkrimináció

Magyarországon az esélyegyenlőség fenntartása érdekében egy általános antidiszkriminációs törvény határozza meg az egyenlő bánásmód tartalmát, a lehetséges jogalanyokat, valamint a jogvédelem eszközeit. Ez az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény, amely egyes területekre (foglalkoztatás, szociális biztonság és egészségügy, lakhatás, oktatás, áruk forgalma és szolgáltatások igénybevétele) vonatkozóan külön szabályokat is tartalmaz. A törvény alapján az egyenlő bánásmód követelménye akkor sérül, ha egy személyt vagy csoportot valamilyen vélt vagy valós védett tulajdonsága – neme, faji hovatartozása, etnikuma, bőrszíne, nemzetisége, anyanyelve, egészségi állapota, fogyatékosága, vallási vagy világnézete, politikai véleménye, családi állapota, anyasága (terhesség) vagy apasága, szexuális irányultsága, nemi identitása, életkora, társadalmi származása, vagyoni helyzete stb. – miatt ér hátrányos megkülönböztetés (Kárpáti és mtsai 2006).

2021. január 1-én az Egyenlő Bánásmód Hatóság (EBH) beolvadt az Alapvető Jogok Biztosának Hivatalába. A feladatait az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala elkülönült szervezeti egysége, az Egyenlő Bánásmóderért Felelős Főigazgatóság végzi. A diszkrimináció kezelésére alkalmazott mechanizmusokat, esetek jelentéséhez szükséges lehetőségeket és eszközöket a roma nők félelem vagy szégyen miatt ritkán veszik igénybe (ERRC 2007), amihez ez az intézményi változás nagyban hozzájárul és megnehezíti a jogsértések jelentését és azokkal szembeni fellépést is¹⁰.

10 Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, 2021. Egyenlő Bánásmóderért Felelős Főigazgatóság.
<https://www.ajbh.hu/ebff>

Hozzáférés

A társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek komplex és mélyreható problémákat jelentenek az egészség és jóllét terén: az alacsony iskolázottság, a rossz minőségű lakáskörülmények, az alacsony jövedelem, a megélhetési problémák, a diszkrimináció okozta kirekesztés és marginalizáció, illetve az oktatáshoz, foglalkoztatáshoz és lakhatáshoz való korlátozott hozzáférés mind olyan tényezők, amelyek akadályozzák és korlátozzák a szexuális és reprodukciós, illetve alapvető egészségügyi ellátások, szolgáltatások és gyógyszerek hozzáférhetőségét és igénybevételét. Ezen társadalmi tényezők és az egészségi egyenlőtlenségek között lévő szoros kapcsolatot az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Európai Bizottság is elismerte (European Commission 2013).

A társadalmi egyenlőtlenségek mellett az egészségügyi rendszer hiányosságai, az adott térségben elérhető infrastruktúra, intézményi és személyzeti kapacitás tovább nehezítheti egyes társadalmi csoportok számára a megfelelő ellátáshoz való hozzáférést. Számos roma nő számára az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége komoly kihívást jelent, amiben számos tényező játszik szerepet. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés problémája (egészségügyi intézmények távolsága és elérhetősége) súlyosan érinti a szegregált és hátrányos helyzetű területeket, különösen azokat, amelyekben magas a mélyszegénység és az elszigeteltség.

Ezek a tényezők még tovább növelik a roma nők számára a fizikai akadályokat az egészségügyi intézmények elérésében, hiszen gyakran családi és munkahelyi köteleességek (gyerekek felügyelete, közlekedési költség, munkabeosztás, ritka tömegközlekedési menetrend stb.) is gátolják őket¹¹. Emellett az alacsony számú háziorvos és a mozgó szakorvosi szolgáltatások megszüntetése további problémákat okoz, mivel sok esetben hosszú utazásokra van szükség a szakorvosi ellátásért.

A roma emberek nagy részének társadalmi pozíciója és gazdasági helyzete kedvezőtlen, ami szintén befolyásolja az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. Az egészségügyi rendszer finanszírozási módja és a társadalombiztosítás rendszere további akadályokat jelenthet, különösen az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú és jövedelmű roma nők számára, akiknek anyagi nehézségeik lehetnek a szükséges költségek fedezésében, az orvosi vizsgálatokhoz, gyógyszerekhez és egyéb egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésben. Ez

11 Hábóruból menekült, illetve menedékkérő (roma) nők esetében nyelvi akadályok is felmerülhetnek az orvosokkal és az egészségügyi személyzettel való kommunikáció során, hiányozhatnak a fordítási szolgáltatások vagy az egészségügyi információk adott nyelvű elérhetősége.

tovább súlyosbíthatja az egészségügyi problémáikat, mivel elkerülik vagy késleltetik az orvosi ellátást (Eurodiaconia 2014), ami hozzájárulhat ahhoz, hogy a roma közösség várható élettartamát 10 évvel kevesebbnek becsülik, mint a nemzeti átlagot (Európai Parlament 2020).

Az ECRI (Rasszizmus és Intolerancia elleni Európai Bizottság) szerint a roma nők különösen ki vannak téve az interszekcionális diszkriminációnak¹², amely alapjaiban a nemüket, etnikumukat és anyagi helyzetüket érinti. Azok, akik munkanélküliek, de nem jogosultak sem a munkanélküli segélyre, sem más szociális juttatásra, egészségügyi járulékot kötelesek fizetni a nemzeti egészségügyi ellátáshoz. Ez a havi hozzájárulás gyakran jelentős pénzügyi terhet jelent, amit a roma családok számára nehéz megfizetni, így sokuk jelentős adósságot halmoz fel. A 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szigorítja, hogy ki vehet igénybe orvosi ellátást ingyenesen. Az említett módosítás értelmében azok, akik nem fizetnek egészségügyi járulékot, 2021. február 12-től kezdve kizárásra kerülnek az ingyenes egészségügyi ellátásból (ECRI 2023). Korábban, ha valakinek tartozása volt, azt jelezték a TAJ kártya ellenőrzésekor, és lehetősége volt az elmaradt járulék utólagos befizetésére, vagyis a tartozástól függetlenül igénybe vehette az orvosi ellátást. A törvénymódosítás értelmében azonban most 6 havi tartozás után a TAJ száma érvénytelenné válik az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor, vagyis ingyenesen semmilyen egészségügyi szolgáltatást nem vehet igénybe, sürgősségi ellátást sem (kivéve speciális esetekben, pl. várandósok ellátásakor)¹³.

Hatalmas probléma az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos információhiány, a vonatkozó jogok hiányos ismerete és az ezekből fakadó félelem és bizalmatlanság. Az alacsonyabb iskolai végzettségű nők, és/vagy roma nők általában alulinformáltak, sokszor félnek az ismeretlen társadalmi intézményektől és bürokratikus folyamatoktól, bizonytalanok, mert nem tudnak eligazodni az épületben, nem ismerik a rendszert, nem tudják, mi fog történni a vizsgálaton, kitől kérhetnek segítséget. Egy 2018-as nemzetközi, Magyarországra is kiterjedő

12 Az interszekcionális diszkrimináció arra hívja fel a figyelmet, hogy egyes társadalmi csoportok hátrányos megkülönböztetést tapasztalnak több különböző védett tulajdonságuk miatt, amelyek egymástól elválaszthatatlanul, egyszerre hatnak rájuk. Ezért a jogsérelem többszörös diszkriminációként való keretezése vagy egyetlen védett tulajdonságra való „redukálása” vagy különválasztása nem feltétlenül szolgál hatékony és teljes körű jogorvoslattal a diszkrimináció ezen összetett formája ellen.

13 TASZ, 2020. Mi lesz most azzal, aki nem fizet egészségügyi járulékot?

<https://tasz.hu/cikkek/mi-lesz-most-azzal-aki-nem-fizet-egeszsegugyi-jarulekot>

kutatás szerint¹⁴ a terhes roma nők nem voltak tisztában a gondozási jogokkal, és ezért a peripartum szövődmények magasabb arányát tapasztalták a nem roma nőkhöz képest. Hasonlóképpen, a terhességi, szexuális úton terjedő fertőzések és az önkéntes terhességmegszakítás aránya sokkal magasabb a roma nők körében a korlátozott szexuális oktatás eredményeként.

A szexedukáció hiánya mellett az egészségnevelési és prevenció programok és intézkedések is csak korlátozottan érhetők el, ami tovább növeli az egészségügyi problémák kockázatát. Ezek szinte teljesen ellehetetlenültek a 2021-ben elfogadott törvénymódosítás miatt, ami az LMBTQ témájú és „a megkérdőjelezhető szakmai hitelességű” szervezetek által tartott iskolai felvilágosító programokat kizárja az iskolákból¹⁵. A 2023 márciusában nyilvánosságra hozott CEDAW Bizottság értékelése kiemeli az iskolai tantervek hiányosságait a szexuális és reprodukciós jogok és egészség terén, valamint rámutat a tanárok képzésének hiányára ezen a fontos területen¹⁶.

Visszatérve az egészségügyi szolgáltatásokra: a félelmet és szorongást az egészségügyi személyzet részéről tapasztalt előítéletek és diszkrimináció, lekezelő és/vagy kioktató, sokszor fenyegető hangnem csak fokozza. Az egészségügyi személyzet gyakran nem rendelkezik megfelelő társadalmi érzékenységgel, empátiával és tudatossággal. Ezen akadályok összetett módon hatnak egymásra, problémát okozhatnak a betegek és a személyzet közötti kommunikációban és bizalomban, így megnehezítik a roma nők számára az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. Az ERRC 2005-ben készített felmérést a romák körében arról, hogy tapasztaltak-e etnikai alapú diszkriminációt az egészségügyi ellátás során. Akkor a válaszadók jelentős többsége igennel válaszolt. Egyértelműen kiderült, hogy a roma nők rendkívül gyakran találkoznak a származásukra vonatkozó negatív kijelentésekkel, de csak nagyon ritkán tesznek erről hivatalos úton is panaszt (sokszor nem ismerik fel, vagy normalizálják a tapasztalt diszkriminációt) (ERRC 2007).

14 Muncan, Brendon: Eastern European Roma: ethnic discrimination in the public healthcare system. *Journal of Global Health Reports*. [Eastern European Roma: ethnic discrimination in the public healthcare system](https://www.joghr.org/publications/eastern-european-roma-ethnic-discrimination-in-the-public-healthcare-system) | Published in *Journal of Global Health Reports* ([joghr.org](https://www.joghr.org))

15 Az Országgyűlés Törvényalkotási bizottsága. 2021. Javaslat módosítási szándék megfogalmazásához a Törvényalkotási bizottság számára a pedofil bűnelkövetőkkel szembeni szigorúbb fellépésről, valamint a gyermekek védelme érdekében egyes törvények módosításáról szóló T/16365. számú törvényjavaslatához. https://www.parlament.hu/documents/129291/40734520/T16365_1.pdf

16 ENSZ, 2023. CEDAW, Concluding observations on the ninth periodic report of Hungary. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FCO%2FHUN%2FCO%2F9&Lang=en

A roma nők és lányok többféle, átfedő diszkriminációt tapasztalnak a nemük, származásuk, és az alacsony társadalmi-gazdasági státuszuk mentén. A közvetlen diszkrimináció, hanyag ellátás, szóbeli bántalmazás, a szülészeti osztályokon alkalmazott szegregáció és lealacsonyító bánásmód mellett az ERRC kutatása szerint a roma nők rossz egészségi állapotához hozzájárult a hálapénz elvárása, illetve kikényszerítése is. Jogi szempontból mindenki ugyanolyan egészségügyi alapellátást és figyelmet érdemel, ezért a 2021. január 1-étől hatályba lépett szabályozás szerint már akár egy évig tartó szabadságvesztéssel is büntethető a hálapénz elfogadása. Ez elősegítheti az egészségügyi ellátás integritását és egyenlő elosztását, mivel a kezelés minősége nem függ attól, hogy egy páciens mennyi pénzt adott az orvosnak, ezzel jó esetben elkerülve az esetleges etikai problémákat és korrupciót. A szabályozás az egészségügyi dolgozók számára a mindenkori havi minimálbér 5%-át meg nem haladó, kb. 8.000 Ft értékű ajándéktárgy egyszeri alkalommal történő elfogadását teszi lehetővé, amit hosszabb időn át ápolásra szorulóknak esetében kéthavonta lehet átadni¹⁷.

A HIV-vel élő, fogyatékkal élő, szexmunkás, bevándorló vagy menekült, hajléktalan, illetve idősebb roma nők szexuális és reprodukciós egészségügyi helyzete, szolgáltatásokhoz és jogaikhoz való hozzáférése még nehezebb a stigma, a nem megfelelő egészségügyi ellátás és információhiány miatt. A romák nem egy homogén csoport. Mégis, Magyarországon és más európai országokban is hiányoznak az olyan nemzetiségre bontott adatok és interszekcionális megközelítésű vizsgálatok, amelyek több szempontból (nemzetiség, kor, nem, lakóhely, foglalkozás, egészségi állapot, szexuális orientáció stb.) vizsgálnák a roma nők szexuális és reprodukciós egészségét és jogait.

Abortusz és fogamzásgátlás

Az önrendelkezési jog fontos része a szexuális és reprodukciós jogoknak. A nőknek joga van saját testükről és reprodukciójukról dönteni, a szexuális és reprodukciós egészségügyi kérdéseket érintő megbízható és tárgyilagos információkhoz hozzájutni, beleértve az abortuszt is. Magyarországon jelenleg a terhességmegszakítást a magyar állampolgárok mellett a tartózkodási engedéllyel rendelkezők és menedékesek is kérhetik. Az 1992. évi törvény alapján négy okra hivatkozva lehet terhességmegszakítást igénybe venni:

1. Ha a terhesség veszélyezteti a nő életét, illetve egészségi állapotát.
2. Ha a magzat valószínűsíthetően súlyos fogyatékoságban vagy egyéb károsodásban szenved.

17 Magyar Jogász Egylet, 2021. A hálapénz 2021-től már nem a „felelősséget kizáró”, hanem azt megalapozó büntetőjogi kategória. <https://jogaszegylet.hu/jogelet/a-halapenz-2021-tol-mar-nem-a-felelosseget-kizaro-hanem-azt-megalapozo-buntetojogi-kategoria/>

3. Ha a terhesség bűncselekmény következménye vagy annak alapos gyanúja áll fenn.
4. Ha a nő életében súlyos válsághelyzet alakult ki. A törvény szerint: „súlyos válsághelyzet az, amely testi vagy lelki megrendülést, illetve társadalmi elletetlenülést okoz”¹⁸.

Ezekre hivatkozva a nem kívánt terhesség megszakítása, azaz az abortusz legális a 12. terhességi hétig. Ez a 18. hétig tolódik ki korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelenség esetén, illetve a 20. hétig, ha legalább 50% az esélye annak, hogy a magzat genetikai okok vagy környezeti hatás következtében károsodott¹⁹. 2023-ban Magyarországon a terhességmegszakítás térítési díja 45.312 Ft (bizonyos esetekben van kedvezmény vagy ingyenes) és csak műtéti úton vehető igénybe²⁰. Bár az abortusztabletta, amely a terhesség 8-9. hetéig 94-96%-os hatékonysággal, de egészen a 12. hétig biztonságosan alkalmazható²¹, már 2005-ben felkerült az Egészségügyi Világszervezet (WHO) alapvető fontosságú gyógyszereket tartalmazó listájára, Magyarországon a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) döntése alapján mégsem vehető igénybe²².

Ezenkívül a várandós nőknek az előzetes orvosi vizsgálaton túl részt kell venniük a Családvédelmi Szolgálat tanácsadásán is két alkalommal, mielőtt sor kerülhetne a beavatkozásra. A PATENT Egyesület 2014-es vizsgálatában résztvevők fele azt mondta, hogy nem kapta meg az előírásokban lefektetett szükséges információkat ezeken a tanácsadásokon, 13%-uk pedig hibáztatást, érzelmi nyomásgyakorlást tapasztalt. Ezeket a nők sok esetben internalizálják, vagy „megérdemeltnek” érezhetik, illetve érzelmileg kiszolgáltatott helyzetük miatt nem jelentik, így a számok feltételezhetően jelentősen magasabbak²³.

18 Magyar Köztársaság Kormánya, 1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről.

<https://www.parlament.hu/irom36/2293/2293.htm>

19 Amnesty International, 2022. Abortusz Magyarországon. Kinek, mikor és hogyan?

<https://amnesty.444.hu/2022/07/24/abortusz-magyarorszagon-kinek-mikor-es-hogyan>

20 Nemezi Népegészségügyi Központ, 2023. Egészségvonal. Művi vetélés (abortusz)

<https://egeszsegvonal.gov.hu/m/104-muvi-abortusz-terhessegmegszakitas.html>

21 WHO recommendations on self-care interventions. Self-management of medical abortion, 2022 update.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362984/WHO-SRH-22.1-eng.pdf?sequence=1>

22 TASZ, 2012. Mintha ködösítene Szócska Miklós Államtitkársága.

<https://tasz.hu/cikkek/mintha-kodositene-szocska-miklos-allamtitkarsaga>

23 PATENT Egyesület. 2014. Terhes helyzet: Kutatás az abortusz-tanácsadásról.

<https://abortusz.info/kutatas/2014>

2022-ben társadalmi egyeztetés nélkül jelentette meg a Magyar Közlöny az abortusztörvény módosítását, amely kötelezi a terhességmegszakításra készülő nőket a magzati szívhang meghallgatására, amiről egy szülész-nőgyógyász szakorvos által kiállított igazolást is kötelesek bemutatni: „a bemutatott orvosi lelet rögzíti, hogy az állapotos nő számára az egészségügyi szolgáltató a magzati életfunkciók működésére utaló tényezőt egyértelműen azonosítható módon bemutatta”²⁴.

Az abortusz alapjog. Az Európai Parlament 2022. júniusi strasbourgji plenáris ülésén 324 igen, 155 nem szavazattal és 38 tartózkodással fogadták el a határozatot, amelyben az EP-képviselők felszólítják az Európai Unió Tanácsát, hogy nyújtson be javaslatot az alapjogi charta hetedik cikkének módosítására, amelyet szerintük azzal a szöveggel kell kiegészíteni, hogy „mindenkinek joga van a biztonságos és legális abortuszhoz”²⁵. A WHO szerint a biztonságos, időben történő, megfizethető és tiszteletteljes abortuszellátás hiánya a nők mentális és szociális jóllétét is veszélyezteti. Felméréseik alapján a nők, akik akadályokba ütköznek, gyakran folyamodnak az illegális, nem biztonságos terhességmegszakítási módszerekhez²⁶.

A megfelelő tájékoztatás és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása kulcsfontosságú a szexuális és reprodukciós jogok terén. Mindenkinek lehetőséget kell adni a megfelelő fogamzásgátló módszerekhez való hozzáférésre, különösen azoknak, akik nem terveznek terhességet. A CEDAW 2023. márciusi jelentése felhívja a figyelmet arra, hogy Magyarországon a megfizethető, modern és hatékony fogamzásgátlási módszerekhez való hozzáférés továbbra is korlátozott, és a nők és lányok akadályokba ütköznek a szexuális és reprodukciós egészséggel kapcsolatos információkhoz való hozzáférés terén²⁷.

Magyarországon a sürgősségi fogamzásgátló, azaz az esemény utáni tabletta terén az idő szűkössége mellett még az is fokozza a stresszhelyzetet, hogy a magas anyagi díj fejében a hozzáférés csak orvosi kiírásra korlátozódik, nem lehet a gyógyszertárban vény nélkül megvásárolni. A Magyar Nemzeti Társadal-

24 Magyar Közlöny. 2022. évi 147. szám. <https://magyarkozlony.hu/dokumentumok/82ee8709b7c3f6fba3d8644ef9e6eaf35056edde/megtekintes>

25 Európai Parlament. Az Európai Parlament 2022. június 9-i állásfoglalása az abortuszhoz való jogot fenyegető globális veszélyekről: az abortuszhoz való jognak az Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága általi esetleges megsemmisítése. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0243_HU.html

26 WHO. Abortion. https://www.who.int/health-topics/abortion#tab=tab_2

27 ENSZ. 2023. CEDAW. Concluding observations on the ninth periodic report of Hungary. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2FCO%2FHUN%2FCO%2F9&Lang=en

mi Felzárkózási Stratégia adatai szerint 2010-ben az abortuszra jelentkezők 45%-a nem használt semmilyen fogamzásgátló eszközt. Sokan közülük a magas árakra hivatkoztak, amelyeket a fogamzásgátló eszközök és tabletták tekintetében tapasztaltak. Az abortuszra jelentkező nők 12%-a egy év alatt többször is kérelmezte azt. A fenti adatok alapján elmondható, hogy néhány kérelmezőnek a korlátozott hozzáférése miatt a műtéti terhességmegszakítás az egyetlen lehetősége a fogamzásgátlásra²⁸.

Azokra az esetekre, amikor az abortusz valamilyen okból nem történt meg, vagy más miatt van krízishelyzetben a nő, számos kórház van inkubátorokkal felszerelve, ahol az anyák névtelenül elhelyezhetik a babáikat. Az ilyen inkubátorokban hagyott babákat gyorsított eljárással örökbe fogadják, ami az 1952. évi IV. törvény 48. (5) cikkének értelmében lehetséges a szülő beleegyezése nélkül, ami 6 hét elteltével válik jogerőssé²⁹.

Esetek

Az elmúlt évek során több, az ERRC, roma közösségek jogait és érdekeit védő szervezet, és a már nem működő Egyenlő Bánásmód Hatóság (EBH) által nyilvánosságra hozott eset borzasztott el mindenkit. Ezek az esetek magukban foglalták az egészségügyi személyzet sértő, rasszista hozzáállását, fizikai és szóbeli bántalmazást, rossz kommunikációt, elhanyagolást, megkülönböztetést, szegregált szülészeti osztályokat és szobákat, a megfelelő orvosi ellátás megtagadását vagy elmulasztását, a várakozásra való kényszerítést, a gyorsabb és jobb ellátás érdekében történő pénzkikényszerítést, és a kényszersterilizációt is.

A reprodukciós ellátás jelenlegi formájában a nők többsége kiszolgáltatott helyzetben van. A roma nőket a rendszerből fakadó negatív hatások halmozottan érinthetik, amelyet gyenge érdekképviseleti lehetőségeik tovább súlyosbíthatnak. A reprodukciós jogok megsértése egyenlő az alapvető emberi jogok megsértésével. A reprodukciós jogok számos alapvető nemzetközi emberi jogi alapelvnek részét képezik, úgy mint: az egészséghez való jog; a testi integritáshoz való jog; a szabadsághoz és a személyi biztonsághoz való jog; a magánélethez és a családi élethez való jog; a jog, hogy a nő szabadon dönthessen gyermekei számáról és a gyermekszülések között eltelt időről; az információhoz való hozzáférés és az információ közlésének joga; a házas-

28 Európai Bizottság, 2023. Hungary. Health and Well-Being.
<https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/hungary/7-health-and-well-being>

29 Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2023. Babamentő Inkubátorok.
<https://egeszsegvonal.gov.hu/b/1761-babamento-inkubatorok.html>

sájkötéshez és a családalapításhoz való jog; az egyenlő bánásmódhoz való jog. Ezeket a jogokat a következő nemzetközi egyezmények biztosítják: a Nőkkel szembeni hátrányos megkülönböztetés minden formájának felszámolásáról szóló egyezmény (CEDAW); a Gazdasági, szociális és kulturális jogok nemzetközi egyezségokmánya (ICESCR); a Polgári és politikai jogok nemzetközi egyezségokmánya (ICCPR); Egyezmény a gyermek jogairól (Convention on the Rights of the Child); és a Faji megkülönböztetés minden formájának felszámolásáról szóló nemzetközi egyezmény (ICERD)³⁰.

Az Európai Bizottság által támogatott Magyarországra is kiterjedő 2007-es kutatás 1200 roma embert kérdezett meg egészségügyi ellátása során tapasztalt hátrányos megkülönböztetésről. Az eredmények szerint az esetek 41%-ában rejtett, 52%-ában nyílt, többségében pedig közvetlen diszkrimináció is megjelent. A fiatal (30 év alatt) korcsoportban az átlagnál (12,2%) magasabb a sérelmet elszenvedett személyek aránya; a középkorúak között átlaghoz közeli (11,5%) a negatívan nyilatkozók aránya, míg az idősebbek (45 év felett) között az arány lényegesen kisebb (8,8%) (Európai Bizottság 2007).

Szülészeti erőszak

A nők elleni erőszak számos formában és környezetben megnyilvánulhat: családon belüli, fizikai vagy szexuális erőszak, verbális és érzelmi bántalmazás, gazdasági erőszak, emberkereskedelem, diszkrimináció, csonkítás és más, a nők jogainak megsértésével járó cselekedet. Nőként erőszakot és diszkriminációt olyan helyeken és helyzetekben is megtapasztalhatunk, amelyekre egyáltalán nem számítunk. Ilyenek például az egészségügyi rendszeren belüli erősen megkérdőjelezhető gyakorlatok, amelyekkel szembesülnie kell minden nőnek, aki rendelkezik a teste felett és gyermeket vállal.

Ideális esetben a szülés egy életen át fennmaradó emlék és tapasztalás, ami erőszakmentes, támogató és biztonságos környezetben történik a szülő nő szükségleteire, fizikai és érzelmi jóllétére való figyelemmel. Legalábbis ez az elképzelés. Viszont, sajnos, a szülés nem mindenki számára jelenti ugyanazt a tapasztalatot, mivel sok nő kiszolgáltatott és védtelen helyzetével visszaélnék a kórházi gyakorlat során. A „családbarát” Magyarországon a nőknek kórházba kerülésük és szülési folyamatuk során a nőgyűlölő, szexista minősítés, megaláztatás és megszegyenítés mellett sok esetben előzetes tájékoztatás és beleegyezés nélküli, felesleges, indokolatlan mennyiségű beavatkozást is meg kell tapasztalniuk, úgy, mint császármetszés, oxitocin használat és gyógyszeres

30 ERRC, A roma nők kényszersterilizációja.

http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/03/5C/m0000035C.pdf

szülésindítás, engedély nélküli gátmetszés, könyöklés és csonkításnak minősülő „férjöltés” („husband stich”). Bár az otthonszülésnek is megvan a maga kockázata – az esetlegesen felmerülő komplikációknál sürgősségi ellátásra, megfelelő szakmai felkészültségre is szükség lehet – vannak nők, akik mégis az otthonszülés vagy a magánkórház mellett döntenek az állami intézményekbe vetett bizalom hiánya és az otthoni (vagy magánkórház esetén az otthonosabb) környezet meghittebb, biztonságosabb és kényelmesebb mivolta miatt.

Fontos emlékeztető, hogy az otthonszülés és a magánkórház, mint választási lehetőség egy privilégium is egyben, amit csak azok engedhetnek meg maguknak, akiknek van elegendő pénzügyi és társadalmi támogatásuk. A roma nők többségénél ez sajnos nem opció. A várandósgondozás és a szülés a középosztálybeli nők számára is rengeteg küzdelmet tartogat, viszont a roma nők gyakrabban, súlyosabban szembesülnek erőszakkal, előítéletekkel, elhanyagolással, megaláztatással és diszkriminatív gyakorlatokkal az egészségügyi rendszerben, hiszen társadalmi és gazdasági helyzetük miatt sokkal kiszolgáltatottabbak, jobban ki vannak téve az erőszaknak, így reprodukciós jogaik halmozottan sérülhetnek. A roma nők, nem csak női mivoltukban, hanem nemzetiségük miatt is megszegyenítve, emberi méltóságukban megsértve, lekezelve és megkülönböztetve vannak (Balogh – Gellér 2019).

Verbális bántalmazás

A roma nők a nyilvános diskurzusban sztereotípiák és előítéletek mentén jelennek meg, amelyek leggyakrabban azt tételezik, hogy gyermeknek szülnék annak érdekében, hogy hozzáférjenek a gyermekneveléssel kapcsolatos szociális juttatásokhoz. A gyermekvállalás és az etnikai hovatartozás közötti kapcsolatot gyakran tévesen értelmezik vagy túlságosan általánosítják. A roma anyákat felelőtlennek bélyegzik, amely központi szerepet játszik a roma népességet nem méltó polgárokként konstruáló gondolkodásban. Fontos megérteni, hogy az előítéletekkel ellentétben a nők gyermekvállalása sokkal összetettebb és sokrétűbb, mint pusztán az etnikai hovatartozás vagy kultúra alapján való megítélés. Valójában inkább a társadalmi osztály, a foglalkoztatás és az iskolai végzettség lehetnek befolyásoló tényezők a gyermekvállalás szempontjából³¹.

2016. februárjában a Borsod-Abaúj-Zemplén megyei kórházban a szülésznő egy vajúdo roma nőt emberi méltóságát sértő megjegyzésekkel illetett, azt mondta, hogy „ha még egyszer kiabál, felpofozza és az arcába nyomja a párnát”. Az ellátó

31 KSH. 2014. A népesedési folyamatok társadalmi különbségei.
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nepesedes.pdf>

orvos pedig azzal fenyegette meg a nőt, hogy behívja a pszichiátert, elveteti tőle a gyereket és „nem lehet GYES-e”, majd hozzátette, hogy „ti cigányok úgyis csak a pénzért szültök”³².

Egy 2017-es európai szintű kutatás szerint (Watson 2017) a roma nők a terhesség során etnikai hovatartozásuk, szegénységük és lakóhelyük miatt rosszabb ellátást tapasztalnak. A kutatási jelentés szerint az egészségügyi dolgozók, szakemberek nem kezelik tisztelettel a roma nőket: a szülészeti ellátást nyújtó egészségügyi szakemberek elhanyagolták őket, néhány esetben meg is tagadták a kezelésüket, alulkvalifikált személyzet gondoskodott az ellátásukról, és verbális vagy fizikai bántalmazást, lealacsonyító vagy megalázó bánásmódot tapasztaltak, illetve ritkán tájékoztatták őket a beavatkozásokról vagy problémákról (Watson 2017).

Egy másik, 2021-es jelentésben (Király és mtsai 2021, 7) több roma nyilatkozik hasonló tapasztalatról:

„Itt, Borsodban sok helyen, ahol kórház van [...] emberszámba nem veszik a cigány asszonyokat. Pláne, ha még fiatalok is. [...] Ez az egyik legmegalázóbb dolog, ami létezik. Minden mocskot megkap. [...] És tehetetlen, mert orvosi ellátásra szüksége van. [...] Sokan nem mondják el még otthon sem, még a férjnek sem. Csendben tűrik.”

Emellett a romákat a rendelés, bennfekvés és gyógyítás során látványosan megkülönböztetik nem roma társaiktól, esetenként nyilvánosan meg is alázzák őket (Király és mtsai 2021).

Szegregáció és diszkrimináció

Az ERRC egy 2003-as kutatása³³ megerősítette a kórtermi szegregáció létező gyakorlatát is, amely szerint a roma és nem roma nőket elkülönítve helyezik el gyakran olyan indoklással, hogy a kórház ezáltal az „eltérő életstílushoz” alkalmazkodik. Sok esetben a „roma-szobákban” nem megfelelő az infrastruktúra, az ellátás, kevesebb a takarítás és volt, hogy nem kaptak ételt. A Minority Rights egy 2021-es jelentése (Király és mtsai 2017, 7) szintén megerősíti a probléma fennállását:

32 ERRC. 2020. Roma anyák pert nyertek a Kúria előtt kórházi diszkriminációs ügyben. http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/5261_file2_miskolc-maternity-garment-supreme-court-pr_hun.pdf

33 ERRC. 2004. „Gypsy Rooms” and other discriminatory treatment against romani women in Hungarian hospitals. <http://www.errc.org/roma-rights-journal/gypsy-rooms-and-other-discriminatory-treatment-against-romani-women-in-hungarian-hospitals>

„Az én feleségem, hiába magyar, cigány kórterembe került. Tudták, hogy a férje cigány, és bekerült oda.”

Egy 2007-es kutatás³⁴ szerint a romákat a rendelésre várakozás során érte hátrányos megkülönböztetés. „Nem az érkezési, várakozási sorrendbe szólítottak be.” „A magyarokat előbbre veszik, a romákat utolsónak hívják be a rendelőbe.” A roma nők beszámoltak arról, hogy kötelesek voltak várni, amíg minden nem roma beteget ellátnak, mielőtt a szülészeti egészségügyi szakemberek hozzájuk fordultak volna, újszülöttjeiket néha a kórházi intézményekben tartották, amíg ki nem fizették a kezelésüket. Emellett többen számoltak be arról, hogy pénzt vártak el az egészségügyi dolgozók, vagy annak hiányában nem kaptak megfelelő figyelmet tőlük. „Aki tudott hálapénzt adni, azzal többet törődtek.” „A kórházban, amíg nem fizettem, nem foglalkoztak velem.” „A cigányt nem kezelik rendesen, ha nem ad pénzt.” Sokszor a pénzhiány is szerepet játszik az ellátás elmaradásában. „Az orvosnak nem tudok fizetni, ezért az nem jön ki hozzánk, régebben tudtam, akkor az orvos kijött.” „Szüléskor külön szobába tettek, ahova a romákat, szóltam, pénzt is adtam, akkor áthelyeztek máshová.” Hárman említették, hogy szimulánsnak tartották, ezért nem hitt neki az orvos, vagy egyáltalán meg se vizsgálta. „Amikor rosszul lettem, az orvos azt mondta, hogy szimulálok, mire kihívtunk egy másik orvost, aki rendesen ellátott.”

2013-ban a roma hozzátartozóknak, akik élni kívántak a törvény által biztosított joggal („a szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megjelölt nagykorú személy a vajúdás és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen”³⁵), jogellenesen 3.000 Ft-ért volt kapható a szülőszobában szükséges eldobható öltözék a miskolci kórházban. Ezt csak a kórházban lehetett megvásárolni, és túl drága volt az alacsony jövedelmű roma családok számára. A kórház azt állította, hogy ők csak arra kérték a kísérő hozzátartozókat, hogy adományt ajánljanak fel a kórház alapítványának az öltözetért cserébe, azonban egy helyi szervezet által végzett felmérésből kiderült, hogy a gyakorlatban az „adományozás” kötelező volt, és a fizetésre képtelen roma anyákat egyedül szülésre kényszerítette, ami növeli a valószínűségét a rasszista egészségügyi dolgozók általi bántalmazás és zaklatás kockázatának³⁶. 2020. augusztusában Magyarország legfelsőbb bírósága, a Kúria azoknak a roma nőknek a javára döntött, akiket a miskolci kórház

34 Európai Bizottság, 2007. Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség.
https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf

35 1997. évi CLIV. törvény 11. § (5)

36 ERRC, 2020. Roma anyák pert nyertek a Kúria előtt kórházi diszkriminációs ügyben.
http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/5261_file2_miskolc-maternity-garment-supreme-court-pr_hun.pdf

szülészetén közvetlen hátrányos megkülönböztetés ért társadalmi származás, valamint az anyaság (terhesség) mint védett tulajdonság tekintetében. A kórház közvetett diszkriminációt valósított meg ezekkel a roma anyákkal szemben, akiket aránytalanul nagy mértékben érintett a rendelkezés (az eldobható öltözék megfizetése) és emiatt gyakran kénytelenek voltak egyedül szülni. A bíróság elrendelte a gyakorlat megszüntetését és 2 millió forint közérdekű bírság megfizetésére kötelezte a kórházat³⁷.

Kényszersterilizáció

2001 óta több olyan esetet dokumentáltak, ahol roma nőket teljeskörű tájékoztatásuk vagy beleegyezésük nélkül sterilizáltak Magyarországon. Többen csak az operáció után szembesültek a ténnyel, hogy soha többé nem lehet gyerekük. Bizonyos esetekben a roma nők kényszerítve vagy manipulálva lettek sterilizálva, és nem kaptak megfelelő tájékoztatást, de olyan esetről is beszámol a kutatás, ahol egy fiatal roma nőnek konkrét egészségügyi indok nélkül távolították el a petevezetéküket. A roma nőket gyakran nem tájékoztatják megfelelően egészségi állapotukról és nélkülük hoznak döntéseket a kezelésükre vonatkozóan (ERRC 2020).

Sz. A. nem tudta a „sterilizáció” szó jelentését, tájékoztatást nem kapott arról, hogy ez mivel jár, s annak kockázatairól és következményeiről, illetve más fogamzásgátlási módokról sem. Sz. A. csak akkor tudta meg, hogy a sterilizáció következtében nem lehet gyermeke, mikor megkérdezte az orvost, hogy mikor próbálkozhatnak férjével újból gyermekvállalással. Miután a magyar bíróságok nem nyújtottak megfelelő jogorvoslatot számára, Sz. A. panaszt nyújtott be az ENSZ nőjogi bizottságához (CEDAW Bizottság). 2006 augusztusában a Bizottság megállapította, hogy Sz. A. törvénytelen sterilizációja kapcsán Magyarország megsértette a Nőkkel szembeni hátrányos megkülönböztetés minden formájának felszámolásáról szóló egyezményt. A Bizottság javasolta, hogy a magyar állam megfelelő kártérítést nyújtson Sz. A. számára, amely arányban áll a jogsértés súlyosságával, valamint vizsgálja át a magyar sterilizációval kapcsolatos törvényeket a tájékozott beleegyezés elve szerint és biztosítsa, hogy azok igazodnak a nemzetközi emberi jogi és orvosi normákhoz³⁸.

Az egyenlő bánásmód megsértése, szegregált kórtermek, orvosi szakemberek hanyagsága vagy alulkvalifikáltsága, az érzéketlen, rasszista egészségügyi dolgozók és diszkriminatív kórházi gyakorlatok nem újkeletűek a roma közös-

37 *Ibid.*

38 ERRC. A roma nők kényszersterilizációja.

http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/03/5C/m0000035C.pdf

ségekben, már anyáink és nagyanyáink is megtapasztalták ezeket, csak nem beszéltek róla. Amellett, hogy etikátlanok és jogellenesek, ezeknek a gyakorlatoknak súlyos fizikai, egészségügyi, érzelmi és pszichológiai következményei vannak. Gyakran mégsem kerülnek jelentésre vagy dokumentálásra, hiszen a hasonló megélések sokszor traumaként élnek tovább a nőkben, akik a széles körű szégyenérzet, bizalmatlanság, félelem, tabu és társadalmi nyomás miatt így inkább hallgatásba burkolóznak.

Javaslatok

Az CEDAW Bizottsága szerint azok az intézkedések és stratégiák, melyeket a magyar kormány az országban a nők és a romák helyzetének javítására alkalmazott, még nem vezettek a roma nők többsége számára helyzetük jelentős javulásához. Jelenleg nincsenek a nők specifikus helyzetét figyelembe vevő stratégiák és a nők, illetve a magyarországi roma közösségek helyzetét javítani akaró stratégiák kidolgozása során a roma nők szükségletei nem kapnak elegendő figyelmet. Hiányzik a nemi és etnikai szempontok szerint gyűjtött információ, melyek nélkül lehetetlen a roma nők helyzetét megfelelően kezelő stratégiákat kidolgozni. Emellett, az állam sem olyan környezetet nem alakított ki, melyben a nők elleni erőszak áldozatai a bántalmazást biztonságosan tudnák elmondani, sem pedig olyan hatékony támogatási hálózatot nem teremtett, melyen keresztül az áldozatok segítséghez juthatnának és a bántalmazási esetekről rendőrségi bejelentést tudnának tenni.

CEDAW 2023. márciusban Magyarország felé megfogalmazott javaslatai (UN CEDAW 2023):

- Helyezze hatályon kívül a magzati élet védelméről szóló törvény végrehajtásáról szóló belügyminiszteri rendeletet.
- Biztosítson megfelelő és elérhető hozzáférést szexuális és reprodukciós egészséggel kapcsolatos információkhoz.
- Biztosítson megfizethető hozzáférést a modern fogamzásgátlási módszerekhez, különösen a hátrányos helyzetű nők számára.
- Hozzon intézkedéseket a HIV/AIDS megelőzésével kapcsolatban.
- Integrálja az iskolai tantervbe kötelező elemként a szexuális és reprodukciós jogokkal és egészséggel kapcsolatos ismereteket: a szexuális úton terjedő betegségek megelőzése, a felelős szexuális viselkedés és a fogamzásgátlás témáit.
- Biztosítsa minden nő számára (ideértve a fogyatékkal élő, az LBMTQ és roma nőket, a HIV/AIDS-el élő nőket, a hajléktalan, valamint a bevándorló

és menekült nőket) a családtervezési szolgáltatásokhoz és megfizethető fogamzásgátlókhoz, főképp a sürgősségi fogamzásgátlóhoz való megfelelő hozzáférést. Az állami egészségügyi biztosítás keretében történő finanszírozással és a sürgősségi fogamzásgátlók receptkötelességének eltörlésével a modern fogamzásgátlók széles választékát elérhetővé teheti minden nő számára.

- Hozzon létre támogató programokat, amelyek segítenek a roma nőknek anyagi nehézségeik leküzdésében, a gyógyszerek és az egészségügyi ellátás költségeinek fedezésében. A szolgáltatáshoz való eljutás lehetőségének megteremtése (szűrőállomásokra történő ingyenes szállítás és/vagy mozgó szűrőállomások kialakítása) is szükséges.
- Végezzen rendszeres kutatásokat és monitorozást az egészségügyi rendszerben tapasztalt diszkrimináció és egyenlőtlenségek felmérésére³⁹.

Jó gyakorlatok

Az EMMA Egyesület kilenc roma nő szüléstörténetét gyűjtötte össze a YouTube csatornájukon⁴⁰. A roma nők szülészeti rendszerben megélt élményeit, a rendszerintű bántalmazást és rasszizmust láthatóvá és hallhatóvá tenni nagyon fontos. Történeteik megosztásával, támogatásra és elfogadásra találhatnak, ami nemcsak a társadalmi tudatosság növeléséhez járulhat hozzá, de hatást gyakorolhat és elősegítheti a roma és nem roma nők jogainak tiszteletben tartását.

Emellett már évek óta egyre több tabudöntőgető, figyelemfelhívó kezdeményezés segíti a nők összekapcsolódását, egymás támogatását és a traumákból való gyógyulást. A Másállapotot a Szülészetben⁴¹ mozgalom és a Hoztam e világra⁴² is, várandóssággal és szüléssel kapcsolatos történeteket gyűjtenek és osztanak meg. A Szívhangok Társulat Megeshetne Másképp⁴³ színházi előadása egészségügyi dolgozók, szülészeti aktivisták, roma és nem roma nők személyes történeteire épül, amelyben a történetek elbeszélői maguk játszanak.

39 Független Szakszervezetek Demokratikus Ligája. 2013. Az ENSZ nőjogi bizottságának értékelése Magyarországról.

<https://liganet.hu/6967-az-ensz-nojogi-bizottsaganak-ertekelse-magyarorszagrol.html>

40 <https://www.youtube.com/@EMMAEgyesulet>

41 <https://masallapotot.hu/>

42 <https://www.youtube.com/@HOZTAMEVILAGRA>

43 <https://sajatszinhaz-szivhang.org/megeshetne-maskepp-3/>

Az erőszak és diszkrimináció megelőzésében és felszámolásában fontos szerepet játszik az oktatás és a társadalmi tudatosság növelése. Az erőszakra való tanulás és figyelemfelhívás fontosságát hangsúlyozva az Emberség Erejével Alapítvány hiánypótló ingyen letölthető kiadványt fordított magyar nyelvre A NEM: SZÁMÍT! címmel, melynek célja, hogy segítse a nemi alapú erőszak témájának feldolgozását a fiatalok körében, háttérinformációkkal szolgáljon a legfontosabb társadalmi, politikai és jogi vonatkozásokról, és konkrét gyakorlatokat és módszereket kínáljon a fiatalokkal végzett oktatási-képzési tevékenységekhez. Számos további kiadvány segíti a nők elleni erőszak felismerését, a szexuális és reprodukciós illetve emberi jogok tudatosítását, ilyen a TASZ Kisokos az Abortuszról, a NANE (Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen) kiadványai a nők elleni erőszakra, az UNICEF listája arról, hogy hova lehet fordulni bántalmazás esetén, az AMNESTY emberi jogi oktatási felülete, a PATENT (Patriarchátust Ellenzők Társasága) és NANE Segítő Hálózata, amely a nők elleni erőszak áldozatainak gyakorlati segítségnyújtására fókuszál.

Roma szervezetek is hozzájárulnak a jogsértések jelentéséhez, illetve a jogtudatosság növeléséhez különböző programok, kutatások által, úgymint a XXI. századi Roma Nők Egyesülete, az Uccu Roma Informális Oktatási Alapítvány, a Romaversitas Alapítvány, a Roma Női Hálózat, Phiren Amenca, Diverse Youth Network. Azonban sajnos több hiánypótló szervezet is megszűnt, többek között a NEKI (Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Jogvédő Iroda) és a CFCF (Chance for Children Foundation, Esélyt a Hátrányos Helyzetű Gyerekeknek Alapítvány).

2005. április 1-jétől működik az Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat (OKIT), ahol az azt igénylő eseteknél azonnali beavatkozást kezdeményeznek. A szabályozás lehetővé teszi a bántalmazottak elhelyezését intézményekben (gyermek- és családi átmeneti otthonok) a gyerekek jogai alapján mind a gyermek, mind a szülő érdekében.

Az EMMA Egyesület és a Regina Alapítvány Miskolc által alapított Szocial Marie díjas közösségi dúlaszolgálat főként azokat a roma nőket támogatja, akik szeretnének kísérővel szülni, de az anyagi lehetőségeik nem engedik meg, hogy tiszteletdíjat fizessenek egy dúlának. Az alsószolcai közösségi dúlaszolgálat célja, hogy helyben élő női segítők biztosítsanak ezek mellé a várandós roma nők mellé, valamint igény szerint ismereteket nyújtson a vajúdstámogató technikákról, a szülésre való felkészülésről, a különböző szülési lehetőségekről és beavatkozásokról, valamint a szülésélmény-feldolgozásról és az egészségügyi jogokról. A dúlak főként érzelmi és fizikai támogatást nyújtanak, illetve az esetlegesen előforduló szülészeti erőszak elszívásától próbálják védeni a nőket a női lét egy különösen kiszolgáltatott helyzetében, a terhesség, a szülés és az azutáni időszak során. Előfordul, hogy a roma dúlak az orvosok,

a kórházi dolgozók és a szülő nő közötti viszonyt is navigálják, amely gyakran konfliktussal, előítéletekkel terhelt, különösen, ha roma nőtársaik ellátásáról van szó. Jelenlétük és támogatásuk különösen fontos a roma nők számára: segítenek az anya jogainak védelmében, döntései tiszteletben tartásában, illetve információt, biztonságérzetet és önrendelkezésre való lehetőséget nyújtanak a szülés során⁴⁴.

Konklúzió

Általában elmondható, hogy az infrastrukturális és személyi feltételek hiánya (szakemberhiány), a szülészeti osztályok időleges bezárása, háziorvoshiány, az egészségügyi szolgáltatásokhoz és ellátáshoz való korlátozott hozzáférés és információhiány, és emberi jogokat sértő gyakorlatok jellemzik a folyamatosan romló magyar egészségügyet. A szexuális és reprodukciós egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés mellett a roma nőknek joguk van a méltósághoz és a tisztelethez, ami magában foglalja a tájékoztatást, a megfelelő egészségügyi ellátást, a szülés folyamatával kapcsolatos döntési jogukat, valamint a beavatkozásokhoz és kezelésekhöz szükséges beleegyezésüket. Az egészségügyi szakembereknek és az egészségügyi intézményeknek nagy felelőssége van abban, hogy támogató, és az emberi méltóságot tiszteletben tartó környezetet biztosítsanak a szülő nők számára. A nők elleni erőszak és diszkrimináció minden formája káros hatással van az érintett személyekre, aláássa emberi jogukat és az egyenlő bánásmódot. A társadalomnak fel kell ismernie az erőszak és diszkrimináció jeleit, és aktívan hozzá kell járulnia az ilyen esetek megelőzéséhez és kezeléséhez. Fontos, hogy a szülés, illetve más egészségügyi szolgáltatás során traumát elszenvedett roma nők ne érezzék magukat egyedül, és megkaphassák a szükséges támogatást és segítséget a gyógyuláshoz.

A kutatás fontos lehet a jogalkotók és döntéshozók, az egészségügyi intézmények és a civil szervezetek számára. A kutatás segíthet az egyenlőtlenségek mérésében és a roma származású nők reprodukciós és szexuális jogainak és egészségének védelmében. Emellett a kutatásnak figyelemfelhívás és társadalmi tudatosságot növelő hatása is van.

44 EMMA Egyesület. 2020. Közösségi dúlaszolgálat Alsószolcán.

<https://emmaegyesulet.hu/2022/07/01/kozossegi-dulaszolgalat-alsozolcan/>

Problémák és keretezések a romák korai iskolaelhagyása, korai gyermekvállalása és a szexuális edukáció kapcsán

Godó Irén

Godó Irén óvodapedagógus, szociálpolitikus, illetve középiskolai magyartanár végzettségeket szerzett a Debreceni Egyetemen. 2014 óta tagja a Wáli István Református Cigány Szakkollégiumnak. Jelenleg a Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola Szociológia és Társadalompolitika Doktori Programjának PhD hallgatója. Több konferencia szervezésében közreműködött, és szemináriumi kurzusok oktatásában is részt vesz. A Tanítsunk Magyarországot mentorprogramban mentorként tevékenykedik.

Bevezetés

A KSH munkaerőpiaci helyzetképre irányuló adatai szerint 2014 és 2018 között a 18-24 éves roma fiatalok kétharmada korai iskolaelhagyóvá vált. A roma fiatalok korai iskolaelhagyása Magyarországon egyébként is magasnak mondható, 2014-2017 között 57%-ról 63%-ra emelkedett. Az Európai Unió álláspontja szerint a korai iskolaelhagyás az egyes országokban – köztük Magyarországon is – komoly problémát jelent, ezért szorgalmazzák, hogy az EU-s országokban jöjjenek létre olyan programok, amelyek a korai iskolaelhagyás csökkentésére irányulnak. A romák korai iskolaelhagyását gyakran csupán a korai gyermekvállaláshoz köti a közbeszéd, amely nem veszi figyelembe a korai iskolaelhagyás mögött meghúzódó egyéb tényezőket. Jelen tanulmányban a korai iskolaelhagyás egyes tényezői mellett, a romák szexuális nevelésével kapcsolatos nehézségek komplexitására szeretnék rámutatni, melyek többek között a szexuális nevelés visszásságaival, a szexualitással összefüggő tabukkal (mind családi, mind társadalmi-intézményi vonalon), továbbá a roma családok szocio-ökonómiai státuszával is összefüggésbe hozhatóak.

Korai iskolaelhagyás

Mi számít korai iskolaelhagyásnak?

Az Európai Unió definíciója a korai iskolaelhagyásra vonatkozóan a következő: olyan 18-24 év közötti fiatal tekint korai iskolaelhagyónak, akinek nincs befejezett középiskolai végzettsége. Az iskolaelhagyás változó, mely életkorban történik meg. Hazánkban az iskolai lemorzsolódásról szóló vizsgálatokban találkozhatunk olyan diákokkal is, akik még az általános iskolát sem fejezték be. A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) a 20-24 éves korosztályra fókuszál ennél a kérdésnél, akik amennyiben eddig nem fejezték be az iskolát, valószínűsíthetően már nem is fogják.

Az iskolai lemorzsolódás veszélye a továbbtanulás környékén, vagyis az alapfokú oktatás végéhez közeledve a kamaszkor elején, illetve a szakközépiskolák, a szakközépiskolák és a szakiskolák megkezdése utáni időszakban fokozottan fennáll. Köszönhető ez többek között a 2012-ben 18 évről 16 évre leszállított tankötelezettségi korhatárnak is. A 16 éves tankötelezettségi korhatár nem tartja az oktatási rendszerben a tanulókat, mert nem tekinthető törvénysértőnek, ha valaki önszántából, befejezés nélkül otthagyja az iskolát. Az általános iskola befejezését megelőzően számos okból kifolyólag kieshet valaki az oktatásból, pl. betegség, korai gyermekvállalás, szegénység, a nem megfelelő iskolai környezet, valamint a munkavállalás is.

Mi történik, ha valaki már az általános iskolából kiesik?

Ilyen esetben az egyén alapvető készségei sem fejlődnek ki megfelelően. Emellett Radó (2023) szerint a közoktatás ahelyett, hogy gyengítené, inkább felerősíti a családi háttér hatását a tanulmányi eredményekre. Ez a mutató Magyarországon a legmagasabb a vizsgált országok közül. Az iskolai lemorzsolódásnál a családi tényezőknek hazánkban még európai szinten is kiemelkedő szerepe van (Paksi és mtsai., 2020). A PISA kutatása kimutatta, hogy a magyarországi eredmények a növekvő szociális szelekció tekintetében is negatív képet festenek. Magyarországon a közoktatás Európa egyik legszelektívebb rendszere. A nagy mértékű iskolai szociális szelekció az egyes tanulók teljesítményén túlmenően az oktatás minőségéről is sokat elárul.

Az EU2020-as stratégia azt mondja, hogy a korai iskolaelhagyás csökkentésében az iskolai és az iskolán kívüli tényezők egyaránt szerepet játszanak. Ilyen tényezőknek tekinti a személyes, gazdasági, társadalmi és családi tényezőket, valamint ezek egyes vagy halmozott előfordulását. A korai iskolaelhagyás szorosan összefügg a szülők társadalmi-gazdasági státuszával és iskolai végzett-

ségével. Az EU2020 stratégia célként tűzte ki a korai iskolaelhagyók arányának 10% alá csökkentését. A stratégia a korai iskolaelhagyásnál 5 főbb célterületet jelölt meg az intézmények számára, amellyel foglalkozni kell: az iskolavezetés, a tanulók támogatása, a tanárok, a szülők és családok, továbbá az érdekelt felek bevonása. Ez is mutatja, hogy a korai iskolaelhagyás csökkentése nem valósulhat meg kizárólag az iskola falain belül.

Hazánkban a korai iskolaelhagyás különösen rontja a tanulók munkaerőpiaci esélyeit, mert hatékony reintegrációs programok hiányában később nem tudnak visszailleszkedni az oktatásba. Nem kapnak ehhez kellő támogatást, vagyis aki egyszer lemorzsolódik, az nagy eséllyel később sem fogja befejezni az általános, vagy a középiskolát. Felsőfokú végzettség szerzésére pedig még kisebb az esélye.

Romák korai iskolai lemorzsolódása

A KSH 2011-es adatai rámutatnak arra, hogy a romák/cigányok 5,5%-a analfabéta, míg az összlakosság esetén ez az arány 0,4% (KSH, 2016). A 14 év feletti romák közel 80%-ának legfeljebb általános iskolai végzettsége van, és minden 100 romából mindössze egy szerez diplomát, szemben a teljes lakosság 20%-os mutatójával (KSH, 2016).

A roma fiatalok beiskolázása alapvetően biztosított, azonban a fő problémát a nagy arányú lemorzsolódás jelentette az elmúlt években, ami továbbtanulási esélyek éveken át tartó stagnálását eredményezte (Kertesi & Kézdi, 2016). Kertesi és Kézdi (2016) tanulmánya a középiskolai és egyetemi továbbtanulási lehetőségeket vizsgálta 2006 és 2012 között, mely kiemelkedő különbségeket mutatott a roma és nem roma tanulók között. 2012 nyarára a nem roma tanulóknak közel 10%-a nem szerezte meg végzettségét, míg a roma tanulók közel 50%-a került lemorzsolódásra. Az érettségit szerzők aránya a nem romák között 75%, szemben a roma fiatalok 24%-ával. Az egyetemi vagy főiskolai tanulmányaikat mindössze a roma fiatalok 5%-a kezdte meg, ellentétben a nem roma fiatalok 35%-ával. Ezek a jelentős különbségek összefüggenek a középiskolát megelőző időszakban felhalmozódott hátrányokkal. Az egyik ilyen integrációt és egyenlő esélyeket hátráltató ok, hogy a kutatás idejében a roma fiatalok oktatása jellemzően szegregált osztályokban történt. Így kisebb eséllyel láttak jó mintát kiemelkedő tanulóktól, nem mindenhol érvényesülhetett az osztály szinten kiemelkedő tanulók felhúzó ereje és esélye sem volt a sztereotípiák esetleges ledöntésére. Az Európai Bizottság 2023-as jelentéséből kiderül, hogy a romák iskolai szegregációhoz kapcsolódó eseteinek száma nőtt hazánkban, Csehországban és Szlovákiában. Tudvalevő, hogy emiatt az említett országokban kötelezettségszegési eljárás folyik. Az

oktatási szegregáció mögött meghúzódó okok között szerepel a roma lakosság helyi szintű koncentrációja, illetve a „white flight” jelenség, amely szerint a szabad iskolaválasztásból kifolyólag a magasabb státuszú tanulóknak van lehetősége jobb iskolába menni. Mindezt pedig befolyásolják az előítéletek és sztereotípiák is. Magyarországon az iskolák közötti szegregáció erősebbnek bizonyul, mint az iskolán belüli szegregáció (Radó, 2018). A romák jellemzően alacsonyabb minőségű oktatásban vesznek részt (Varga, 2017).

A fehérség mint láthatatlan norma narratíva

Létezik olyan megközelítés, amely szerint „a fehérség láthatatlan norma, amely többnyire csak indirekt módon, valami ellentétéként jelölődik, és ez része a fehérség által gyakorolt elnyomó hatalom működésének” (Nakayama & Krizek 1999, idézi: Rédei, 2020). Rédei (2020) tanulmányában azt a szociológiában és a közbeszédben is alkalmazott dichotóm példát említi, amelynek során romákra/cigányokra és nem romákra/nem cigányokra osztják fel a két csoportot. Ennélfogva pedig a fehér magyarokat nem fehérként említik meg konkrétan, hanem a cigányság tagadásaként – fehérségükből adódó pozíciójuk a cigányságról szóló diskurzusokban szerinte így válik láthatatlan normává.

Nehéz olyan diskurzust találni, amely a cigánysággal kapcsolatban nem hordozna magában negatív jelentéstartalmat a magyar társadalomban. Példának okáért a cigány-magyar dichotómia akár azt erősítheti, hogy a nem cigányok sokkal inkább magyar állampolgárok, mint a cigányok.

Világszerte a cigányság megítélésében a realitás és a sztereotípiák keveredése figyelhető meg. Ez azért is jelentős, mert az együttélés, a cigánysághoz való hozzáállás alapvetően befolyásolja a cigányok esélyeit és életlehetőségeit a politika, az oktatás, illetve a karrierlehetőségek szempontjából is. Ennélfogva pedig nem mondható igaznak, hogy egy ember – akár cigány, akár nem cigány – csupán önmaga szerencséjének kovácsa lenne. Voltak olyan kutatások, amelyek a cigánysággal kapcsolatban a külső környezet által őket érintő megítélésre támaszkodtak (Kemény, 1971). Az, ahogyan a környezet megítéli őket, tetten érhető az oktatásban, a munka világában, sőt a mindennapokban is, ezáltal jelentősen befolyásolhatja a cigányok életlehetőségeit.

A magyarországi cigányokat egyaránt említik etnikumként (kultúrával rendelkező csoportként) és fajként (jellegzetes fizikai és jellembeli sajátossággal rendelkezőként) is. Például olyan kifejezések, mint „a cigányoknak a vérében van” vagy „nem az idén barnult” a faji jellegzetességekre utalnak. Tóth Kinga Dóra (2004) kutatása rámutat egy harmadik kategóriára is, a réteg vagy szociális státuszra. A vizsgálatából kiderül, hogy a magyarországi cigányok gyakran

etnikai vagy szociális jellemzők alapján határozzák meg önmagukat, míg a többiek inkább (vélt vagy valós) faji és/vagy szociális kritériumok alapján döntenek el, ki számít cigánynak (Rédai, 2020). A szocio-ökonómiai státuszt nem érdemes összekeverni a nemzetiséggel, még akkor sem, ha sok a romák körében a mélyszegénységben élő. Az alacsony iskolai végzettséggel rendelkező romák közül sokan nem tudnak kitörni a szegénységből, nem kapnak számukra szükséges mennyiségű segítséget a magyar oktatási rendszertől, és a társadalomban mind a mai napig jelenlévő sztereotípiák sem kedveznek ennek a helyzetnek. Janky Béla (2016) az újratermelődő szegénység mögött meghúzódó okok egyikét, a kulturalista magyarázat közkedvelt értelmezését emeli ki, miszerint a hátrányos helyzetben élő kisebbség viselkedéskultúrája és normája nem kompatibilis a modern társadalmak normáival. Mindez az említett csoporttal szemben olyan előítéletekben ölt testet, mint hogy képtelenek az önfegyelemre, a tervezésre, a formális tanulásra, szülőként felelőtlenek, esetenként megbízhatatlanok és erőszakra hajlamosak.

Az előítéleteket generáló diskurzusok az oktatás berkein belül is megjelenhetnek, még akkor is, ha integrációs politikai szándék húzódik meg mögöttük. Kovai Cecília 2011-ben két magyarországi iskola integrációs politikájának nyomán követése során az egyik esetében arra lett figyelmes, hogy a formális integrációs törekvés intézményen belüli szegregációhoz vezetett, kialakult egy cigány és egy magyar osztály az iskolában. „Mikor a gyerekek a másik osztályról beszélnek, azokat csak úgy emlegetik, mint a „magyarok”, „gádzsók” vagy „cigányok”. Társaikat előbb jelölik „etnikumukkal”, mint bármely személyes tulajdonságukkal vagy más jellemzőjükkel.” A másik iskola álláspontja szerint tudatosan törekedett arra, hogy minden gyermeket ugyanolyan esélyek és kötelezettségek illessenek meg, és mindenkinek kellő lehetőséget biztosít arra, hogy jól teljesítsen. Azonban a gyermekek és a tanárok viszonyait közelebbről megnézve Kovai kutatásában az látszik, hogy a cigány tanulók esetében ez olyan elvárásokat rejtett, hogy az alapvetően roma tanulókkal asszociált nem megfelelő viselkedésmintákat levetkőzzék, és minél inkább igazodjanak a nem romákkal azonosított, normálisnak vélt viselkedésekhez. Mindkét iskolában közös, hogy a roma diákok iskolai kudarcaiért elsősorban a családi környezetet tették felelőssé.

Szexuális nevelés, edukáció

Mikor ajánlott a szexuális edukáció?

A megfelelő szexuális edukáció hiányára hívhatja fel a figyelmet az a 2015-ös EU-s kutatás, amely eredménye szerint Magyarország a tinédzserkori várandósság tekintetében az EU-n belül a harmadik legrosszabb helyen szerepel, csupán Bulgária és Románia van rosszabb helyzetben. A 4%-os EU-s átlaghoz képest Magyarországon 9% az arány. Ez 1989 óta hasonló eredményeket mutat (Creatsas, 1995).

Hazánkban a szexuális nevelés az új törvényi változásoknak⁴⁵ köszönhetően nehezítetté vált az oktatási intézményekben⁴⁶. A szexuális edukáció a kormány szerint a szülő feladatkörébe tartozik, az iskolákban 18 év alatti diákoknak csupán azok a civil szervezetek tarthatnak foglalkozást, akik szerepelnek az erre felhatalmazottak nyilvántartásában (amelynek létezését már nyilvánosan is vitatták).

Sok szakember van azon az állásponton, hogy a gyermek fejlődési szintjének megfelelően minél korábban érdemes a témáról beszélni, hiszen ha megbízható forrásból nem hallanak a témáról, máshonnan fognak információkat szerezni, ami miatt sok lehet a téves- és félinformáció, amely sajátos hipotézisgyártást indíthat el. Erre mutatott rá Makrai (2018, 176) a 14-15 éves korosztályú romákat vizsgáló kutatásában: „[...] volt, hogy valaki megkérdezte, hogy ha abban az ágyban alszik, amiben valaki előtte szeretkezett, akkor ő terhes lesz-e”.

Az UNICEF szerint a szexuális nevelés nem csupán információátadás, hanem kiterjed mindarra, ami az ember testével, lelkével és kapcsolataival összefügg. Attitűdökről és értékek kialakulásáról beszélhetünk, amely magában foglalja a nemi szerepeket, a kapcsolatokhoz való hozzáállást és az intimtással kapcsolatos információkat. Tehát a szexualitáshoz kapcsolódóan beszélhetünk kognitív (ismeret, tudás, tanulás), affektív (érzelmelek, attitűdök) és viselkedésbeli (szokások, döntéshozatal) tényezőkről is, amelyeknek fontos a fejlesztése és a támogatása (Siecus, 2004).

Szilágyi (2006) szerint a szexuális nevelés szocializációs folyamat, amelyben kiemelten fontos az, hogy a gyermekeknek lehetőségük legyen kérdezni, ne legyenek tabu témák. Egyesek szerint a szexuális nevelés egy életen át tartó folyamat, éppen ezért mindig az adott fejlődési szakasznak megfelelően érdemes róla beszélgetni (Makrai, 2018).

45 1997. évi Gyermekvédelmi tv. 2021. évi módosítása

46 Ezzel a témával együtt a drogfogyasztás, az internethasználat és a testi és szellemi egészségfejlesztés témáját is érinti a törvény.

A kutatások szerint az iskolában történő megfelelő szexuális felvilágosítás nem okoz kárt a gyermekekben, épp ellenkezőleg: megelőzheti a nem kívánt terhességet, a nemi betegséget, de akár az erőszak elkerülésében is szerepet játszhat. A kutatások arról is beszámoltak, hogy a tévhitekkel ellentétben a szexuális felvilágosítás nem ösztönzi arra a gyerekeket, hogy hamarabb kezdjenek el szexuális életet élni (Boskey, 2023).

A szexuális nevelést megnehezíti, hogy a szexualitás mint téma egyes esetekben családon belül tabunak számít (Csatlós, Pukánszky & Németh, 2014). Egy, a Veszprém, Vas és Zala megyében végzett kutatásból kiderült, hogy a 15-19 éves kamaszok körében a válaszadók (145 kérdőív volt értékelhető) 34%-a soha nem mer beszélni szüleivel a szexről (Karácsony és mtsai, 2022). Kiss-Kondás (2021) miskolci (n=150) kutatásában a kamaszok háromnegyede a felvilágosítás fő helyszínéneként az iskolát és az internetet jelölte meg.

Makrai Kata (2020) oral history típusú interjúkutatást végzett Kettősházán a szexualitás témájában, amelyből kiderült, hogy a megkérdezett roma szülők gyakran teljes mértékben az iskolai intézményekre hagyatkoznak a felvilágosítás tekintetében. Ennek hátterében az áll, hogy sokan maguk is iskolai órák keretében vagy a védőnő által szervezett foglalkozásokon kaptak felvilágosítást, és szüleikkel nem osztották meg ezeket a témákat. Illetve sok esetben ők maguk sincsenek teljesen tisztában a részletekkel. A roma családokban sokszor tabunak számít a szexualitás, erre jó példa az a Makrai (2020) tanulmányából vett eset, amikor a cigány édesanya a lányát – mielőtt az férjével összeköltözött volna – elvitte nőgyógyászati vizsgálatra, hogy fogamzásgátlót íratasson fel neki, azonban a vizsgálat céljáról és a gyógyszer szedésének miéértjéről sosem beszélgettek.

Romák/cigányok és a szexualitás

Egy 2003-as cigány-fókuszú kutatás (Kemény, Janky, Lengyel, 2004) adatai alapján a fiatal roma nők harmada 18 éves, kétharmada pedig 20 éves koráig vállalja az első gyermekét, ami komoly kihívásokat jelent az oktatás és a munkaerőpiaci integráció szempontjából. Azok, akik a családalapítás miatt félbeszakítják tanulmányaikat, hosszú távon elveszthetik a rendszeres munkavállalás lehetőségét. A korai gyermekvállalás nemcsak a nők, hanem a fiatal apák számára is nehézségekkel jár, akik a szűkös erőforrásaik miatt nem folytathatják iskolai pályafutásukat a gyermek születése után. Azok, akik korán szülővé válnak, gyakran kiesnek az oktatási rendszerből, és kevesebb lehetőségük van később érdemi munkalehetőségekre. Ez a helyzet hosszú távon reprodukálja az egyén és a közösség társadalmi hierarchiában elfoglalt alacsony státuszát (Pusztai 2015, idézi: Makrai, 2018).

Makrai (2020) interjú kutatásából kiderül, hogy az általa vizsgált közösségben a normák alapján a roma lányok szüzességét féltik és védik a közösség tagjai. A kapcsolatok és szexuális aktusok erősen befolyásolják a lányok megítélését a közösségben. Ha egy kapcsolat felbomlik, a lány a közösség szemében „bemocskolódik”, és nehezen talál új partnert. A szexuális nevelés hiánya és a tabuk közepette a fiatalok leginkább iskolai órákon és kortársaiktól tanulnak a témáról. Az írás mellett rámutat arra is, hogy a fizikai távolság is szerepet játszhat a fiatalok életében, lehetőséget teremtve a szabadabb viselkedésre a közösség ellenőrzése alól kikerülve. A szexualitással ellentétben a menstruáció témája már sokkal nyíltabban megvitatásra kerülhet mind a lányok, mind anyalánya között, különböző helyzetekben és beszélgetésekben „pl.: görcsök, kinek mikor jött meg, miért nem jött meg, mi lehet a háttérben” (Makrai, 2018, 178). A korai gyerekvállalás témája szorongást váltott ki több szülőből és volt olyan tanuló, akiből szintén (Makrai, 2018).

Makrai (2018) egyik kutatásában arra is rámutatott, hogy a tanodákban a szexuális nevelés rejtett tantervi elemként van jelen, közvetett módon zajlik, gyakran a roma gyerekek kezdeményezésére. Kutatásában több példát is megemlít, pl. mikor egy fiú angolórán elkezdte kérdezni a mentort, hogy angol nyelven hogyan mondják a nemi szerveket, és akkor átnézték a nemi szervek egyes részeit angolul, amit szórakoztatónak talált a kérdező. De előfordult olyan is, hogy Ady kapcsán arról érdeklődtek a diákok, hogyan néz ki a szifilisz, így tulajdonképpen indirekt módon megjelent a szexualitás témája a vizsgált kettősházai tanodában. Az önkéntesek és mentorok igyekeznek bizalmi kapcsolatot kialakítani a gyerekekkel, szükség esetén mindenféle témáról beszélgetnek, figyelembe véve az egyéni szorongásokat (Makrai, 2018).

Korai gyermekvállalás

Megélhetési gyermekvállalás?

A gyermekvállaláshoz való hozzáállás sokféle. Vannak, akik szerint a gyermek áldás. Míg mások saját boldogságuk vagy előmenetelük nehezítőjeként vagy gátjaként tekintenek a gyermekekre időlegesen, vagy akár egész életükre nézve, mely miatt a gyermekvállalási hajlandóságuk is alábbhagy. A gyermekvállalás kétségkívül felelősséget ró a szülőkre: nevelés tekintetében, érzelmileg és anyagi értelemben is felelősséget vállalnak gyermekeik egészséges fejlődéséért.

A közbeszédben gyakran negatív fényben tűnik fel a roma családok gyermekvállalása. A leggyakrabban elhangzó érvek a megfelelő anyagi feltételek hiánya; a megélhetési gyermekvállalás narratívája; vagy a roma szülők kompetenciájának megkérdőjelezése.

A gyermekvállaláshoz kapcsolódó anyagi érdekek kérdése a CSOK kapcsán felmerülhetne más nézőpontból is, hiszen a főként középosztálybeli réteg (ahol alacsonyabb volt a gyermekvállalási hajlandóság, viszont a romák száma alulreprezentált körökben) gyermekvállalási hajlandósága anyagi juttatásokkal vált ösztönzötté. Azonban ezt a politikai diskurzusban nem, és a közbeszédben is csak ritkán éri kritika. Ha pedig megnézzük a másik oldalt, kétségtelenül sok romában felmerülhet annak a gondolata is, hogy egy előítéletektől terhes országban megéri-e egyáltalán gyermeket világra hozni.

Egy gyermek nevelése sokkal több pénzbe kerül, mint amennyit az állam biztosít a családok számára. A főbb támogatások a következőképpen foglalhatóak össze: „A csecsemőgondozási díj (CSED) 168 napra jár, legkésőbb a gyermek születésétől indítható, legkorábban pedig a várható szülés előtt 28 nappal. A CSED indítása előtti három hónapot megelőző 180 naptári nap átlagbérértől kalkulálják alapesetben a CSED összegét. A CSED lejártával gyermekgondozási díj (GYED) igényelhető a gyermek 2. életévének betöltéséig. A GYED-et bármelyik szülő igényelheti, ha megfelel a jogosultsági feltételeknek. A GYED maximuma a mindenkori minimálbér kétszeresének a 70%-a. A GYED után a gyermekgondozást segítő ellátás, a GYES következik, amely a gyermek két és hároméves kora között jár. Összege 2023-ban bruttó 28 500 Ft, melyből 10% nyugdíjjárulék kerül levonásra”⁴⁷. A családi pótlék összege pedig gyermekenként változó, egy gyermek után 12.200 Ft jár.

A Prémium Egészségpénztár és szoros együttműködő partnere, az NN Biztosító közös kutatása arra irányult, hogy feltérképezze az egészségpénztári tagok véleményét a gyerekek biztonságáról és iskoláztatási költségeiről. Közel 6000 fő töltötte ki a kérdőívet. A válaszadók 46-47 százaléka becsüli meg egy gyermek felnevelésének teljes költségét 10 és 30 millió forint között, míg a válaszadók 25 százaléka úgy véli, hogy ez az összeg 30-50 millió forint között mozoghat. Közel egytizedük pedig 50 millió forint feletti költségeket valószínűsít⁴⁸.

Romák korai gyermekvállalását befolyásoló tényezők

Makrai Kata (2019) felismeri, hogy az iskolai szelekciós mechanizmusok és a korai iskolaelhagyás szorosan kapcsolódnak egymáshoz. Az iskolai rendszer nem tud megfelelően reagálni a fiatalok speciális igényeire, különösen azokéra, akik szülővé válnak. A fiatalok felelőssége az iskolarendszertől történő kiesés után megnő, anélkül, hogy speciális segítséget kapnának. A KSH adatai rámu-

47 <https://www.profession.hu/kalkulatorok/gyes>

48 <https://www.portfolio.hu/befektetes/20231003/kiderult-mennyibe-kerul-felnevelni-egy-gyereket-643421>

tattak arra, hogy a romák körében a korai iskolaelhagyók aránya 2021-ben 60,8%, jelentősen meghaladva a teljes populáció 12%-os arányát.

Durst Judit (2006; idézi: Makrai 2019) megállapítása szerint az etnikai hovatartozás önmagában nem befolyásolja a termékenységet. Azonban az iskolai végzettség kontextusában az általános iskolai végzettséggel nem rendelkező csoport körében magasabb a gyermekvállalási hajlandóság, mint az iskolai végzettséggel rendelkezők esetében. Az látszik tehát, hogy az etnikum helyett inkább az iskolai végzettség tűnik befolyásoló tényezőnek a gyermekvállalás szempontjából. Ez egybecseng azzal is, hogy a tanult cigányok gyermekvállalása kitolódik.

Egyes szakirodalmak a roma lányok korai iskolaelhagyása kapcsán a családi szocializációt és a hagyományos női szerepek tanulásra gyakorolt negatív hatását emelik ki. Mór (és mtsai., 2022) tanulmánya alapján a roma lányok közül sokan elsődleges szerepkörüknek tekintik a családi életben való helytállást, a családi feladatok ellátását, és ezt akár a tanulás fölé is képesek priorizálni. Ezt az értékrendet erősíti bennük az is, hogy sok gyermek már testvérei neveléséből is kiveszi a részét (parentifikálódik). Ez elvonhatja őket a tanulástól, vagy a szülőiségre motiválhatja őket, ebből kifolyólag szintén kieshetnek az oktatásból.

Durst Judit (2006; idézi: Makrai 2019) kutatása alapján a cigány nők gyermekvállalását befolyásoló tényezők között kiemelhetők az alábbiak:

Asszimilálódott cigányok: Azok a cigányok, akiket „asszimilálódott cigányokként” azonosítanak, elsősorban a felemelkedésre törekednek. Ennek a törekvésnek a kulcsa a faluból való kiköltözés, illetve a munkavállalást lehetővé tévő születésszabályozás. Ezen nők körében az első gyermekvállalás időpontja közelebb került a nem cigány lakosság jellemző gyermekvállalási időpontjához, egyes esetekben meg is haladta.

Szegregált cigányok: A „szegregált cigányok” csoportjába tartozó nők esetében az első gyermek vállalása előbbre tolódik időben, és átlagosan fiatalabb korban vállalnak gyereket, mint az asszimilálódott csoport tagjai. A szegregált életforma, a jelenorientált gondolkodásmód és az iskolai szegregáció közötti összefüggések hatással vannak a gyermekvállalási magatartásra.

Iskolai szegregáció és munkanélküliség: A települési szegregáció gyakran jár együtt az iskolai szegregációval, ami lemorzsolódáshoz vezet az általános iskola felső tagozatán. A szülők motivációja a lányok iskolai tanításával kapcsolatban vegyes képet mutat: néhányan a hagyományos nemi szerepekhez igazodva elutasítják a tanulást, mások pedig a munkanélküliség és a nehézségek miatt látják az oktatás elhagyásában a lehetőséget.

Munkanélküliség és gyermekvállalás: Durst (2006; idézi: Makrai 2019) szerint a munkanélküliség szerepet játszik a gyermekvállalási hajlandóságban. Azok a férfiak, akik kiesnek a családfenntartói szerepből, presztízsfenntartás céljából a gyermekekben láthatják a lehetőséget. A gyermeknemzés a cigány közösség férfiakkal kapcsolatos normáinak és elvárásainak felel meg.

Ezen eredmények azt mutatják, hogy a cigány nők gyermekvállalási szokásai mögött számos összetett tényező és életstílus áll, amelyek közül néhány az asszimilációt, míg mások a szegregációt segítik elő. A munkanélküliség és a tradicionális nemi szerepek, valamint a kultúra is szorosan kapcsolódnak a gyermekvállalási döntésekhez a cigány közösségben (Makrai 2019).

A fentiek alapján Durst Judit (2006; idézi Makrai 2019) kutatása rámutat arra, hogy a korai gyermekvállalás mögött több tényező és döntési helyzet húzódik meg a cigány közösségben:

Jelenorientált gondolkodásmód: A társadalmilag marginalizált közösségekben a fő szervezőelv a mindennapi betevő előteremtése és a nyomor elviselhetőségé tétele. A csecsemő örömforrás, és az önbecsülés növelése lehetőséget nyújt a kilátástalan helyzettel való megküzdésre.

Döntési helyzet és korlátozott lehetőségek: A korai gyermekvállalást nem feltétlenül a tanulási motiváció hiányaként, hanem inkább döntési helyzetként értelmezhetjük. A lányok az elérhető vagy nem elérhető lehetőségek alapján mérlegelnek. A tanulás sok esetben nem jelent perspektívát, és a lányok a gyermekvállalásban látják a felnőtté válás egyetlen lehetséges útját.

Önállósodás és szimbolikus tőke: A gyermekvállalás az önállósodás egyetlen lehetséges útja a csekély lehetőség miatt. A szimbolikus tőke, amely a csecsemő születésével jár, megbecsülést és értéket ad az életüknek.

Munkalehetőség hiánya és családfüggés: A munkalehetőség hiánya és a családfüggés miatt a saját család alapítása és a gyermekvállalás válik életük értelmévé. A korai gyermekvállalás ebben az élethelyzetben jelent célt és értelmet.

Kapcsolatháló hiánya és szegregáció: A települési és iskolai szegregáció miatt a kapcsolathálójuk csak hasonló sorsú cigány fiatalokra terjed ki. A hiányos kapcsolatháló és a megszokott közösség biztonsága miatt nehéz kilépni a szegregált helyzetből.

Ezek az összetett tényezők magyarázhatják, miért választják a cigány lányok (és fiúk) a korai gyermekvállalást, és miért kerülnek olyan élethelyzetbe, amelyben a gyermekvállalás tűnik az egyetlen értelmes és elérhető útnak számukra (Makrai 2019).

Az alacsony iskolai végzettség mellett a továbbtanulás akadályai nem csak a gyermekvállaláshoz kapcsolódnak, hanem a továbbtanulás mint lehetőség valószínűleg már korábban sem állt fenn valós döntési lehetőségként a családok szociális helyzete miatt. A fentiek alapján a cigány nők korai gyermekvállalását befolyásoló tényezők összetett rendszert alkotnak, amely magában foglalja az etnikai hovatartozást, az iskolai végzettséget, a családi anyagi helyzetet és a szülői gyermeknevelési célokat. A probléma összetettsége és a társadalmi egyenlőtlenségek mélysége alapján a korai iskolai lemorzsolódás megelőzését célzó intézkedéscsomagoknak szerteágazóaknak és több szintűeknek kell lenniük. Az oktatás és szociális támogatás terén végrehajtott változások mellett a szegregált közösségek integrációját is támogatni kell a társadalomban, és a sztereotípiákkal, előítéletekkel való szembenézés is fontos szerepet játszik a változás elindításában (Makrai 2019).

Mihez képest beszélhetünk korai gyermekvállalásról?

A hazai nemzetiségekhez tartozók demográfiai struktúrája jóval fiatalabb, mint az ország teljes népessége, ugyanakkor az egyes nemzetiségek között jelentős eltérések tapasztalhatók. A romák a nemzetiségek között kiemelkednek fiatal korstruktúrájukkal, hiszen 73%-uk 40 év alatti (KSH 2016). Bár a szerb, ukrán és örmény nemzetiségek is rendelkeznek fiatalabb korstruktúrával, az eltérés mértéke jóval kisebb, mint a roma közösség esetében (KSH 2016). Mivel a romák várható élettartama alacsony:

- Nem magától értetődő a jövőorientált gondolkodásmód, amennyiben kérdéses, meddig lehet/érdemes tervezni.
- Nem magától értetődő az iskolarendszerben eltöltött évekre befektetésként tekinteni.
- Eltérő lehet a gyermekvállalással kapcsolatos gondolkodásmód is, pl. nem mindegy, mikor érdemes gyermeket vállalni. Aki pedig szeretne nagyszülő lenni, annak észlelése a korai gyermekvállalás kapcsán eltérő lehet, és gyermeke esetén a korai gyermekvállalást nem érzi olyan korainak.

Ezek pedig mind elősegítik, hogy a korai gyerekvállalás felé tolódjon el részükről az első gyermek vállalása.

Szexuális neveléshez kapcsolódó jó gyakorlatok Magyarországon

A Durex Network kutatásában 1500 fiatalot kérdezett meg, és a válaszokból kiderült, hogy a magyar fiatalok 97%-a elégedetlen a kapott szexuális neveléssel. Hiányolták, hogy több szó essen a párkapcsolatokról, érzelmekről, nemi szerepekről (Kolonits & Tárkányi, 2010). Számos olyan programmal találkozhatunk Magyarországon, amelyek a szexuális nevelésre fókuszálnak, és amelyek az új törvény megjelenése előtt még könnyebben bejutottak az iskolák falain belülre.

A teljesség igénye nélkül íme néhány program, amelyekből láthatjuk, hogy a téma mennyire sokrétűen megragadható, feldolgozható:

My Feirtility Matters (MFM)-Projekt Ciklus-show^{49,50}

A program Németországban indult, de hazánkban is vannak, akik foglalkoznak vele (Családi Életre nevelés program keretén belül). Egy drámapedagógiai jellegű felvilágosító foglalkozás kiskamasz lányoknak. Az Európai Unió által „Best Practice” díjjal elismert program.

Az ötórás esemény célja, hogy a lányok egy fantáziadús drámai játékon keresztül megértsék saját testük folyamatait, és pozitív attitűdöt alakítsanak ki testük működése iránt.

„Boldogabb családokért”[®] Családi Életre Nevelés (CSÉN) Program

A családi életre nevelés jegyében felkészítő foglalkozásokat „család-órák”-at lehet kérni 7-24 éves korú gyermekek, fiatalok számára. Az órák páros vezetéssel zajlanak. A program szélesebb körű célcsoportja a gyermekneveléssel és fiatalokkal foglalkozó szakemberek, valamint a szülők.

A Károli Gáspár Református Egyetem 2012-ben akkreditálta a Családi életre nevelés 40 órás képzést.

Több kiadvány is megjelent:

„Boldogabb családokért iskolai program” 2003

„Családi életre nevelés az oktatásban” 2005

Dr. med. Elisabeth Raith-Paula: „Was ist los in meinem Körper?” könyv fordítása magyarra: „Élő adás a testemből” 2006

„Boldogabb családokért”[®] CSÉN módszertani elektronikus anyag

49 <https://anya-lanya.hu/ciklus-show/>

50 <https://mfm-projekt.hu/ciklus-show/>

A-HA! Szexuális és Mentálhigiénés Felvilágosító program⁵¹ Az A-HA! magyarországi program 2003 óta foglalkozik a 13-18 éves korosztály szexuális felvilágosításával, különféle kommunikációs csatornákon keresztül. Négy irányból közelítenek a témához:

1. irány: Előadás a suliban
2. irány: Jöhet a meNET
3. irány: Játék
4. irány: Kiadványok

Hintalovon Alapítvány: Felvilágosítás A szülőket támogatja meg a szexuális nevelésben. 3000 Ft-os adomány fejében érhető el az információ.

– szexedukáció szülőknek
– 10 napos e-mail-kurzus⁵²

Témák, amelyekkel foglalkozik a kurzus:

- Felvilágosítás vagy szexuális edukáció?
- Zavarba ejtő kérdések – Izé, csúnya, micsoda, az – mi a baj ezekkel a kifejezésekkel?
- Kapcsolat a testünkkel: szükségletek, határok – a nem az nemet jelent!
- A szülői minta fontossága
- Mi van, ha nem tudok válaszolni? Jó titok, rossz titok.
- Az egészséges szexualitás sarokpontjai
- Gyakorlati tippek, ajánlók

Nők A Nőkért Egyesület (NANE) – Együtt egyenlően prevenció program⁵³ Ifjúsággal dolgozó szakembereknek nyújtanak segítséget abban, hogy hogyan lehet a szexualitásról és a családon vagy párkapcsolaton belüli erőszakról beszélgetni.

Interaktív feladatokkal és kivetíthető, nyomtatható segédanyagokkal adnak módszertani segítséganyagot hat témakörben.

Fiatalok az Élet Küszöbén (FÉK) – FÉK Oktatási Program⁵⁴ Célja elsősorban a középiskolás fiatalok „egészséges felnőtté” válásának segítése.

Tematika:

- Önismeret, szexualitás (SZTB, különösen a HIV-fertőzés kockázata).
- Emberi kapcsolatok (barátságok, várakozás az igazi társra, felkészülés a szülői szerepre).
- Az élet és a szülővé válás
- Célok és motivációk
- Drog, mint veszélyforrás

51 https://sznptt.hu/akt/a_ha.htm

52 https://hintalovon.hu/termek/felvilagositas_szexedukacio_szuloknek_10_napos_email_kurzus/

53 <https://nane.hu/szakembereknek/egyuttgyenloen/>

54 <https://fek.hu/a-fek-program-celja/>

Lemorzsolódás csökkentése a Szekszárdi Szakképzési Centrum tagintézményeiben nevezetű projekt keretén belül – Drogprevenációs, egészség-megőrző, mentálhigiénés, szexuális felvilágosító program⁵⁵

2018 és 2021 között a Szekszárdi Szakképzési Centrum tagintézményeiben iskolai előadások és tanórán belüli osztályfőnöki órák keretében valósult meg a szexuális felvilágosítás több más téma mellett (pl. társas együttélésből adódó konfliktusok, úgy mint mobbing, vagy iskolai kiközösítés (internetes)zaklatás, biztonságos éjszakai élet, szórakozás stb.)

A roma nők körében megmozdulások is indultak, az őket ért negatív tapasztalatok miatt. Példának okáért az Éljen soká Regina!⁵⁶ autoetnografikus dokumentarista színdarab a szomolyai roma nők egészségügyi ellátórendszerben tapasztalt negatív élményeit jeleníti meg, amelyben a düh és csalódottság érzései vegyesen keverednek. A megtörtént eseteken alapuló darabban szó esik arról, hogy egyes roma nők saját testük feletti önrendelkezését miként sértették meg. Az érintett szomolyai nők fejig emelt szoknyával tiltakoztak a történetek ellen.

Amikor a romák nem teljesítenek jól, akkor sok esetben a magyarországi szociálpolitikai, oktatási rendszer nem teljesít jól.

A KSH legfrissebb, 2022-es népszámlálási adataiban Magyarországon 209.909 fő vallotta magát romának. Ehhez azonban hozzá kell tenni, hogy a nemzetiséghez tartozó kérdésekre 1.086.223 fő nem válaszolt. Vajon miért? Egy korábbi kutatásában a Debreceni Egyetem a cigányok számát 2010-2013 között kb. 876.000 főre becsülte. Magyarországon a kisebbségben lévők közül sokan nem érzik biztonságosnak felvállalni a nemzetiségi hovatartozást. Néhányan csak akkor teszik meg, ha ebből valamilyen előnyt tudnak kovácsolni. A fentiek fényében kijelenthető, hogy ma az országban nem kedvező a cigányok megítélése.

Azáltal, hogy a korai iskolaelhagyást várható eseményként kezelik a romák esetében, a Pygmalion-effektus (önbeteljesítő jóslat) tényleges iskolai lemorzsolódást is eredményezhet (Cserné, 2003). A pedagógusok és a külső környezet

55 <https://magyarlaszlo.tmszc.hu/drogprevenacios-egeszseg-megorzo-mentalhigienes-szexualis-felvilagosito-program>

56 https://trafo.hu/programok/eljen_soka_regina

romákhoz való hozzáállása azért is fontos, mert a megelőzésre kevesebb hangsúly fordítódik, ha az iskolai lemorzsolódást valaminek egy lehetséges következményének tekintjük. Minél természetesebbnek kezelik ezt az életutat, annál kevesebb elszántság mutatkozik a beavatkozásra. Mindez pedig a romák jövőkép vízióira is rányomja a bélyegét. Még aki érzi is a szükségességét az oktatási rendszerben maradásnak, ő is legitimálva érzi a társadalmi megítélés miatt ennek elhagyását. Ha kevés az olyan roma, aki végzett, el tud helyezkedni, megfelelő körülményeket tud biztosítani saját maga és a családja számára, az a társadalomnak mintegy önigazolás lehet: „tényleg buták a romák és tényleg nem akarnak dolgozni”. Ezt még akkor is így lehet gondolni, ha a komplex okokat nézve rá kell jönnünk arra, hogy sokan nem jutnak megfelelő minőségű oktatáshoz, nem motiváltak, és a munka világában is mind a mai napig találkozhatnak diszkriminációval. Kertesi Gábor és Kézdi Gábor 2012-ben a magyar kompetenciamérések (olvasás-szövegértés, matematika) eredményeit vizsgálták, országos mintán hasonlították össze 8. osztályos roma és nem roma fiatalok eredményeit. Ugyanakkora különbséget találtak a roma és nem roma diákok között, mint amekkora különbséget mértek a kutatók az 1980-as években az Egyesült Államokban a hasonló korú fehér és afroamerikai diákok között.

A lemaradás mögött nem etnikai sajátosságokat, hanem társadalmi összetételbeli (jövedelmi, lakóhelyi, iskolázottsági) okokat jelenítették meg a kutatók:

- Olyan környezethez, amely a készségüket segítené, fejlesztené nem vagy kevésbé férnek hozzá (az otthoni környezetben nem rendelkeznek megfelelő erőforrásokkal, mindez pedig hatással van a családi nevelésre is).
- Egészségi állapotuk rosszabb, mint a nem roma diákoké.
- Hátrányosabb számukra az iskolai környezet is (rosszabb minőségű oktatás).

Az alacsony társadalmi státusz mellett az etnikai szegregáció is befolyásolja a roma tanulók iskolai pályafutását. Magyarországon nincs hosszútávú rendszerszintű program a korai iskolaelhagyók visszaintegrálására.

Közvetlenül a romákra ható jó gyakorlatok az iskolai lemorzsolódás megelőzésében

Vannak különféle ösztöndíj programok, amelyek anyagilag is segítik a roma tehetségek kibontakozását. Ugyanakkor az ösztöndíj programhoz kapcsolódóan olykor kapnak mentorálási segítséget is, de ezen ösztöndíjak legfőbb értéke, hogy figyelnek a diákokra (pl. Útravaló Ösztöndíj, Arany János Tehetséggondozó Program stb.). Részt vehetnek fizetett szakképzésben is roma

fiatalok, amely szintén ösztöndíjat jelent számukra (általános szakképzési ösztöndíj). A felsőoktatásban többletpontot kaphatnak a hátrányos helyzetű tanulók, amely hasznos lehet a hátrányos helyzetű roma fiatalok számára is. Illetve nem elvitatható, sőt, nagyon is jelentős a jó példával előljáró elkötelezett pedagógusok szerepe.

Országos szinten elérhető programok romák számára

Alapfokú oktatás	Tanítsunk Magyarország mentorprogram (7-8. osztályosakat mentorálnak diákok, pályaorientációs támogatás stb.) Snétberger Alapítvány (kurzusok, workshopok biztosítása, tehetséggondozás stb.)
Középfokú oktatás	Arany János Tehetséggondozó Program, Arany János Kollégiumi Program (mentorálás, korrepetálás, tehetséggondozás, utazási támogatás stb.) Romaversitas Alapítvány Irány az egyetem! programja (mentori támogatás, képzési programban való részvétel, pályaorientációs támogatás, tanulmányi segítségnyújtás, ösztöndíj stb.)
Felsőoktatás	Romaversitas Alapítvány fiatal felnőtteknek szóló programjai (képzési programban való részvétel, gyakornoki lehetőségek biztosítása, mentori segítségnyújtás, kutatói ösztöndíj stb.) Keresztény Roma Szakkollégiumi Hálózat, Roma Szakkollégiumok (képzések, ösztöndíj, mentori támogatás, gyakornoki program lehetőségek biztosítása stb.)

Konklúzió

Olyan előítéletekkel és sztereotípiákkal találkozhatunk a mai Magyarországon, amely a többség és a roma kisebbség között növeli a társadalmi távolságot.

Sokan kulturális elemként tekintenek a cigánysággal kapcsolatban olyan egyéni jellemzőkre, melyeknek a roma kultúrához nincs köze. Általánosítanak az egyedileg tapasztalt dolgokkal kapcsolatban a cigányságra nézve. Előfordul, hogy akár feszültségevezetesként használják a roma kisebbséget például olyan problémák miatt is, amelyek a magyar állam által fenntartott rendszerek nem megfelelő működéséből fakadó problémáknak tekinthetőek. Így pedig sok feszültség keletkezik, és a valódi problémák megoldása egyre kevésbé kerül fókuszba. A cigányok sztereotipizálása pedig a romák kirekesztődéséhez vezet.

Idegenként tekintenek sokan a cigányokra, mivel az oktatásban nem, vagy csak kevés szó esik a cigányok történelméről és kultúrájáról. A médiából többnyire

sztereotípiákat tükröző megnyilvánulásokat hallunk, vagy ezek kidomborítását elősegítő műsorokat látunk, illetőleg a politikai diskurzusok sem kedveznek a cigányok megítélésének hazánkban. Az együttnevelés roma és nem roma között sok esetben a szegregáció miatt sem tud megvalósulni (félelemből a szülők máshova viszik a gyermekeiket, a cigányok pedig maradnak egy iskolában). A pozitív példák pedig többnyire a „kivételt” erősítő diskurzusokban jelennek meg („Te más vagy, mint a többi cigány. Te a kivételt képezed.”), ha egyáltalán megjelennek.

A roma és nem roma fiatalok szexuális nevelésében alapvető hiányosságok mutatkoznak, amelyeket jó gyakorlatokkal lehet feloldani, ha bekerülhetnek az iskola falain belülre. Ezek pedig képesek lehetnek segíteni – a sok családban előforduló szexuális tabuk ellenére is – az információkhoz való hozzájutás mellett a szexuális kultúra kialakításában, illetőleg a téves információk és hiedelmek káros hatásainak mérséklésében is.

Nőgyógyászati kórképekkel küzdő roma nők és lányok interszekcionális tapasztalatai

Csikós Marina

Csikós Marina magyarországi roma feminista, elkötelezett a nemek közötti egyenlőség mellett. A Közép-Európai Egyetemen Critical Gender Studies mesterképzést végzett, kutatásait az interszekcionális diszkriminációra és a feminista tudástermelésre összpontosítva. Marina európai kormányközi intézményekkel, alapítványokkal, civil társadalmi szervezetekkel és művészeti intézményekkel együttműködve erősíti a feminista értékeket és az interszekcionális perspektívákat. Küldetése, hogy szembeszálljon a BIPOC (black, indigenous, and other people of color) nőket és lányokat ért diszkriminációval és elnyomással, valamint előmozdítsa a társadalmi sokszínűséget és a befogadást.

Bevezetés

A kutatás célja

A kutatás célja a menstruációval összeköthető, nőgyógyászati betegségeket átélt, roma származású nők és lányok interszekcionális tapasztalatainak feltárása és megértése. A kutatás rövid áttekintést ad a menstruációs szegénység és roma nők/lányok kapcsolatáról, és annak nőgyógyászati betegségekkel való összefüggéseiről. A kutatás továbbá specifikusan vizsgálja azt, hogy a nőgyógyászati betegségekkel (PCOS, endometriózis, és PMS) küzdő roma nők és lányok hogyan élik/élték meg a betegségeiket és annak kezelését. A kutatás különös figyelmet fordít arra, hogy az interszekcionális diszkrimináció hogyan befolyásolja a roma nők és lányok aluldiagnosztizálását és alapvetően a nőgyógyászati kezelésekkel kapcsolatos tapasztalataikat. Annak érdekében, hogy minél átfogóbb képet kaphassunk a roma nőkről, tapasztalataikat mélyinterjúk segítségével tártam fel.

A nőgyógyászati betegségek sajnos még a mai napig kevésbé kutatottak, mint más (férfiakat is érintő) orvosi területek és betegségek (Hudson 2021). A roma nőket nemcsak a női mivoltuk miatt érik hátrányok és küzdelmek a személyközi

és rendszerszintű társadalmi viszonyokban, hanem a hosszú évszázadok óta tartó romák elleni rasszizmus mechanizmusaival is szembesülnek. Ez az interszekcionális elnyomás (ami kiegészülhet még kor, anyagi helyzet, szexuális orientáció, földrajzi helyzet stb. okozta hátrányokkal is) okozza azt, hogy a roma nők és lányok tapasztalatai sajnos még a meglévő korlátozott kutatásokban is csak minimális szinten vannak jelen.

A terület alulkutatottságának lehetséges okai

A roma nők és lányok szexuális és reprodukciós egészségéről sajnos csak korlátozottan születtek kutatások a hazai, illetve a nemzetközi szakirodalomban. Mivel a szexuális és reprodukciós egészség kulcsfontosságú ahhoz, hogy az egyén kiegyensúlyozott és fájdalommentes életet élhessen, nagyon fontos az is, hogy ezen a területen is több kutatás szülessen. Annak érdekében, hogy megértsük és tenni tudjunk a szexuális és reprodukciós egészséghez kapcsolódó problémák ellen, fontos megvizsgálunk a társadalmi egyenlőtlenségből adódó kihívásokat.

Az egyik tényező, ami befolyásolja azt, hogy kevés roma nőket és lányokat érintő kutatás van jelen az irodalomban az az, hogy nem roma akadémikusok hosszú évekig „uralták” a romákról szóló tudásgyarapítást. A Gypsy Lore Society, és hasonló (többségében nem roma) akadémiai társaságok és egyének újratermelték a rasszista és orientalista dialógusokat, amik sajnos nem sokat segítettek a romák alapvető rossz társadalmi helyzetén (Selling 2018). A Gypsy Lore Society-hez hasonló nem roma akadémikusok hosszú évekig döntöttek el, hogy mik azok a tudományos és társadalmi területek, amelyekre az emberi és pénzübeli források koncentrálódjanak. Ilyen tudományterület volt a kultúra és történelem (Gypsy Lore Society 2023). Annak ellenére, hogy már 2007-ben a nemzetközi Roma Női Jogi Konferencián (Council of Europe 2007) is kulcsfontosságú helyet kapott a roma nőket érintő egészségügyi diszkrimináció és kényszersterilizálás, a roma nőket érintő problémák kapcsán azóta is hiányos a tudástermelés és közbeszéd. Tehát ahhoz, hogy minél több roma nőkre fókuszáló kutatás jelenjen meg, elengedhetetlen az, hogy a roma női kutatók és szakemberek nagyobb teret és támogatást kapjanak.

Azonban a diskurzusokból és kutatásokból való kirekesztés csak az egyik „tünete” azoknak az összetett, marginalizáló mechanizmusoknak és folyamatoknak, amelyek a roma nőket érintik. Az interszekcionális diszkrimináció nem csak hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi tudományterületen a roma nők és lányok tapasztalatai alig vannak jelen, de azt is befolyásolja, hogyan élnek meg a szexuális és reprodukciós egészségüket.

Az interszekcionalitás koncepciója már Kimberlé Crenshaw előtt is megfogalmazódott főleg az amerikai fekete és latina feministák között. Olyan feminista írók és emberjogi aktivisták, mint bell hooks, Gloria Anzaldúa és Audre Lorde, már az 1970-80-as években foglalkoztak azzal, hogy az osztályhelyzetből, etnikai hovatartozásból, szexuális orientációból eredő elnyomások hogyan befolyásolják a színesbőrű nők és LGBTQ emberek életét és társadalmi helyzetét. Azonban az interszekcionalitás definícióját Kimberlé Crenshaw 1989-es cikke (Crenshaw 1989) tette világhírűvé, ami nagyban hozzájárult ahhoz, hogy mára egyre több kutató, emberjogi szervezet és intézmény is használja ezt az elméleti keretet és módszertant.

Az interszekcionális diszkrimináció lencséjén keresztül elemezhetjük azt, hogy a több, különböző elnyomást elszenvedő társadalmi csoporthoz tartozó egyének tapasztalatait hogyan alakítja az összetett diszkrimináció, ahogy a roma nőket és lányokat is. Ennek ellenére – ahogyan Kóczé Angéla (2009), roma származású akadémikus is kihangsúlyozza – sajnos az interszekcionalitás módszertana kevésbé van jelen a roma nőket érintő kutatásokban és állami rendelkezésekben. Mi sem demonstrálja jobban ezt az állítást mint az, hogy az egyik legmeghatározóbb magyarországi romákat érintő állami stratégiában, az ún. Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia 2030-ban az „interszekcionalitás” vagy akár a „többszörös diszkrimináció”⁵⁷ meg sem jelenik. Ahogyan korábbi munkámban (Csikós 2022) már megfogalmaztam: amíg az interszekcionalitás módszertanát nem használjuk a roma nőket és lányokat érintő egészségügyi és más állami intézkedések megalkotásában, addig sajnos hiányos és téves törvények és intézkedések fognak megalkotásra és végrehajtásra kerülni. Tehát ezen kutatás sikeressége érdekében, a roma nők és lányok tapasztalatainak lehető legközelebbi megértéséhez, az interszekcionalitás és az interszekcionális diszkrimináció keretrendszerét alkalmaztam.

Egészségügyi különbségek a roma és nem roma nők között

Mielőtt kitérünk a menstruációval összeköthető nőgyógyászati betegségekre, fontos átlátnunk az általános különbségeket a roma és nem roma nők egészségügyi állapota között.

Az egészségügyi különbségek jelentős mértékben vannak jelen a roma és nem roma közösségek között Magyarországon. Az Európai Unió Alapjogi Ügynökségének (FRA) 2019-es jelentése (Fundamental Rights Agency 2019) azt mu-

57 Míg az interszekcionális diszkrimináció a különféle diszkriminációk egymástól elválaszthatatlan interakcióit és annak következményeit írja le, addig a többszörös diszkrimináció a különböző diszkriminációkat egymástól függetlenül kezeli.

tatja, hogy a Magyarországon élő roma nők egészségügyi problémáik miatt korlátozottabbnak érzik magukat mindennapi tevékenységeikben, mint nem roma társaik (29,3%, illetve 23%). Továbbá, a roma nők várható élettartama hozzávetőleg tíz évvel kevesebb, mint a nem roma nőké az országban. A roma nők és lányok rossz egészségi állapotának fő okai között található a magas dohányzási arány, a minőségi egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés hiánya, az egészséges táplálkozás tudatosságának és a minőségi ételeknek a hiánya, stressz stb.

A roma nők kevésbé jutnak hozzá a megfelelő nőgyógyászati ellátáshoz és kevésbé veszik figyelembe a saját egészségükkel kapcsolatos problémáikat. Ennek okai lehetnek a szegénység, valamint a rendszerszintű diszkrimináció, amely lehetetlenné teszi számukra az egészségükről való megfelelő tájékozódást és a szükséges egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést (Segregur & Segregur 2016). Továbbá az is megállapítható, hogy a magyarországi roma nők körében magasabb arányban fordulnak elő olyan egészségügyi problémák, mint például a méhnyakrák. Egy itthoni kutatás (Pakai és mtsai. 2022) rávilágított például arra, hogy a kutatásban részt vevő nők életében nagymértékben vannak jelen olyan szociális tényezők, amelyek előidézhetik, illetve súlyosbíthatják a méhnyakrák kialakulását. Ezen szociális tényezők magukban foglalhatják a rossz anyagi helyzetet, a romák elleni rendszerszintű rasszizmust, az egyént limitáló gender normákat.

Menstruációs szegénység

Annak ellenére, hogy a roma nők és lányok szexuális és reprodukciós egészségét nagyban befolyásolja az, hogy milyen gazdasági körülmények között élnek, mai napig nagyon kevés kutatás van a menstruációs szegénységről. A menstruációs egészség és szegénység fontos részét kellene képeznie a roma nők és lányok egészségéről szóló diskurzusoknak. Ahogyan azt Britta Dohmen (2023) is kifejtette Stockholmban élő roma nők menstruációs szegénységéről szóló mester szakdolgozatában: a reprodukciós egészség magában foglalja azt is, hogy a nők milyen minőségben jutnak hozzá menstruációs termékekhez, megfelelő higiénához stb. Tehát a menstruációs egészség szorosan összefügg a tisztálkodáshoz és vízhez való joggal és annak érvényesülésével. Pontosan ezért, a menstruációs egészség emberi jogi kérdés is. Ahhoz, hogy egy nő milyen minőségben tudja a menstruációs egészségét megélni és fenntartani, nagy mértékben hozzájárul az is, hogy milyen anyagi és infrastrukturális körülmények között él, milyen minőségben tud hozzájutni az ahhoz szükséges információkhoz, mennyire elérhetőek számára az egészségügyi szolgáltatások, milyen szinten kell egészségügyi diszkriminációval megküzdenie. Ezt az állás-

pontot erősítette meg az Egyesült Nemzetek Emberjogi Főbiztosa is az Emberi Jogi Tanács 50. ülésén, amikor azt mondta:

„Igazságukat kimondva és hangjukat hallatva ezek az aktivisták (feminista aktivisták) jelentősen hozzájárulnak annak egyértelművé tételéhez, hogy a nők és a lányok menstruációs tapasztalatai nem homogének, hanem olyan egymást keresztező tényezők alakítják, mint az életkor, nem, faj, fogyatékoság, gazdasági, társadalmi, migrációs és egyéb helyzet.”⁵⁸

Mi sem mutatja be jobban a Magyarországon élő nehézsorsú roma nők és lányok mindennapi nehézségeit, mint a három fiatal roma nő által készített *Nyomáscsökkentés* című amatőr dokumentumfilm⁵⁹, ami a Romédia Alapítvány Buvero Roma Női Médiatábora alatt készült. A kisfilmben láthatjuk és hallhatjuk, ahogyan egy idős roma asszonynak naponta kell a kútra járnia vízért, amit később főzéshez, mosáshoz, és tisztálkodáshoz használ fel egy egész család. A filmből megtudjuk azt is, hogy a család, illetve az utcában élők többsége is anyagi nehézségekkel küzd és a legtöbb lakásban kikötötték a vizet, számlaelmaradásra hivatkozva. Amíg a családok férfi tagjai messzebbi városokban próbálnak munkát keresni és hozzájárulni családjuk élelmiszer és egyéb költségeinek fedezéséhez, addig a nők és lányok otthon gondoskodnak a gyerekekről és önmagukról. Folyóvíz hiányában, a nőkre és lányokra marad a víz hordása, ami nagy fizikai és mentális terhet ró rájuk. Annak ellenére, hogy a dokumentumfilmben nem esik szó a nők és lányok menstruációs egészségéről, elképzelhetjük, hogyan tudnak például víz hiányában megfelelően tisztálkodni (nem csak) menstruációjuk alatt, vagy hogy miből tudják megvenni a menstruációs termékeket. Nem nehéz megállapítani, hogy ezeknek a roma nőknek és lányoknak valószínűleg a menstruációs egészséghez való joguk is sérül azáltal, hogy nyomáscsökkentőket szereltek fel a kútra. A nyomáscsökkentőkkel ellátott kutat több család is használja a környéken, így habár vízhez jutnak, a víz hordása sokkal időigényesebb és ezáltal nehezebb. A probléma súlyosságát mutatja a Roma Civil Monitor kutatása (in.: CEU 2018) is, ami kimutatta, hogy a romák biztonságos vízellátáshoz és csatornázáshoz való hozzáférése több európai országban (köztük Magyarországon is) rendszerszinten korlátozott. Tehát a kisfilmben bemutatott idős roma hölgy története sajnos nem egyedülálló, hanem egy rendszerszintű probléma része.

58 OHCHR, 2022. High Commissioner for Human Rights statement on menstrual health. <https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/high-commissioner-human-rights-statement-menstrual-health>.

59 Mundiromani, (2020). Nyomáscsökkentés (ENG sub.) https://www.youtube.com/watch?v=F_5Bk5YWtV0

A magyar Kis Bocs Baba-Mama Közhasznú Egyesület által végzett felmérés (2023) azon kevés hazai tanulmányok egyike, amely megpróbálta felmérni a menstruációs szegénység itthoni mélységeit. A „Tabuk nélkül beszéljünk és tegyünk róla, mi Nők egymás közt” programjukban 240 nő vett részt, akikkel kérdőíves felmérést folytattak. Megdöbbentő, hogy az adataik szerint a megkérdezettek 30%-át érinti a menstruációs szegénység. A kitöltők közül 57 nő papírdarabokat, 36 nő rongyokat, 20 nő pedig vattát használ betét vagy tampon alternatívájaként. A felmérés szerint a menstruációs termékek hiánya mellett nagy mértékben van jelen a szégyenérzet és az önbizalomhiány is, ami negatívan befolyásolja azt is, hogy munkába vagy iskolába menjenek menstruációs napjaikon.

Az Abcúg médiaplatformon megjelent cikk⁶⁰ is ezen tapasztalatokat erősíti meg, melyben többek között arról is szó van, hogy a hajléktalan nőknek milyen „kreatív” módszerekhez kell folyamodniuk menstruációjuk alatt. Judit, az interjúban részt vett hajléktalan nő elmondta, hogy sokszor cigarettára kéregetett pénzt az utcán, mivel úgy gondolta, hogy tamponra úgysem adna neki senki. Ez az elbeszélés is arra ad következtetést, hogy a menstruáció még mindig tabutémának számít itthon, és az emberek nem szívesen beszélnek róla. Tampon hiányában Judit WC-papírt gyűjtött össze bevásárlóközpontok mosdójában és azzal próbálta átvészelni a menstruációs napokat. Azonban sokszor átázott, ami miatt nagyon szégyellte magát. Mivel egyre több bevásárlóközpont mosdóhasználatáért kell már fizetni, ezért sajnos ez az opció is egyre több nőnek elérhetetlen. A hajléktalan nők mellett a hátrányos helyzetben élő lányoknak is sok nehézségük van a menstruációjukat illetően. Egy budapesti tanárnő elmondása szerint sok olyan diákja van, akik nehezen tudják csak megvenni a betétet, illetve a tampont, különböző tévhitek vannak a menstruációról és testük biológiai működéséről. Tehát a megfelelő higiénia hiánya a menstruáció alatt persze nem az egyetlen jele a menstruációs szegénységnek. A menstruációval kapcsolatos megfelelő információ hiánya az iskolán belüli és kívüli szociális ellátórendszerekben, a menstruációs termékek egyre növekedő ára, és nem utolsósorban a menstruációt körülvevő stigmatizálás mind hozzájárulnak a menstruációs szegénységhez, amelynek következménye többretű lehet. A nem megfelelő higiénia és a menstruációs termékek hiánya, illetve azok nem megfelelő helyettesítése különböző nőgyógyászati fertőzéseket okozhatnak, amelyek kezelése megfelelő orvosi ellátást igényel. Hozzá kell tennünk azt is, hogy a kezelésekhöz szükséges gyógyszerek megvásárlása is nehézséget jelenthet a szegény nők és lányok

60 Szilvia Z. (2019). A zokni a betét, a zsepigombóc pedig a tampon a rászoruló nőknek.

<https://abcug.hu/a-zokni-a-betet-a-zsepigomboc-pedig-a-tampon-a-raszorulo-noknek/>

számára, illetve a fertőzések újból kialakulhatnak, ha nem tudnak kilépni a menstruációs szegénységet előidéző körülményekből. Az elhúzódó fertőzések később rákhoz vagy meddőséghez is vezethetnek, ezért a gyors és alapos kezelés mindenképpen szükséges. Egy másik következménye lehet a menstruációs szegénységnek az is, hogy a lány diákok kimaradnak az iskolából. A hátrányos helyzetben élő lányok szégyellhetik magukat, mert átáznak menstruációjukkor, vagy olyan erős görcsek és fájdalmaik lehetnek, amik megakadályozzák iskolai teljesítőképességeiket. Mivel ezek a lányok nem igazán kapnak támogatást sem az iskolától, sem pedig a családjuktól a megfelelő informáltság és a menstruációs eszközökhöz való hozzáférés kapcsán, ezért nagyban ki vannak téve a későbbi egészségügyi szövődményeknek.

Amint láthatjuk, a menstruációs szegénység egy átfogó probléma, ami komplex kezdeményezéseket igényel. Nem elég az, hogy a hajléktalan nőknek menstruációs termékeket adományozunk (ami persze nagy segítség az adott hónapban), olyan szociális szolgáltatásokat is nyújtanunk kell nekik, amelyek segítségével idővel megfelelő munkához és lakhatáshoz juthatnak. A hátrányos helyzetű lányok esetében szintén nem elég, hogy az iskola például betéteket és tampont nyújt a diákoknak, de megfelelő tudást is kell nyújtani a szexuális és reprodukciós egészségről, a stigmák leküzdéséről, amibe a családokat is be kell vonni.

Menstruációhoz köthető nőgyógyászati kórképek rövid leírása

Mivel jelen kutatás terjedelme nem engedi, hogy minden nőgyógyászati kórképre kitérjek, három olyan kórképre fókuszáltam, amelyek szoros kapcsolatban állnak magával a menstruációval és a menstruációs fájdalommal. Fontos szempont volt az is, hogy olyan kórképekről beszéljünk, amelyek – habár magas számban vannak jelen a női társadalomban – nagy mértékben vannak aluldiagnosztizálva és a nőknek kevés információjuk van róluk. Így esett tehát a választás a premenstruációs szindrómára, a policisztás ovárium szindrómára és az endometriózisra.

Premenstruációs szindróma (PMS) (Ryu & Kim 2015)

A premenstruációs szindróma (PMS) sok reprodukciós korú nőt és lányt érintő állapot. A PMS bizonyos fizikai és érzelmi tünetegyüttesekre utal, ami jellegzetesen a menstruáció luteális fázisában jelenik meg, az ovuláció és a menstruáció kezdete közötti időszakban. A tünetek egyénről egyénre különbözhetnek, azonban a leggyakrabban előforduló fizikai tünetek közé tartozhat a mellérzékenységek, puffadás, fáradtság, étvágyváltozás és fejfájás.

Az érzelmi és pszichológiai PMS tünetek magukba foglalhatják a hangulati ingadozásokat, szorongást, ingerlékenységet, depressziót és zavartságot is. A PMS pontos oka vagy okai sajnos eddig még nem ismertek teljesen, de a menstruációs ciklus alatti hormonális változások nagy valószínűséggel jelentős szerepet játszhatnak benne. Pontosabban: az ösztrogén és a progeszteron, valamint az agyi vegyi anyagok, például a szerotonin változásai vélhetően hozzájárulhatnak a PMS-tünetek kialakulásához.

Policisztás petefészek szindróma (PCOS)

Az Egészségügyi Világszervezet definícióját⁶¹ követve, a policisztás petefészek szindróma (PCOS) egy gyakori hormonális állapot, amely a reprodukciós korú nőket érinti. Általában serdülőkorban kezdődik, de a tünetek idővel ingadozhatnak. A PCOS hormonális egyensúlyhiányt, rendszertelen menstruációt, túlzott androgénszintet és cisztákat okozhat a petefészekben. A rendszertelen menstruáció – általában az ovuláció hiányával – megnehezítheti a teherbeesést. A PCOS a meddőség egyik vezető oka, egy krónikus állapot, és nem gyógyítható. Néhány tünete azonban javítható életmódváltással, gyógyszerekkel és termékenységi kezelésekkel. A PCOS oka ismeretlen, de a családban előforduló vagy már 2-es típusú cukorbetegséggel rendelkező nők nagyobb kockázatnak vannak kitéve. A PCOS jelentős népegészségügyi probléma, és az egyik leggyakoribb hormonális zavar, amely a reprodukciós korú nők 8-13%-át érinti, de az esetek 70%-át nem diagnosztizálják. A PCOS aránya magasabb egyes etnikumok körében, és ezek a csoportok gyakran több szövődményt tapasztalnak, különösen az anyagcsere-problémákkal kapcsolatban (Basile 2020).

A PCOS biológiai és pszichológiai hatásai – különösen az elhízással, testképzavarral és meddőséggel kapcsolatosak – mentális egészségügyi kihívásokhoz és társadalmi megbélyegzésekhez vezethetnek. A policisztás petefészek szindróma tünetei személyenként eltérőek lehetnek, a tünetek idővel változhatnak, és gyakran egyértelmű kiváltó ok nélkül jelentkeznek. Lehetséges tünetek a következők: nehéz, hosszú, időszakos, kiszámíthatatlan vagy hiányzó menstruáció; meddőség; pattanásos vagy zsíros bőr; túlzott szőrnövekedés az arcon és/vagy a testen; hajritkulás; súlygyarapodás (különösen a has környékén). A PCOS szorongást, depressziót és negatív testképet is okozhat. Ez hatással lehet az élet más területeire, például a családra, a kapcsolatokra, a munkára és a közösségben való részvételre.

61 World Health Organization, 2023. Polycystic ovary syndrome. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome?gclid=CjwKCAiAzc2tBhA6EiwArv-i6b8m571490_2YLtAMHJpOgnSplobvyva0nWrgdpfgdckc9hPPGM7thoCxIYQAvD_BwE

Endometriózis

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) definíciójában⁶² az endometriózis olyan betegség, amelyben a méh nyálkahártyájához hasonló szövetek nőnek a méhen kívül. Erős fájdalmat okozhat a medencében, és megnehezítheti a teherbeesést. Az endometriózis az első menstruációkor kezdődhet, és a menopauzáig tart. Kialakulásának oka ismeretlen, és nincs ismert módszer a megelőzésére. Nincs gyógymód, de tünetei gyógyszerekkel, vagy esetenként műtéttel kezelhetők. Krónikus gyulladós reakciót vált ki, amely hegyszövetek (összenövések, fibrózis) kialakulásához vezethet a medencében és a test más részein. Számos léziótípust írtak le: felületes endometriózis elsősorban a medence hashártyáján található; cisztás petefészek endometriózis (endometrioma), amely a petefészekben található; mély endometriózis a végbél-hüvelyi septumban, a hólyagban és a bélben; ritka esetekben endometriórist a medencén kívül is találtak.

Az endometriózis gyakran súlyos fájdalmakat okoz, különösen a menstruációs időszak alatt. Vannak, akiknél megnehezíti a teherbeesést. Néhány endometriózisban szenvedő embernek nincsenek tünetei, de egyébként gyakori a has alsó részének (medence) fájdalma. A fájdalom a legszembetűnőbb lehet menstruáció közben, szex közben vagy után, vizeléskor vagy székletürítéskor. Ezekon a tüneteken kívül az endometriózis más fizikai, érzelmi és pszichológiai tünetekkel is együtt járhat. Ilyen lehet például a krónikus kismedencei fájdalom, erős vérzés a menstruáció alatt vagy között, puffadás vagy hányinger, fáradtság, depresszió vagy szorongás, meddőség. Az endometriózis tünetei változóak és széles körűek, ami azt jelenti, hogy az egészségügyi dolgozók nem könnyen diagnosztizálják.

Az interjúk körülményei és etikai megfontolások

A kutatás a menstruációval összeköthető, nőgyógyászati kórképekkel küzdő roma nők interszekcionális tapasztalatait hivatott feltárni. A fő kutatási kérdés tehát az volt, hogy az interszekcionális diszkrimináció hogyan befolyásolja a nőgyógyászati problémákkal küzdő roma nők tapasztalatait. A kutatás során öt fiatal roma nővel készítettem interjút, akik PCOS, PMS és/vagy endometriózisban szenvednek évek óta. Az interjúalanyok kiválasztása úgy történt, hogy a személyes Facebook platformomon közzétettem egy posztot, ahol megkértem ismerőseimet, hogy jelezzék, ha érintettként szeretné-

62 World Health Organization, 2023. Endometriosis. https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/endometriosis/?gclid=CjwKCAiAzc2tBhA6EiwArv-i6Y2b_CiBYhmNdSTDX6vAQaWiF4bFpgzf4ZYs-xaMD8k0ERTPxqzyShoCbXwQAvD_BwE

nek részt venni a kutatásban. Azért választottam a social mediát, mert a kutatási idő nem volt elég arra, hogy napokat fektessenek interjúalanyok felkutatásába. Továbbá, mivel egy érzékeny témáról van szó és személyes tapasztalatokat kellett megosztani, jobbnak láttam, ha olyan nők keresnek meg, akik saját maguk is készen állnak a betegségeikről, tapasztalataikról beszélni. A kutatás módszerének a félig strukturált interjút választottam, vagyis az előre megfogalmazott kérdések adták a beszélgetés menetét, de ha a beszélgetés azt kívánta, akkor az interjúalany történetét követtük az előre megírt kérdések helyett. Az interjúk körülbelül másfél órát vettek igénybe. A kutatásban részt vevő roma nők előre megkapták a kutatás rövid bemutatását, az interjúkérdéseket és információt arról, hogy kinek jelezhetik panaszait az interjút illetően. Mindezen információ szükséges volt ahhoz, hogy kényelmesen érezzék magukat az interjú során és a lehető legnyugodtabb módon beszéljenek személyes történeteikről.

A részt vevő roma nők és történeteik teljes anonimitást élveznek, ezért a kutatásban található nevek kitaláltak. A háttérükről a lenti táblázatban lehet több információt kapni. Fontos volt továbbá az is, hogy a beszélgetések egy nyugodt és privát környezetben történjenek meg, hiszen nagyon személyes és sokszor fájdalmas problémákról beszélgettünk. Arra is törekedtem, hogy olyan környezetet alakítsunk ki, ahol a lehető legkisebb mértékben vannak jelen hatalmi viszonyok. Számomra ez azt jelentette, hogy aktívan odafigyeltem az interjúk során és empátiával fordultam feléjük. Fontos volt számomra az is, hogy én is megemlítssem személyes tapasztalataimat ezáltal is erősítve azt, hogy nincsenek egyedül problémáikkal. Ez a már-már sisterhood⁶³ környezet segítette kialakítani egy hatalmi viszonyokra reflektáló interjúkörnyezetet. Azonban nekem mégiscsak megvolt az a privilégiumom, hogy nem kellett olyan dolgokról beszélnem, amik nagyon személyesek, hiszen alapvetően én irányítottam az interjúk menetét. Ahhoz, hogy olyan kutatásokat végezzünk, amelyek a lehető legkevésbé sértik az interjúalanyok védelmét, fontos, hogy ezekre odafigyeljünk és még az interjú előtt megtervezzük. Az interjúban résztvevők főleg olyan marginalizált nők voltak, akik betegségekkel küzdenek, és sebezhetőségüket „kockára téve” vállalták el az interjúkat, ami nem egy könnyű pszichés feladat. Nem minden nő áll készen arra, hogy hasonló problémákról beszéljen és osszon meg személyes tapasztalatokat, ezért ezt is figyelembe kell vennünk és tisztelettel kell hozzájuk fordulnunk.

63 Nők közötti testvériség

Név	Kor	Legmagasabb iskolai végzettség	Régi és új lakóhely	Kórkép
Anna	24	Középiskolai érettségi	Budapest, Budapest	PCOS
Beáta	28	Egyetemi mester szak	Budapest, Budapest	PCOS
Csilla	33	Egyetemi alap szak	Vidéki falu, Budapest	PMS
Dóra	30	Egyetemi doktori szak	Vidéki falu, Budapest	PCOS
Eszter	30	Egyetemi mester szak	Vidéki falu, Budapest	Endometriózis

Táblázat 1 - Az interjúban részt vevő roma nők háttere kitalált nevekkal

Következtetések az interjúkból

Korai tünetek - kései diagnosztizálás

Az interjúban részt vevő roma nők történeteiből kiderült, hogy mindannyian már az első vagy második menstruáció alkalmával tapasztaltak erős alhasi és görcsös fájdalmakat. Azt is meg kell említeni, hogy mindannyian elég fiatalon, 9-12 éves korukban kezdtek menstruálni. Ahogyan az a kórképek leírásánál is ki volt emelve, az erős menstruációs görcsök és fájdalmak az első meghatározó, jósló jelei lehetnek az endometriózis vagy PCOS kialakulásának. A roma nők azt is elmondták, hogy mivel sok információjuk nem volt a menstruációról és arról, hogy mik a „normálisnak” mondható tünetek, a fájdalom jelenlétét sem kérdőjelezték meg vagy következtettek akár nőgyógyászati problémára még fiatalabb korukban. Dóra azt is elmondta, hogy habár nagyon korán megjelentek nála az erős menstruációs görcsök, mivel fiatal volt, valószínűleg sokkal jobban viselte a fájdalmat, mint később. Míg Dórát 19 éves korában diagnosztizáltak PCOS-sel és már akkor megkezdték a kezelését, a többi roma nőnek sajnos nem volt ilyen szerencséje. Beátát mesterszakos éve alatt, Csillát 25 évesen, Esztert pedig 28 évesen diagnosztizálták. A kései diagnosztizálás okai szorosan összefüggenek többek között azzal is, hogy egy interjúalanyt kivéve a többi roma nő nem magánnőgyógyászhoz ment el első vagy akár sokadik orvosi látogatásuk alkalmával. Dóra elmondta, hogy apja rossz orvosi tapasztalatai után döntött úgy, hogy ő csakis magán nőgyógyászhoz fog elmenni, ahol azt remélte, hogy minőségibb és lehetőleg rasszizmustól mentes szolgáltatást fog kapni. A többi roma nő elmondta, hogy sajnos instabil pénzügyi helyzetük miatt családjuk nem engedhette meg magának, hogy elvigyék őket magánorvoshoz. Az orvosok növekvő hiánya mellett az egyre romló kórházi infrastruktúra is megnehezíti azt, hogy a betegek (főleg, akik már eleve többszörös diszkriminációval szembesülnek) megfelelő egészségügyi szolgáltatáshoz jussanak. Egy másik fontos tényező, ami közrejátszik a kései diagnosztizálásban, az a menstruáció körüli tabuk és információszegénység.

Menstruáció körüli információszegénység és tabuk

Ahogy azt már korábban írtam, a menstruációs szegénységgel küzdő nők számos egészségügyi veszélynek vannak kitéve. Ilyen lehet például a fertőzések kialakulása, egészségromlás stb. Azonban a menstruációs termékek hiánya és a nem megfelelő női higiénia mellett az információszegénység és a menstruáció körüli tabuk is nagymértékben befolyásolják a nők, és leginkább a roma nők és lányok életét. Annak ellenére, hogy a részt vevő roma nők egyike sem említette, hogy túl nagy gondot jelentett volna számukra vagy családjuk számára a betét/tampon megvásárlása vagy a megfelelő női higiénia fenntartása, azt mindannyian elmondták, hogy a menstruációról szinte semmilyen, vagy nagyon limitált információik voltak fiatalfelőtt korukig. Az általános vagy középiskolai éveik alatt egy-két védőnői látogatáson kívül mástól információt nem igazán kaptak a menstruációról vagy annak biológiai hatásairól. Ami a családjukat illeti, érdekes dolgokat mondtak el a nők.

Anna például azt mesélte, hogy első menstruációjakor édesanyja egy hiedelemből megpaskolta az arcát, hogy ne legyen sápadt a vérvesztés miatt. Azonban a betét behelyezésén kívül semmilyen más információt nem kapott az édesanyjától vagy mástól. Így tehát annak ellenére, hogy nagyon erős menstruációs fájdalmai voltak az évek során és még kórházba is be kellett őt vinni párszor emiatt, a problémája nem igazán volt megvitatva a családon belül. Ezt Anna a menstruációt és a női szexualitást körülvevő tabukkal magyarázta.

Beáta esetében az első menstruáció alkalmával ő nem is jelezte a szülei felé, hogy elkezdte a menstruációját. Édesapjával élt, akivel erről soha nem beszélt és elmondása szerint maga sem tudta, hogy mi történik a testével. A második menstruáció alkalmával viszont édesapja elhívta a volt feleségét (Beáta édesanyját) és annak nővérét, hogy együtt vitassák meg a teendőket.

Eszter esetében édesanyja bibliai történettel válaszolt arra a kérdésre, hogy vajon miért kell a nőknek véreznie: azt mondta, mivel Éva az Édenkertben megszegte a szabályokat és ellenszegült Istennek, Isten vérzéssel és fájdalommal sújtotta Évát, és ezzel párhuzamosan a nőket is. Eszter, mivel nem volt vallásos és már korán kialakult benne a női jogokért való elköteleződés és felszólalás, ezt nem hitte el. Úgy gondolta, hogy a nők semmivel sem követnek el több bűnt az életben, mint a férfiak, és ha Isten létezik is, miért sújtaná őket fájdalommal és szenvedéssel. Ennek köszönhetően már korán elkezdte érdekelni, hogy mégis mi állhat a menstruáció biológiai háttere mögött, és az internet segítségével kezdett el tájékozódni.

Amit ezekből a történetekből levonhatunk következtetésként az az, hogy a szexizmus által kialakított és fenntartott tabuk a női szexualitás és test körül

erősen jelen vannak a nők életében. A legtöbb fiatal lány nem kap megfelelő információt arról, hogy hogyan működik a teste, mikor és milyen körülmények között várhatja első menstruációját. Tehát nincsenek felkészülve arra, hogyan kell a menstruációs egészségüket fenntartaniuk, hogyan táplálkozzanak és milyen életmódbeli tényezőkre figyeljenek oda, és legfőképpen mikor forduljanak orvoshoz menstruációs görcsök, fájdalmak, gyomorproblémák stb. esetén. Azt viszont elképzelhetjük, hogy az információszegénység és az az okozta problémák és negatív következményei miatt a mélyszegénységben élő roma nők sokkal kiszolgáltatottabb és nehezebb helyzetben vannak.

Nőgyógyászati élmények

A nőgyógyászati élmények és az ott tapasztalt diszkrimináció nagy hatással vannak arra, hogy a roma nők hogyan élik meg kórképeik lefolyását és annak kezelését. Az interjúk során kiderült, hogy ötből 4 megkérdezett nő állami nőgyógyászokhoz járt eleinte, ahol egyikük sem tapasztalt direkt rasszizmust. Azonban a történetekből az is kiderült, hogy habár nyíltan egyik nőgyógyász sem tett sértő megjegyzéseket a cigányságra és a roma nők identitására, azonban a rejtett rasszizmus jelen volt. A következő tapasztalatokról meséltek: Esztert megkérdezték az első vizsgálat alkalmával, hogy szed-e fogamzásgátlót, azt válaszolta, hogy nem, amire az orvosnak nem tetsző arckifejezése volt és azt kérdezte tőle, hogy „Maguknál nem szoktak fogamzásgátlót használni?”. Ez arra a rasszizmuson alapuló tévhitre utal, hogy a cigány nők azért nem foglalkoznak a fogamzásgátlással, mert szeretnek gyereket szülni.

Dóra elmondta, hogy habár magánorvosa mindig is nagyon kedves volt hozzá, amikor elküldte egy vérvételre, neki is szembesülnie kellett azzal, hogy milyen rasszista bánásmóddal és megjegyzésekkel kell egy kevésbé szerencsés cigány nőnek megküzdnie az egészségügyben. Elmondása szerint, amikor az állami kórházban várt a vérvételre, a nővérek ellenségesen viselkedtek vele és kérdezték, hogy mégis miért van a nőgyógyászati osztályon és hogy terhes-e. Mindeközben Dóra úgy érezte, hogy megvetően néznek rá és „úgy kezelik, mint a véres rongyot”. Amikor azonban válaszolt a kérdéseikre és elmondta, hogy fogamzásgátlóhoz kell a vérvétel, az emberek meglepődtek.

Az egészségügyben jelen lévő rasszizmus sajnos roma nők és lányok ezreit keseríti meg és befolyásolja azt is, hogy a későbbiekben hajlandó lesz-e orvoshoz fordulni, ha PCOS, endometriózis vagy PMS tünetei rosszabbodnak. Annak ellenére, hogy az orvos vagy a nővérek nyíltan nem cigányoznak és nem tesznek pejoratív megjegyzéseket a roma női páciensekre, a diszkrimináció főleg az információ átadásakor, a roma női páciensek érzelmeire való odafigyelésnél, a megfelelő orvosi kezelésnél, és a megfelelő infrastruktúrák bizto-

sításánál jelentkezhethet. Utóbbira példa az is, hogy Dóra szegregált kórteremben került elhelyezésre, amikor a PCOS műtétét végezték 17 évesen. Elmondása szerint akkoriban még nem tudta mit jelent az egészségügyi diszkrimináció és csak később, tanulmányai és aktivizmusa hatására realizálta, hogy vajon miért helyezték egy kizárólag roma nőkkel teli kórterembe. Dóra azt is elmondta, hogy többször volt gond a kórteremben a tisztasággal, mivel a nővérek nem igazán takarították a fürdőt és a kórtermet, így neki kellett műtét után többször is takarítania a fürdőszobát. Továbbá, többször kellett segítséget kérnie a nővérektől, hogy meg is kapja azt.

A rasszizmuson kívül a szexizmus is mai napig jelen van a nőgyógyászatban. Ahogyan az már korábban említésre került, a menstruáció és női test körüli tabuk nagyban hozzájárulnak az információhiányhoz és a menstruációval összeköthető kórképek kései diagnosztizálásához. Az interjúalanyok mindegyike elmondta, hogy amikor megemlítették a nőgyógyásznak, hogy erős menstruációs görcsökkel és fájdalmakkal küzdenek, a nőgyógyászok mindegyike azt mondta, hogy ez teljesen normális és a nővé válás természetes velejárója.

Csillának például azt mondta férfi orvosa, hogy ha már szült volna (az akkoriban 26 éves nő), akkor nem panaszkodna erős fájdalokra. A fájdalom elbagatellizálása mellett az is többször elhangzott, hogy a roma nők nem érezték úgy, hogy a nőgyógyászok megértik őket és együttérzést mutatnak feléjük. Ami azért lenne fontos, mert a nők évszázadokon át úgy voltak szocializálva, hogy az ő fájdalmaik jelentéktelenek és valószínűleg csak a „női hisztéria” állhat a panaszok hátterében (Borgos 2017). Azonban ahogyan azt a kórképek leírásánál kiemeltem, a fokozott fejfájás, gyomorpanaszok, erős alhasi görcsök, depresszió, hangulatingadozások, a hormonális egyensúly felbomlása miatt alakulhatnak ki a PCOS, endometriózis és egyéb kórképek. Tehát amikor egy nő hasonló panaszokkal fordul orvosához és egyértelműen kifejezi panaszait, az orvosnak elviekben gyanakodnia kellene a betegség(ek)re vagy legalább további vizsgálatokat kellene végrehajtania. Azonban az esetek túlnyomó részében a PCOS-sel, endometriózissal és PMS-szel küzdő nők csak hosszú évek után kapnak diagnózist.

Drága kezelések és pénzügyi kihívások

Azt már korábban is említettük, hogy a roma nők egyike sem számolt be arról, hogy gondot jelentett volna számukra a menstruációs termékek megvásárlása. Azonban amikor magánorvosi kezelésre került a sor, csakis Dóra volt az, aki elmondta, hogy ha nehézkesen is de saját magának kifizette a magánorvost 19 évesen. A többi roma nő viszont arról számolt be, hogy a

több éves nem túl kellemes és hatásos állami nőgyógyászati kezelések után döntöttek csak úgy, hogy magánorvoshoz fordulnak. Ez főként akkor alakult így, amikor elkezdtek dolgozni és jobban önállósodni a családjuktól. Így amikor tüneteik továbbra is fennálltak vagy erősödtek, úgy döntöttek, hogy kifizetik a magánorvosi rendeléseket. Azonban ezek az orvosi költségek sokszor másféle megszorításokkal jártak, amiket előfordult, hogy csak nehezen tudtak kezelni. Habár az interjúalanyok nagyrésze felsőfokú egyetemi végzettséggel rendelkezik és nincsenek nagy problémáik a mindennapi pénzügyi helyzetüket illetően, a magánorvosi rendelések és különböző vizsgálatok magas árai, a megfelelő diétás ételek és ételrendkiegészítők beszerzése időnként nagy terhet jelentenek számukra. A PCOS és az endometriózis kezeléséhez a legtöbb esetben speciális étrendet kell követni (sokan ajánlanak gluténmentes és/vagy vegán étrendet), ami mai napig drágább és nehezebben beszerezhető, mint a normál élelmiszerek. Az osztálybeli különbségek és a pénzügyi helyzet is nagymértékben hozzájárulnak az interszekcionális diszkriminációhoz és az abból adódó nehézségek megtapasztalásához.

Ahogy korábban is szó volt róla, az interszekcionális diszkriminációt nem csak a rasszizmus, szexizmus, osztálybeli elnyomások befolyásolhatják, hanem az életkor, földrajzi helyzet és politikai ideológia is. Annak érdekében, hogy ezekre a területekre is betekintést nyerjünk, az interjúalanyokat arra is megkértem, hogy beszéljenek utazási és infrastrukturális tapasztalataikról, illetve, hogy fiatal koruk miatt hogyan érte őket diszkrimináció.

Földrajzi elszigeteltségből adódó nehézségek

Dóra és Eszter elmondta, hogy mivel ők vidéken laktak, földrajzilag is sokkal nehezebb volt a glutén, illetve vegán élelmiszereket beszerezni, így nehéz volt számukra betartani a speciális étrendet, ami néha a PCOS és endometriózis okozta gyomorproblémákat rontotta. Azt is elmondták, hogy lakóhelyükön nem volt kórház, így sokszor kellett hosszú utat bejárniuk ahhoz, hogy a nőgyógyászati vizsgálatokon jelen tudjanak lenni. Ez sokszor stresszel is járt, mivel, lakóhelyükön nem igazán volt megbízható és rendszeres tömegközlekedés. Ma már azonban mindketten a fővárosban élnek, így ez a probléma már őket nem érinti, nők millióit azonban igen, akiknek gyakori stresszes helyzeteket és anyagi gondokat jelent az, hogy rendszeres nőgyógyászati vizsgálatokon és kezeléseken vegyenek részt. A másik három interjúalany a fővárosban vagy kisebb vidéki városban nőtt fel, ahol nem jelentett gondot a kórházak vagy a speciális étrendű boltok megközelítése, így rájuk a földrajzi helyzetből adódó nehézségek nem voltak jellemzők.

Életkor okozta nehézségek, gender normák és menstruációs tabuk fiatal lányként

A fiatal lányok amíg folyamatos jövedelemmel nem rendelkeznek és anyagilag függetlenné nem válnak családjaiktól, addig nagy mértékben függenek a család pénzügyi helyzetétől. Így tehát nem saját maguk, hanem szüleik vagy nevelőjük dönt arról, hogy kifizetik-e a nőgyógyászati vizsgálatokat, van-e pénze a családnak arra, hogy a családi kasszából bizonyos összegek a PCOS-sel, endometriózissal, PMS-szel küzdő vagy sok esetben a még nem diagnosztizált lányuk kezelésére legyen fordítva. Ez persze nem azt jelenti, hogy a szülők sajnálnák a pénzt a gyermekük kezelésére vagy kevésbé szeretnék a lány gyermeküket, hanem azt, hogy a szülőknek súlyos pénzügyi döntéseket kell hozniuk, ami sajnos sokszor nem kedvez a lányok egészségének. Ehhez persze szorosan kötődik az, hogy a családokban nem szokás a menstruációról beszélni, illetve arról, hogy mi zajlik a fiatal lánygyermek testében, ezért a tünetek sokszor nem is kerülnek napvilágra a családokban. Csilla például elmondta, hogy nem csak kislányként, de jelenleg sem érzi komfortosnak az édesanyjával való beszélgetést a menstruációt vagy PMS-t illetően. Továbbá Dóra családjában a nőgyógyászati vizsgálat szóba sem jöhetett, hiszen az a tévhit élt a szülőknél, hogy ha a nőgyógyász megvizsgálja a lányukat, akkor az már nem lesz szűz és annak súlyos következményei lehetnek a nők szexualitását illető közösségi és családi hagyományok terén. Így Dóra csakis első szexuális élményei után, 19 évesen fordult orvoshoz PCOS tüneteivel. A fentebb említett élményekből kiderül, hogy az életkorhoz köthető pénzügyi függőség, a nemi normák és menstruációs tabuk is nagy mértékben befolyásolják a roma nők gyógyulási esélyeit és életminőségük javulását.

A női termékenység és nőiesség kérdése

Habár jelen kutatás és az interjú kérdései sem fókuszáltak a nőgyógyászati kórképek, termékenység és nőiesség kapcsolatára, öt interjúalanyból három is behozta ezt a témát. Amint az a kórképek leírásánál is említésre került, hogy a PCOS-ben és az endometriózisban szenvedő nőknél gyakoribb lehet a meddőség, mint másoknál. Ez persze nagyban függ a betegség komplikációitól, a beteg életvitelétől, genetikai adottságaitól, a kórkép lefolyásától stb. Mivel a PCOS és az endometriózis diagnosztizálása több évig is eltarthat a fentebb leírt okok miatt (fájdalom elbagatellizálása, nőgyógyászok szexizmusa, az egészségügyi rendszer nem megfelelő működése stb.), sok nő csak akkor szembesül a betegségével és akkor kap diagnózist, amikor hosszú évek után sem tud teherbe esni. A kutatásban részt vevő roma nők egyike sem számolt be arról, hogy ők próbálkoztak-e gyerekvállalással, de azt mind megemlítették,

hogy szeretnének gyermeket és amikor diagnosztizálták őket, akkor megijedtek a meddőség esélyétől. Ha napi szinten nem is foglalkoztatja őket a teherbeesés kérdése és hogy vajon problémájuk lesz-e a fogantatással, ez valószínűleg akkor is további stresszel nehezedik rájuk és mentális egészségükre. Továbbá, Beáta megfogalmazta azt is, hogy a PCOS hogyan kérdőjelezte meg nőiességét és önbizalmát:

„A PCOS egy kegyetlen betegség, mert a nőiességet kezdi ki: hasi hízást, hajhullást, pattanásokat okoz. Csomószer a nőiesség egy iszonyú erőforrás és önbizalomforrás.”

Mivel a PCOS nagyban befolyásolja a hormonrendszert és inzulinrezisztenciával is párosulhat, a PCOS-sel küzdő nők a Beátaéhoz hasonló tünetekkel is küzdhetnek. A különböző szépségnormák vagy ideák a nőiességet próbálják meg szabványosítani és bekegerezálni, ami nagyban befolyásolja azt, hogy a társadalom mit tekint nőiesnek vagy szépnek. Ilyen nőiességet szimbolizáló testi adottságok lehetnek például a hosszú és dús haj, homokóra alak, porcelán bőr, dús ajkak, szőrtelenség stb. Azonban a PCOS és más hormonrendszert felborító betegségek pont ezen testi adottságokat változtathatja meg a nőknél, függetlenül attól, hogy az adott nőnek a betegsége előtt voltak-e ilyen adottságai. Beáta számára például nagy kihívást jelentett az, hogy ezeket a testi változásokat elfogadja, hogy megszokja „új” nőiességét, ezáltal ismét megerősítse önbizalmát. Azonban itt azt is meg kell említenünk, hogy a női szépségideákat nagy többségében nem maguk a nők, hanem a patriarchális normák határozzák meg, ami a férfiak szexuális és szociális igényeinek kiszolgálásán alapul. Tehát habár nagyon sok nő a szabványosnak ítélt nőiességében találja meg az erejét és arra tekint erőforrásként, minden nőnek joga van ahhoz, hogy ő döntse el, neki mit jelent a saját maga nőiessége, amiben esetenként például a rövid haj, teltebb idomok, aknés bőr stb. is helyet kaphat.

Konklúzió

A PCOS-ben, endometriózisban és PMS-ben szenvedő roma nőkkel készített interjúk mély betekintést adtak számunkra, hogy megismerjük milyen interszekcionális elméletbe ágyazható tapasztalatokkal találkoztak kórképeik lefolyásánál. A témák külön-külön való megvitatása, mégis együttes értelmezése bemutatta azt, hogy az interszekcionális diszkrimináció hogyan befolyásolja a roma nők életét és betegségeik megélését. A romákat ért rendszer- és személyi szintű rasszizmus mellett többek között a társadalomba ékelődő szexizmus, a menstruáció körüli tabuk és információszegénység, a női szépségideák, a romló hazai egészségügyi helyzet és infrastruktúra, a földrajzi elszigeteltség, az

életkorból eredő kiszolgáltatottság jellemezhetik és negatívan befolyásolhatják a PCOS-szel, endometriózissal és PMS-szel küzdő roma nők életét. Persze ahogyan más csoportot, a roma nőket sem lehet homogén csoportként kezelni, hiszen minden embernek megvannak a saját privilégiumai, amik egyénről-egyévre és csoportról-csoportra is változhatnak. Azonban az interszekcionális diszkrimináció rendszerszintű vizsgálata és megértése elengedhetetlen ahhoz, hogy bizonyos csoportok sebezhetőségét feltérképezzük és a problémáikra megoldást találjunk.

Mivel a roma nők nem rendelkeznek olyan politikai érdekképviseléssel, mint a többségi társadalom tagjai, ezért fontos az, hogy hasonló kutatások rámutassanak olyan problémákra, ahol a rasszizmus, szexizmus, elitizmus mintázatai tesznek ki egyéneket interszekcionális diszkriminációnak. Azt is fontos megemlíteni, hogy például a menstruáció körüli információszegénység, romló hazai egészségügyi infrastruktúra, nőgyógyászok szexista viselkedése stb. nem csak a roma nőket érintik, hanem a többségi társadalmat is. Azonban, mivel a roma nők sokkal nagyobb mértékben érintettek a szegénységnek, társadalmi izolációnak, egészségügyi diszkriminációnak stb., ezért rájuk a fentebb említett problémák is sokkal mélyebben hathatnak.

Zárásként annyit szeretnék hozzáfűzni, hogy ez a kutatás nagyon fontos mérföldkő volt az életemben, hiszen olyan problémáról kutathattam és írhattam, ami mai napig tabu a tágabb magyar és roma közösségekben is. Roma feminista genderkutatóként fontos számomra az, hogy olyan területeket ismerjek meg és tárjak fel, amelyek habár nagyon fontosak a roma nők számára, de a diszkrimináció különböző manifesztációi miatt sajnos nem kapnak teret a tudástermelésben. Remélhetőleg ez a kutatás és a MARA-program sem lesz egyedülálló Magyarországon, és minél több roma feminista kutató fog a roma nők szexuális és reprodukciós egészségéről írni.

Roma nők reprodukciós egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése

Mezei Tímea

Mezei Tímea a Szegedi Tudományegyetemen testnevelés-történelem tanári szakos végzettséget szerzett 2018-ban, azóta is pedagógusként dolgozik egy kisváros általános iskolájában. Emellett az SZTE Neveléstudományi Doktori Iskolájában abszolutóriumot szerzett, jelenleg a disszertációján tevékenykedik. Kutatási területe a tanulási motivációval kapcsolatos tanári nézetek vizsgálata a célelmélet által kínált TARGETS-dimenziók alapján. Mindennapi életében igyekszik az elfogadás, a tisztelet és a méltányosság alapelvei szerint működni. Különösen fontosnak tartja a megértést és a nyitottságot az egyének és különböző közösségek iránt. Több olyan szervezet munkájához járul hozzá (pl.: Szegedi Keresztény Roma Szakkollégium; SZTE IKIK Roma Alprogram kutató-csoport), amelyek a társadalmi igazságosságért, az esélyegyenlőségért és a kulturális diverzitásért dolgoznak.

Bevezetés

Módszertani áttekintés

Az európai roma közösségek az egyik legsebezhetőbb és leghátrányosabb helyzetű kisebbségi csoportot alkotják (Ekezie & mtsai., 2023). A roma közösség rossz egészségi állapota a legfontosabb méltányossági kérdések közé tartozik Európában (EUAFR, 2017). Általánosságban elmondható, hogy egészségi állapotuk rosszabb, mint a többségi társadalomé, beleértve az anyai és csecsemőegészségre vonatkozó mutatókat is (Rattigan & mtsai., 2022). Az egészségügyi különbségek egyik oka az egyenlőtlen hozzáféréshez kapcsolódik. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való korlátozott vagy nem megfelelő hozzáférést számos tényező okozhatja, és jelentős hatással lehet ezen etnikai csoport egészségi állapotára.

A magyarországi szülészeti gyakorlatban gyakran és súlyosan megsérül a nők tájékozott beleegyezés⁶⁴ és az elérhető legjobb kezeléshez való joga. A roma

64 A tájékozott beleegyezés a klinikai döntéshozatal kulcsa és az önrendelkezés alapja az egészségügyi ellátásban. Az egészségügyi szakembereknek ideális esetben részletesen tájékoztatniuk kell betegeiket az ellátás minden lényeges szempontjáról és az alternatív lehetőségekről, figyelembe véve a betegek érdekeit (Szebib & mtsai., 2018).

származás további kiszolgáltatottsághoz és halmozottan hátrányos helyzetbe vezethet az egészségügyi ellátásban, amelyet a gyenge érdekvédelmi lehetőségek tovább súlyosbítanak (Szabik & Mtsai., 2018). Az egészségügy területén a roma nők a megkülönböztetés sajátos formáival szembesülhetnek, különösen a reprodukciós egészségügyi szolgáltatásokhoz, például a nőgyógyászathoz és a szülészethez való hozzáférés terén. A reprodukciós szolgáltatásnak egyik jogsértő gyakorlata lehet a kényszersterilizálás.

Jelen munka a roma nők terhességvégével, fogamzásgátlásával és terhességmegszakításával összefüggő empirikus vizsgálatok feltérképezésére, áttekintésére és szintetizálására összpontosít. Mindemellett a vonatkozó tanulmányok alapján meghatározásra kerülnek azok a tényezők, amelyek befolyásolják a roma nők körében az említett reprodukciós egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést és azok minőségét. A kutatás későbbi szakaszában szeretnék ajánlásokat megfogalmazni, amelyekben konkrét intézkedéseket javaslok a reprodukciós egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása érdekében.

Korábbi kutatások

Az egészségügyi felülvizsgálatok, amelyek számos országot érintenek, főként az általános egészségi állapot és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés értékelésére összpontosítottak a roma etnikum kapcsán (Hajioff & McKee, 2000; McFadden & Mtsai., 2018). Azonban gyakran hiányzik belőlük az információ az anyai eredményekről. Mivel a roma közösség széles körben jelen van különböző országokban, különösen Európában, és nagy az érdeklődés a reprodukciós egészség és a szülési eredmények iránt, kiemelten fontos megérteni a különböző országokban elért eredményeket. Fontos rámutatni arra, hogy a roma nők megkülönböztetéssel kapcsolatos tapasztalatait – például az egészségügyi intézmények és szakemberek részéről – nem vizsgálták széles körben. Az ilyen típusú élmények mélyebb megértése és elemzése hozzájárulhatna az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés terén mutatkozó egyenlőtlenségek azonosításához és csökkentéséhez.

A korábbi kutatások áttekintése során mindössze két szakirodalmi áttekintést találtam a témával kapcsolatban: 1) Ekezie & munkatársai (2024) munkája inkább az anyai és perinatális egészségügyi kimenetekre, valamint a jelentett kedvezőtlen anyai egészségügyi kimenetekkel kapcsolatos kockázati tényezőkre fókuszál, mint csak a roma nők egészségügyi rendszerhez való hozzáférési lehetőségeire. 2) A másik áttekintést Watson & Downe (2017) végezte, e munka fókuszosa a romákkal szembeni szülészeti ellátásban történő diszkriminációról közzétett bizonyítékok áttekintésére szűkített, és régebbi

tanulmányoknak is tekinthető, ezért elmaradhat az aktuális tendenciák elemzésétől. Mindazonáltal mindkét tanulmány jó alapot szolgált ezen munka megvalósításához, megalapozásához. Főként azért, mert magyar nyelven nem találunk olyan munkákat, amelyek módszertani és tartalmi szempontból is színtetizálnák az eddigi kutatásokat a témával összefüggésben.

Célok

Jelen kutatás célja, hogy feltérképezze a roma nők egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseivel kapcsolatos szakirodalmat, kiemelten a terhesség, fogamzásgátlás és terhességmegszakítás terén. A tanulmány hosszú távon arra törekszik, hogy tudományos bizonyítékokra építve hozzájáruljon egy olyan diszkriminációmentes, méltányos és befogadó egészségügyi rendszer kialakításához, amely minden nő reprodukciós egészségét érdemben támogatja, ezzel csökkentve az egészségügyi hozzáférés korlátozását a roma nők körében. A jövőbeni kutatás szélesebb kontextusba helyezi a problémát, és hosszú távon hozzájárulhat a társadalmi tudatosság növeléséhez és az esélyegyenlőség előmozdításához a roma nők egészségügyi ellátásában.

Módszerek

A kiválasztás kritériumai és a keresési stratégia

A szakirodalmi áttekintés azokra a tanulmányokra irányult, amelyek 1) roma nők terhességkezeléséhez, fogamzásgátlásához és terhességmegszakításához kapcsolódnak; 2) empirikus adatgyűjtés alapján; 3) magyar vagy angol nyelven jelentek meg; 4) leginkább bírálati rendszerű folyóiratban publikáltak; 5) az időkeret az elmúlt 15 évre került korlátozásra a naprakész és releváns munkák azonosítása érdekében. A vonatkozó szakirodalmak főként a PubMed adatbázisból kerültek felhasználásra. A kereséshez a „roma; prenatal care; contraception; abortion” keresési szavakat használtam a „minority group; gypsy; antenatal care; termination of pregnancy” kulcsszavakkal kombinálva. A kutatási folyamat során további mélységet adtam a keresési procedúrához azáltal, hogy a megtalált munkák irodalmi jegyzeteit is alaposan elemeztem, és innen is soroltam be releváns tanulmányokat.

A tanulmányok kiválasztása

A cikkek felvétele vagy kizárása általában az absztrakt alapján történt, de néhány esetben a teljes szöveg áttekintésére is szükség volt. Azok a munkák kerültek végül bevonásra, amelyek a roma nők egészségügyi kihívásaira fókuszáltak, különös tekintettel terhesgondozásukra, fogamzásgátlásukra és terhességmegszakításukra⁶⁵.

Ezzel a megközelítéssel a vizsgálatok olyan információkat nyújtanak, amelyek alapján átfogó kép alakítható ki a roma nők reprodukciós egészségügyi helyzetéről. Összesen végül 21 empirikus vizsgálat került kiválasztásra.

Elemzés

A beválasztott tanulmányok az alkalmazott módszertan szempontjából három különböző csoportba oszthatók: 1) szóbeli kikérdezésen alapuló; 2) írásbeli kikérdezésen alapuló; 3) orvosi dokumentáció retrospektív vizsgálatán alapuló. A szakirodalomban található releváns tanulmányok néhány jellemzőjét a három nagy csoport szerint strukturálva mutatom be. A tanulmányok főbb jellemzőit táblázatos formában foglalom össze az alábbi szempontok alapján: a bevont munkák 1) tartalmi fókusza; 2) célcsoportja; 3) alkalmazott módszerei; 4) vizsgálati helyszíne országonként. A célcsoport oszlopában a mintába bevont elemszám is feltüntetésre került. Az elemzés egyik hangsúlyos újdonsága, hogy módszertani és tartalmi szempontból is áttekinti a téma eddig megjelent empirikus munkáit, amire ilyen strukturált módon nem találtam példát a roma nők egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáféréseivel összefüggésben.

Eredmények

Szóbeli kikérdezés

A téma kapcsán a szóbeli kikérdezéssel vizsgáló kutatások főbb jellemzőit az 1-es táblázat ismerteti. Ehhez a kategóriához tartozik a legtöbb munka, számszerűsítve 9 tanulmány. Az interjú vizsgálatokat (strukturálatlan: narratív és mélyinterjú, félig strukturált, strukturált), fókuszcsoportos beszélgetéseket és két kerekasztalbeszélgetést rendelhetünk.

Bodrogi (2016) munkájában roma nőkkal készített narratív interjúkat a szülészeti ellátással kapcsolatos tapasztalataikról, szükségleteikről és igényeiről. Arra a megállapításra jutott, hogy a családok alulinformáltak a fogamzásgátlás

65 A kiválasztott tanulmányok közül mindössze egyben jelent meg a terhességmegszakítás témája.

lehetőségeiről, hiányoznak az anatómiai ismereteik, és a felelősség aránytalanul a nőkre nehezedik. A felkészült szakemberek és a fiatalok szexuális felkészítésének hiánya további problémákat jelent. A hátrányos helyzetű településeken élő családok anyagi helyzetéhez képest a fogamzásgátló eszközök beszerzése magas költséggel jár, amit sok család nem engedhet meg magának. A mélyszegénységben élő anyák alacsonyabb arányban vesznek részt a várandósgondozásban, és a szakellátáshoz való fizikai hozzáférésük komoly akadályokba ütközik. A jelenlegi szülészeti ellátórendszerben a védőnővel való kapcsolat változó, néhány nő a szabályokat betartó hatóságként látja, míg mások inkább támaszkodnak bizalmas kapcsolatokra, például családtagokra vagy közösségi támogató személyekre. A résztvevő roma nők számára a legfontosabb és legmegfelelőbb támogatás általában nem az egészségügyi szakemberektől, hanem a bizalmas kapcsolataikból érkezik, például édesanyától, anyóstól vagy a közösségben megbecsült személyektől.

Neményi (1998) kutatásának célja az volt, hogy összehasonlítsa a különböző roma közösségekből származó fiatal nők saját egészségfelfogását, életmódját és betegségkezelési gyakorlatát az ellátásukért felelős intézményi pozíciókkal. A vizsgálat az egészségre és az életminőségre gyakorolt hatás mellett a regionális, oktatási, szociális és kulturális hátrányok következményeire is fókuszált. A kutatás az egészségügyi szereplők és a roma lakosság közötti kommunikációs mintákat és esetleges zavarokat is vizsgálta mélyinterjúk módszerrel. Ebből kiderült, hogy az egészségügyi szakemberek és a roma nők közötti kapcsolatot erősen befolyásolják a kölcsönös előítéletek és a kétirányú kommunikáció hiánya. A védőnők közvetlenebb és toleránsabb kapcsolatot tudtak kialakítani a nőkkel, míg a kórházi orvosok és szülésznők körében előítéletesebb romaképet tapasztaltak. A kutatás rámutatott, hogy a roma nőket érintő egyenlőtlenségek és hagyományos szokások sokfélesége miatt az univerzális-rationális szakértői megközelítés gyakran nem eredményez megfelelő kommunikációt. Emellett az egészségügyi hatóságok számára fontos lenne az őszinte és elfogadó kommunikáció, mivel a kétoldalú kommunikációs zavarok és előítéletek a gyógyító munkát is akadályozhatják.

Rambouskova és munkatársai (2009) kutatásukban a Csehországban élő romák és nem romák anyai egészségmagatartásának, anyai tápláltsági állapotának és a csecsemő születéskori méretének összehasonlítását végezték el. Vegyes módszereket alkalmaztak: anyai interjúk, étkezési gyakorisági kérdőív, anyai vérvételek, anyák és csecsemők fizikai mérései. Ennek ellenére én ezt a munkát a szóbeli kikérdezéshez soroltam, mert a felsorolt módszerek közül ez az egyetlen, amiből olyan információt kapunk, mely nem csak az egészségügyi állapotról nyújt képet, hanem esetlegesen szubjektív véleményről is tanúskodik. Eredményeikből kiolvasható, hogy a roma nők várandóssága körül-

belül egy héttel rövidebb volt, és a csecsemők születési súlya és hossza alacsonyabb értékeket mutatott, mint a nem roma nőké és csecsemőiké. A roma nők kevesebb táplálékkiegészítőt használtak, és alacsonyabb volt a folsav, a béta-karotin, a retinol és az alfa-tokoferol átlagos vérkoncentrációja. A roma nők alacsonyabb tápanyagbevétele és vérkoncentrációja számos tényezőre vezethető vissza, beleértve a gazdasági nehézségeket, a kulturális különbségeket és az egészségügyi ellátáshoz való korlátozott hozzáférést (pl.: terhesgondozásra nem tud elmenni).

Reid és Taylor (2007) a roma nők szülészeti ellátással kapcsolatos tapasztalatait vizsgálták Írországban. Céljuk az volt, hogy azonosítsák igényeiket, és feltárják a szülészeti ellátás minőségének javításához hozzájáruló hasznos válaszokkal kapcsolatos elképzeléseiket. A szerzők mélyinterjúk segítségével járták körbe a témát, és arra jutottak, hogy a kultúráról alkotott változó elképzelések befolyásolták, hogy a roma nők hogyan élik meg a szülészeti ellátást. A családi légkör, a vallási meggyőződés és a társadalmi támogatás kiemelkedő fontosságú szerepet játszottak. A fogamzásgátlókkal, a megelőző ellátással és a mentális egészségügyi problémákkal kapcsolatos felfogás kulturális különbségeket mutatott. A többségi normák elfogadhatatlanok voltak a szoptatás, a férj bevonása és a „rooming in”⁶⁶ tekintetében. A strukturális egyenlőtlenségek, mint például a háziorvosok megkülönböztetése, a kommunikációs problémák és az információhiány, akadályozták az ellátáshoz való hozzáférést. A szülésznők számára pedig kihívást jelentett, hogy érzékenyen kezeljék a kulturális preferenciákat, és támogassák a roma nők szülészeti ellátásának javítására irányuló erőfeszítéseket.

LeMasters és munkatársai (2019) a terhességi tapasztalatokat és az egészségügyi rendszerekkel való interakciókat vizsgálták Romániában. Céljuk az volt, hogy feltérképezzék, hogy a vidéki közösségekben élő nők hogyan élik meg a terhességet, hogyan érintkeznek az egészségügyi rendszerrel, és milyen szerepet játszanak az etnikai és társadalmi tényezők a várandósságban és a gyermekvállalásban. Félig strukturált interjúk készítették egészségügyi és egyéb szakemberekkel (szociális munkások, kutatók, politikai döntéshozók, civil szervezetek képviselői), narratív interjúkat roma és nem roma nőekkel, valamint egy fókuszcsoportos beszélgetést roma nőekkel. Az interszekcionális tényezők kölcsönhatásait vizsgálva kiderült, hogy a terhes nők különböző érzéseket tapasztalnak (pl.: egyszerre érzékelik nem tervezettnek és kívántnak, örömtelinek és normálisnak a terhességet), és hogy a nők és a szakemberek

66 A rooming-in a WHO által kidolgozott bababarát kórházak egyik eleme, lényege, hogy az édesanyjával egy helyiségben helyezték el az újszülöttet, és ezáltal szülő és a gyermek közötti kötődés jól ki tud alakulni (WHO, 2018).

eltérő felfogást képviselnek a terhesgondozásról, valamint kirajzolódtak az ellátás közlekedési és költségekkel kapcsolatos akadályai is. Az etnikai és társadalmi megkülönböztetés is szerepet játszik az egészségügyi rendszerben meglévő egyenlőtlenségekben. Ugyanakkor a szerzők hangsúlyozzák, hogy a szociális támogatás, az egészségügyi közvetítés és az orvosi segítség fontos tényezők, amelyek hozzájárulhatnak a romák terhességi tapasztalatainak javításához.

Vladimirova és munkatársai (2022) strukturált interjúkat alkalmaztak a bolgár nők körében, hogy feltérképezzék a fogamzásgátlási módszereiket és eszközeiket. Eredményeik szerint a romák körében a nem kívánt terhességek megelőzésének fő módszere a megszakításos közösülés. A döntést a férj és a feleség együttesen hozza meg. A válaszok azt mutatják, hogy a magasabb iskolai végzettség és az anyagi biztonság pozitív hatással van a fogamzásgátló használatának gyakoriságára. Következtetéseik alapján a romák reprodukciós viselkedését erősen meghatározzák etnikai hagyományaik is. Jellemző vonásaik közé sorolják a korai házasságot, a korai nemi kapcsolatot és a terhességek közti rövid intervallumokat. Megjegyzendő, hogy a konklúzió ambivalens abból a szempontból, hogy a szerző etnikai hagyománynak tulajdonítja a roma nők reprodukciós viselkedését, ugyanakkor arra az eredményre jut, hogy ha magasabb társadalmi státuszú az adott személy, akkor valószínűsíthetőbb, hogy valamely biztonságosabb fogamzásgátlási módszert fog alkalmazni. Ezen eredmények azt mutatják, hogy a reprodukciós döntések szerteágazó hatásokon alapulnak, és nem csupán etnikai hagyományoktól függenek.

Borja Herrero és munkatársai (2022) kutatásának célja Spanyolországban élő roma nők szoptatással kapcsolatos tapasztalatainak és kihívásainak megértése volt. A részt vevő roma anyákkal folytatott fókuszcsoportos beszélgetésekből kiderült, hogy a családi támogatás hiánya, a szoptatás áldozatvállalásával járó nehézségek és a csecsemő mellől való függése jelentős akadályokat jelentenek. A saját biológiai képességeibe vetett érdeklődés és bizalom hiánya, valamint az anyai tevékenységekben való alacsony részvétel szintén korlátozta a szoptatást. Az eredmények intézkedéseket javasolnak a szoptatás támogatására (pl. szoptatási tanácsadó) és elősegítésére ebben a célcsoportban.

Az EMMA Egyesület⁶⁷ (2014a) munkájában rögzítette egy szakmai nap eseményeit és tapasztalatait, amelynek fő célja az volt, hogy összehozza a roma nők szülészeti ellátásában részt vevő szakembereket és érdeklődő civileket. Az esemény lehetőséget teremtett a tudás és tapasztalatok megosztására, miközben a résztvevők aktívan kerestek konstruktív megoldásokat a szülészeti

67 Korábban: Születésház Egyesület

ellátás javítása érdekében. A kerekasztal-beszélgetés során a következő témák kerültek szóba: a családi életre, gyermekvállalásra való felkészülés; a várandós nők helyzete a roma közösségben; etnikai alapú diszkrimináció; mit tudnak tenni a segítők, akik a roma közösségen belül tevékenykednek; egészségügyi dolgozók és roma nők között fellépő leggyakoribb kommunikációs kihívások, buktatók. A téma kapcsán a részt vevő szakemberek, civilek és érintettek egyaránt elismerték, hogy a roma nők hátrányt szenvednek az egészségügyi ellátás, és kiemelten a szülészethez, terhesgondozáshoz kapcsolódó szolgáltatásokban. A szerző a következő javaslatokat foglalja össze a kerekasztalbeszélgetés eredményeként: a lokális megoldásokra kell összpontosítani; a szakszemélyzetet képezni kell egyfelől kommunikációs képesség, másfelől roma közösség ismerete területén; az ellátórendszert flexibilisebbé kellene tenni, hogy hozzáférhetőbb és személyközpontúbb legyen; általános felvilágosítást kell nyújtani a fiataloknak; támogató szolgáltatásokat (képzések, önkéntes programok) kell szervezni roma nők számára; és fontos lenne roma szakemberek képzése is.

A EMMA Egyesület egy másik munkája (2014b) a fentiekhez hasonló módszerekkel térképezte fel a hátrányos helyzetű nők különböző csoportjainak sajátos helyzetét a szülészeti ellátásban. A kerekasztal-beszélgetésben szakemberek és érintettek is egyaránt részt vettek. Arra a megállapításra jutottak, hogy a mélyszegénységben élő, gyakran elszigetelt anyák számára az egyik legnagyobb probléma az alacsony részvétel a várandósgondozásban, különösen a szakellátás terén. Ennek gyakori oka a szakellátáshoz való nehéz hozzáférés: a szakrendelési időpontok nem veszik figyelembe a tömegközlekedés feltételeit, így sokszor lehetetlen időben eljutni és hazautazni. A már meglévő gyerekek felügyeletének szervezése is problémás lehet. Az utazási költségek állami megtérítése utólagos, ami sok család számára nehezen megoldható. Emellett kiemelték, hogy a roma közösséggel kapcsolatban a társadalomnak befogadóvá kell válnia. Ez azt jelenti, hogy nem különleges bánásmódot igénylő csoportokról kell beszélnünk, hanem egyszerűen emberekről, akik különböző szükségletekkel és igényekkel rendelkeznek.

Táblázat 1 - Szóbeli kikérdezést tartalmazó munkák összefoglaló táblázata a roma nők egészségügyi hozzáférése kapcsán

Forrás	Forrás fókuszja	Célcsoport (Minta)	Módszer	Ország/ Régió
Bodrogi, 2016	Családtervezés, várandósgondozás, ellátáshoz és információhoz való hozzáférés, gondozási modell, szülészeti beavatkozások, kommunikáció és bánásmód, közösgégszervezés.	Szegregátumban élő roma nők (n=20)	Strukturálatlan: narratív interjú	Magyarország (országos: Szakácsi, Pécs, Told)
Borja Herrero és mtsai, 2022	A roma nők szoptatással kapcsolatos tapasztalatainak megismerése - szolgáltatáshoz/szakemberhez való hozzáférés (pl.: szoptatási tanácsadó).	Roma édesanyák (n=6)	Fókusz-csoportos interjú	Spanyolország
LeMasters et al. 2019a	A terhességi tapasztalatok és az egészségügyi rendszerekkel való kölcsönhatások feltárása, valamint az etnikai és társadalmi tényezők szerepe a terhességben és a gyermekvállalásban.	Egészségügyi szereplők (n1=42) Roma és nem roma nők (n2=7)	Félig strukturált interjú, narratív interjú, fókusz-csoportos interjú	Románia
Neményi, 1998	A romák egészségügyi adatainak kedvezőtlen alakulásában vizsgálni a kommunikáció szerepét a roma közösségek és az egészségügyi szereplők között.	Egészségügyi szereplők (n1=20); roma származású édesanyák, illetve várandós édesanyák (n2=80)	Strukturálatlan: mélyinterjú	Magyarország (országos)
Rambouskova et al., 2009	Az anyák egészségmagatartásának, az anyák tápláltsági állapotának és a csecsemő születéskori méretének összehasonlítása.	Roma (n1=76) és nem roma (n2=151) édesanyák, szakemberek	Strukturálatlan: mélyinterjú	Csehország

Forrás	Forrás fókusz	Célcsoport (Minta)	Módszer	Ország/ Régió
Reid & Taylor, 2007	Roma nők szülészeti ellátással kapcsolatos élményeinek feltárása.	Roma édesanyák (n=13) 19-42 év közötti	Strukturálatlan: mélyinterjú	Írország
Emma Egyesület, 2014a	Roma nők szülészeti ellátásában résztvevő szakemberek és civilek tapasztalatomegosztásai.	Roma nők szülészeti ellátásában részt vevő szakemberek és civilek	Kerekasztal-beszélgetés, Műhelymunka	Magyarország (országos)
Emma Egyesület, 2014b	Hátrányos helyzetű nők a szülészeti ellátásban.	Roma nők szülészeti ellátásában részt vevő szakemberek és civilek	Kerekasztal-beszélgetés, Műhelymunka	Magyarország (országos)
Vladimirova et al., 2022	A szexuális és reprodukciós egészség különbségeinek vizsgálta a roma és nem roma népesség között. Fogamzásgátlási szokások felmérése.	Roma nők a plovdivi régióból (n=70)	Strukturált interjú	Bulgária

Írásbeli kikérdezés

Az írásbeli kikérdezéssel végzett vizsgálatok közül 8 munkát sikerült azonosítani, melyek között magas számban szerepelnek (7 cikk) olyan vizsgálatok, amelyek egy korábbi nagyobb elemszámú felmérés másodelemzése, amelyek új aspektusból (pl. etnikai) közelítik meg a már feldolgozott munkákat. Fontosnak tartottam ezeket a munkákat is beválogatni a szakirodalmi tanulmányba, mert releváns eredményeket tartalmaznak a téma kapcsán.

Cvorovic (2019) tanulmánya a korai házasság, az első menstruációkor betöltött életkor, az első várandósság idején betöltött életkor, valamint a testmagasság és az anyai egészség közötti kapcsolatot vizsgálja a tradicionális roma nők körében Szerbiában. A kutatás célja annak feltárása volt, hogy ezek a tényezők hogyan hatnak egymásra, és hogyan kapcsolódnak a gyermekkori környezethez. A szerzők kérdőív segítségével térképezték fel a nők demográfiai adatait, reprodukciós előzményeit (pl.: az első menstruáció időpontja; az első alkalommal kötött házasság időpontja; AFR; paritás/teljes terhességek száma; és a túlélő gyermekek száma) és egészségi állapotát. Az adatelemzés azt mutatta, hogy a magasabb életkor és testsúly összefüggött a rossz egészségi állapot nagyobb kockázatával, míg a nagyobb testmagasság hozzájárult a

rossz egészségi állapot alacsonyabb kockázatához, a reprodukciós változók azonban nem mutattak szignifikáns összefüggést. A tanulmány bizonyítékot szolgáltat arra, hogy a korai gyermekvállalás hosszú távú hatásai nem minden esetben járnak együtt rosszabb egészségi állapottal. Amint azt a magasságban mutatkozó különbségek jelzik, valószínű, hogy azok a nők, akik nagyon korán képesek voltak a szaporodásra, és későbbi életükben is egészségesek maradtak, eleve nagyon egészségesek voltak. Az eredmények a korai gyermekkor biológiai és társadalmi különbségeit egyaránt tükrözik.

Cvorovic (2020) egy másik vizsgálatában a gyermek tervezettségének, az alacsony születési súlynak és a differenciált szülői befektetésnek az összefüggéseit vizsgálta egy szegény szerbiai roma populációban. A szerző munkájában a Multiple Indicator Cluster Survey⁶⁸ adatbázisán másodlagos adatelemzését hajtotta végre, amely egy meghatározott kérdéssorozatot tartalmaz a gyermekek fejlődésének és a szülői elkötelezettségnek számos területét rögzítve. Az eredmények azt mutatják, hogy a nem kívánt gyermekeknél nagyobb volt a kockázata az alacsony születési súlynak. A születési súly kontrollálása után a gyermek nem kívánt volta a szoptatási gyakorlat és az immunizációs státusz előrejelzőjeként jelent meg. Az anya-gyermek interakció minősége az anya háztartásának vagyoni helyzetétől függően változott.

King és munkatársai (2018) kutatásukban azonosították a modern fogamzásgátló módszereket, és részletesen vizsgálták a roma nők fogamzásgátló-használati szokásait. Az adatokat másodlagos adatelemzés keretében dolgozták fel, kihasználva a Multiple Indicator Cluster Survey adatait. Az eredmények szerint a megkérdezett nyugat-balkáni nők 13,75% számolt be arról, hogy alkalmaz valamilyen modern fogamzásgátló eszközt. A munka rámutat, hogy a régióban a nők méltánytalanul szenvednek gazdasági problémáktól, és hogy a roma népességhez tartozók egyenlőtlenül szenvednek a gazdasági és oktatási nehézségektől, valamint az egészségügyi ellátáshoz való rossz hozzáféréstől. Kiemelik, hogy társadalmi és gazdasági fejlődés szükséges ahhoz, hogy a családtervezési mutatók javulni tudjanak a régióban.

Nicolic és Djikanovic (2015) célja a szerbiai roma és nem roma nők fogamzásgátlás-használatának és az ezzel összefüggő tényezőknek a vizsgálata volt. A szerzők munkájuk során a Multiple Indicator Cluster Survey adatait dolgozták fel. Eredményeikből kitűnik, hogy a roma nők gyakrabban használnak bármilyen típusú fogamzásgátló módszert, mint a nem roma nők. A roma nők azonban

68 Lakossági felmérési program, amelyet az UNICEF fejlesztett ki a '90-es évek közepén, hogy segítse az országokat a gyermekek és nők helyzetének nyomon követéséhez szükséges adathiányok pótlásában. Ez a módszer képes statisztikailag megalapozott, nemzetközileg összehasonlítható becsléseket készíteni (UNICEF, ND).

jobban támaszkodnak a hagyományos és nem biztonságos módszerekre, mint például a megszakításos védekezésre és a laktációs amenorrhoea (szoptatás) módszerre, s lényegesen kevésbé a modern módszerekre, mint a tablettára, az óvszerre és a méhen belüli eszközre.

Sedlecky & Rašević (2015) tanulmányukban a szexuális és reprodukciós egészség (SRH) terén a telepeken élő, reprodukciós korú roma nők és az azonos korú, nem telepeken élő szerbiai nők általános populációja közötti különbségeket vizsgálata. A Multiple Indicator Cluster Survey 4 (MICS4) felmérést alkalmazták, ami rövid, nyílt végű kérdéseket tartalmazott. Eredményeikben azt állapították meg, hogy roma nők gyakrabban támaszkodnak a hagyományos fogamzásgátlásra, és kisebb valószínűséggel használnak modern fogamzásgátló eszközöket, mint a női lakosság általában. A társadalmi-gazdasági szférában jelentkező problémák, a rossz beiskolázottság és a telepeken élő romák hagyományos szokásainak fenntartása hozzájárul a megfigyelt különbségekhez.

Stojanovski és munkatársai (2017) egy tanulmányukban a terhesgondozás mennyiségi és minőségi egyenlőtlenségeit vizsgálták. Kutatásuk részletesen elemezte a terhesgondozáshoz való hozzáférés különböző aspektusait, a köztük lévő lehetséges különbségeket, valamint a terhesgondozás minőségével kapcsolatos kihívásokat és egyenlőtlenségeket. A tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy azok a roma nők, akik részt vettek saját egészségügyi döntéseikben, nagyobb valószínűséggel döntenek arról is, hogy mikor vállalnak gyereket, vagy éppen mikor nem. A nők aktív részvétele az ilyen kulcsfontosságú döntésekben kiemelkedő fontosságú, és a roma közösségekben rendelkezésre kell állniuk a terhesség előtti gondozási programoknak, amelyek célja az egyenlőtlenségek csökkentése, különösen a várandósság időzítésének ellenőrzése tekintetében.

Stamenkovic és munkatársai (2020) kutatásának célja az volt, hogy megvizsgálja a hat hónaposnál fiatalabb, kizárólag szoptatott csecsemők gyakoriságát a nem roma és roma népességben, valamint az ezzel a gyakorlattal összefüggő tényezőket. A tanulmányban a szerbiai Multiple Indicator Cluster Survey másod-elemzését végezték el. Eredményeikből úgy tűnik, hogy nincs szignifikáns különbség a roma és nem roma nők szoptatási gyakoriságában. A kizárólagos szoptatás ugyanakkor összefüggött a résztvevők szocio-ökonómiai hátterével, a baba születési súlyával, a meglévő gyermekszámmal, és a menstruációs ciklus visszaállásával. Azok a nők, akik tehetősebbek voltak, 2500 g-nál többel születtek a babájuk, többgyermekesek, szülésselőkészítő programon vettek részt, a kórházban rooming in-t igénybe vették, fővárosban élnek és még nem tért vissza a szülés óta a menstruációjuk, gyakrabban tartoztak a kizárólagosan

szoftatók közé. A szerzők ezen kívül megállapították, hogy a vizsgálatban részt vevő roma nők között nem volt egyetlen olyan nő sem, aki részt vett volna szülésfelkészítő programon.

Szabó & Veroszta (2022) a roma nők helyzetével foglalkozott a terhesgondozás és a szülészeti ellátás rendszerén belül. A munkában a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat adatainak – ami egy longitudinális kutatás – romákra vonatkozó részét elemezték, és hasonlították össze a nem roma anyák eredményeivel. A vizsgálatokba bekapcsolódó várandósokat a terhesség 24-28. hetében, valamint a gyermek 6 hónapos korában is kérdőívek kitöltésére kérték meg a védőnőket. Eredményeik azt mutatják, hogy Magyarországon a roma nők várandósgondozási és szülészeti ellátása jelentősen kedvezőtlenebb, mint a nem roma anyáké. A kutatás szerint a roma nők szülészeti ellátásának hátrányaiban erőteljes társadalmi-gazdasági és strukturális tényezők játszanak szerepet. Az alacsonyabb társadalmi státuszú és fiatalabb nők nagyobb valószínűséggel tapasztalnak kötött testhelyzetű szülést. Továbbá úgy tűnik, hogy a kedvezőtlenebb bánásmód a hazai ellátórendszerben főként a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségekkel függ össze.

Szabó & Boros (2023) tanulmányukban vizsgálták, hogy összefügg-e az iskolai végzettség egyéb anyai jellemzőkkel (egészségmagatartás és pszichológiai állapot a terhesség alatt) korrigálva az alacsony születési súllyal. A kutatók a Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat másodlagos elemzését végezték el annak érdekében, hogy mélyebb betekintést nyerjenek a felmérés adataiba a téma kapcsán. A vizsgálat megállapította, hogy a nők 5,9%-ának született alacsony születési súlyú (LBW) gyermeke. A legalacsonyabb iskolai végzettségű nők esetében 13,5%, a legmagasabb iskolai végzettségűek esetében pedig 3,4% volt a kis súlyú újszülött valószínűsége, figyelembe véve a háztartás jövedelmét, a roma etnikai hátteret, a lakóhelyet, a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a terhesség alatti depressziót. Az iskolai végzettség növekedésével az LBW gyermek születésének kockázata csökken, a legalacsonyabb iskolai végzettségű nőkhöz képest a legmagasabb végzettségűeknél 77,2%-kal. A terhesség alatti dohányzás jelentősen, 54,9%-kal növelte az LBW gyermek születésének kockázatát. A terhesség alatti depresszió a mintában 13,2%-kal növelte az LBW gyermek születésének kockázatát, bár ez az összefüggés nem volt szignifikáns.

Táblázat 2 - Írásbeli kikerdezést tartalmazó munkák összefoglaló táblázata a roma nők egészségügyi hozzájárása kapcsán

Forrás	Forrás fókusza	Célcsoport (Minta)	Módszer	Ország/ Régió
Cvorovic, 2019	Korai házasság, az első reprodukciós kor, a testmagasság (mint a gyermekkori környezet mutatója), és az anyai egészségi állapot közötti összefüggések.	Szerbia vidéki településein élő roma nők (n=414)	Kérdőív	Szerbia
Cvorovic, 2020	Tervezték-e a szülők a gyermeket, van-e összefüggés a tervezett és tervezetlen gyermekek születési súlyában, valamint a szülői befektetésben (szoptatási gyakorlat, a gyermekek immunizálása és az anyagyermek kapcsolat minősége).	0-24 hónapos gyermekek (n=584) és roma és nem roma édesanyák	Multiple Indicator Cluster Survey - másodlagos adatelemzése	Szerbia
King et al., 2018	Modern fogamzásgátló eszközök meghatározása, roma nők fogamzásgátló eszközök használati szokásai.	Roma és nem roma nők (n=11 381)	Multiple Indicator Cluster Survey - másodlagos adatelemzése	Bosznia és Hercegovina, Koszovó, Macedónia, Montenegró, Szerbia
Nikolic & Djikanovic 2015	A fogamzásgátlás-használata és az ezzel összefüggő tényezők vizsgálata.	15-49 év közötti roma (n1=1082) és nem roma nő (n2=2145 nő)	Multiple Indicator Cluster Survey (MICS4) - másodlagos adatelemzés	Szerbia
Sedlecky & Rašević, 2015	A modern fogamzásgátló szerek (MCU) meghatározása és használata, az azzal összefüggő tényezők feltárása romák és nem romák körében.	Szerbiai roma és nem roma nők (NA)	Multiple Indicator Cluster Survey (MICS4) - másodlagos adatelemzés	Koszovó

Forrás	Forrás fókusz	Célcsoport (Minta)	Módszer	Ország/ Régió
Stamenković et al. (2020)	Kizárólag szoptatott csecsemők gyakorisága a nem roma és roma populációban.	Nem roma (n1=321) és roma (n2=164) 6 hónapnál fiatalabb csecsemő édesanyja.	Multiple Indicator Cluster Survey (MICS4) - másodlagos adatelemzés	Szerbia
Stojanovski et al., 2017	A terhesgondozás mennyiségi és minőségi egyenlőtlenségeinek vizsgálata.	Az előző 2 évben szült nők - Roma, askali és balkáni egyiptomi (RAE) (n1=20), nem roma nők (n2=400)	kérdőív	Magyarország (országos)
Szabó & Veroszta, 2022	Roma nők terhesgondozása és szülési bánásmódja.	Roma származású kisgyermekes és várandós nők (n=611)	Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat -másodlagos	Magyarország (országos)

Orvosi dokumentáció retrospektív vizsgálata

Néhány esetben a roma nők egészségügyi rendszerhez való hozzáféréseinek és reprodukciós egészségének feltárására az egészségügyi dokumentáció visszamenőleges felülvizsgálatát használták fel. Összesen három munkát azonosítottam, mely ezt a módszert választotta a téma vonatkozásában⁶⁹.

Diabelková és munkatársai (2022) a tanulmányukban a kis súlyú újszülöttek meghatározó tényezőinek és előfordulásának vizsgálatára fókuszáltak. A vizsgálatot a kassai Louis Pasteur Egyetemi Kórház Nőgyógyászati és Szülészeti Osztályán 2016-2019-ben szült anyák és csecsemőjük orvosi nyilvántartása alapján végezték, a szüléskor készült jelentésekből. Eredményükből kiolvasható, hogy a roma anyák életmódja eltérő. A roma gyermekek nagyobb valószínűséggel születnek koraszülötként, alacsony születési súllyal. Az anyai életmód és gondozás minőségének javítása érdekében kulcsfontosságú stratégiákra van szükség a szülés előtt, alatt és után. Az erős társadalmi támogatás kialakításához további erősítő intézkedésekre van szükség.

69 A tanulmányok által vizsgált egészségügyi dokumentációkon nem szerepelt az adott nő etnikai hovatartozása – ezt a kutatók lakcím, név vagy egyéb általuk meghatározott sajátosságok alapján sorolták be.

Fernández-Fenito és munkatársai (2023) célja az volt, hogy megvizsgálja a roma és nem roma nők közötti különbségeket a terhesgondozásban és az anya-gyermek kapcsolat terén. A kutatók a szocio-demográfiai változókat, a szülés előtti kontrollt, a születés jellemzőit, a táplálást és az újszülöttkori eredményeket (terhességi kor, súly és APGAR [megjelenés, pulzus, grimasz, aktivitás és légzés]) az elektronikus orvosi nyilvántartásokból gyűjtötték össze. A terhesgondozást három index segítségével értékelték: a Kessner-index, a Modified Adequacy of Prenatal Care Utilization Spanish Index, valamint egy ad hoc index, amely a spanyolországi várandós nőkre vonatkozó ajánlások betartását vette figyelembe. A nem roma nőkhöz képest a roma nők körében ritkábban fordult elő az előrehaladott anyai életkor (≥ 35 év) és a primigravida (első terhesség 35 év felett). A roma nők ritkábban jártak fogorvoshoz, többet dohányoztak, és ritkábban vettek részt B-csoportú streptococcus szűrésen. A szülés előtti vizsgálatokon való megjelenések számában nem találtak különbséget a roma és a nem roma nők között. Következésképpen nem volt különbség a Kessner-index és a Modified Adequacy of Prenatal Care Utilization Spanish Index között. Az ad hoc indexet használva a nem roma nők gyakrabban rendelkeztek megfelelő szülés előtti látogatásokkal. Nem voltak különbségek azonban a születési jellemzőkben, a táplálás típusában és az újszülöttkori eredményekben. A roma és nem roma nők között a terhesgondozás terén mutatkozó különbségek rávilágítanak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeire. Az egészségpolitikáért felelős döntéshozóknak és a szakembereknek figyelembe kell venniük ezeket az egyenlőtlenségeket, amikor olyan egészségügyi politikákat terveznek, amelyek a roma nőkre irányuló beavatkozásokat és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésük javítását célozzák.

Šegregur & Šegregur (2016) tanulmányukban a Horvátországban élő roma kisebbségi lakosság szülés előtti jellemzőiről számol be. A vizsgálat célja az volt, hogy a nagyon jó életkörülményekkel és viszonylag magas erőforrás-ellátottsággal rendelkező roma nők reprodukciós kimenetelével összefüggésbe hozható egészségmagatartásról szóló adatokat vizsgálja. A nők életkorára, családi állapotára, dohányzására, reprodukciós egészségére (abortusz, szülés), terhesgondozására, perinatális komplikációira és terhességi korára vonatkozó adatokat a kórházi nyilvántartásokból vették és elemezték. A roma nők átlagosan több mint három évvel fiatalabbak voltak, mikor az első gyermeküket szülték, mint a nem roma nők, és csak 10,8%-uk volt házas. A dohányzás gyakoribb volt köztük. A roma és nem roma nők átlagos születésszáma hasonló volt, átlagosan két gyermek/nő. A roma nőknél magasabb volt a művi abortuszok aránya, míg a spontán vetélések gyakorisága megegyezett. A roma nők nem megfelelő terhesgondozása a perinatális komplikációk kétszer nagyobb gyako-

riságával járt együtt. A roma terhességben az otthoni, szakszerű segítség nélküli szülések nagyobb gyakorisága alacsonyabb perinatális eredményeket eredményezett. Megerősítést nyert, hogy a roma anyák korábban szülnek (38+6 hét vs. 39+4 hét) és nagyobb a koraszülések előfordulása (9,3% vs. 2,2%). A két vizsgált csoport szülés előtti paramétereinek összehasonlítása során a roma népességnél rosszabb szülés előtti eredményeket találtak, annak ellenére, hogy a roma népesség teljes integrációja és életszínvonala jelentősen javult.

Táblázat 3 - Orvosi dokumentáció retrospektív vizsgálatán alapuló munkák összefoglaló táblázata a roma nők egészségügyi hozzáférése kapcsán

Forrás	Forrás fókusz	Célcsoport (Minta)	Módszer	Ország/ Régió
Diabelková et al. (2022)	Az alacsony születési súlyú csecsemők kockázati tényezői a romák körében. A kizárólag szoptatott csecsemők előfordulása romák és nem romák körében és az ezzel kapcsolatos tényezők.	Roma nők (n1=1946) és kissúlyú újszülöttjeik (n2=271)	Orvosi dokumentáció retrospektív vizsgálata	Szlovákia
Fernández et al, (2023)	A roma és nem roma nők közötti különbségeket a terhesgondozásban és az anya-gyermek kapcsolatokban.	Nem roma várandós nők (n1=94) Roma várandós nők (n2=28)	Orvosi dokumentáció retrospektív vizsgálata	Spanyolország
Šegregur, & Šegregur (2016)	Reprodukciós kimenetellel összefüggésbe hozható egészségügyi szokások (nők életkorára, családi állapotára, dohányzására, reprodukciós egészségére - abortusz, szülés -, terhesgondozására, perinatális komplikációira és terhességi korára).	Kiváló életkörülményekkel és viszonylag magas erőforráshozzáféréssel rendelkező roma (n1=204) és nem roma nők (n2=408)	Orvosi dokumentáció retrospektív vizsgálata	Horvátország

Konklúzió

Jelen munka a roma nők terhesgondozásával, fogamzásgátlásával, abortuszával, reprodukciós egészségével kapcsolatos empirikus tanulmányok áttekintését célozta meg. A tanulmányban az alkalmazott módszertanok alapján kíséreltem meg csoportosítani a téma kapcsán keletkezett munkákat. Összesen 21 tanulmány került bevonásra az előre megadott kritériumok figyelembevétele mellett. Végül három módszertani csoport került meghatározásra: 1) szóbeli kikérdezés; 2) írásbeli kikérdezés; 3) az orvosi dokumentációk retrospektív vizsgálata. A szóbeli kikérdezés kategóriába a kvalitatív kutatások változatos metódusait ismerhettük meg, de leggyakrabban a strukturálatlan interjúkat alkalmazták a szerzők. Az írásbeli kikérdezés csoportban arra figyelhettünk fel, hogy a munkák többsége valamely nagyobb, adott területen releváns adatokat tartalmazó felmérés másodlagos adatelemzésére vállalkozott leginkább, csak egy esetben használtak nyílt végű kérdéseket. A harmadik módszertani kategóriában korábbi orvosi dokumentumok alapján, például kórházi nyilvántartásokból dolgoztak a kutatók.

A tanulmányok által használt módszertani sokféleség segíti a téma mélyebb megértését, ugyanakkor az áttekintés azt mutatja, hogy a kvalitatív módszerek, például az interjúk kiváló eszköznek bizonyultak a roma nők szülészeti ellátással és reprodukciós egészséggel kapcsolatos tapasztalatainak és döntéseinek feltárására. Ezek a módszerek részletesebb és mélyebb betekintést engednek a szubjektív tapasztalatokba, ami kulcsfontosságú lehet a szülészeti ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos problémák és a reprodukciós egészséggel kapcsolatos kihívások megértéséhez. Míg a kvantitatív adatok kevésbé képesek teljeskörűen bemutatni az érintettek szubjektív tapasztalatait, és árnyaltabban elemezni a szülészeti ellátáshoz való hozzáférés problémakörét.

Tartalmi szempontból a beválasztott tanulmányok alapján megállapítható, hogy a roma nők szülészeti ellátással kapcsolatos tapasztalatai és reprodukciós döntéseik számos kihívással néznek szembe Európa-szerte. Az interjúk és fókuszcsoportos vizsgálatok azt mutatják, hogy számos szociokulturális tényező és az egészségügyi rendszer strukturális egyenlőtlenségei nehezítik a szülészeti ellátáshoz való hozzáférést, például nehezen elérhető szakellátás, utazási költségek, kommunikációs problémák és diszkrimináció.

Bizonyos jó gyakorlatok már léteznek, amelyek példaként szolgálhatnak a roma nők egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseinek javítására. Az egészségügyi dolgozók körében például a sokszínűség növelése kiemelkedő jelentőségű lehet, mivel elősegítheti a kultúrák közötti megértést és a betegközpontú ellátást. Ez a kezdeményezés magában foglalhatná a roma szakemberek kép-

zését, illetve az egészségügyi dolgozók befogadóbbá, érzékenyebbé tételét, biztosítva ezzel, hogy az egészségügyi intézmények képesek legyenek a nagyobb kulturális terhelést kezelni és hatékonyabban kiszolgálni a roma közösségeket. Az egyik ilyen kezdeményezés a Semmelweis Egyetem által (2011) indított kétéves program volt, amelynek célja roma származású orvosok képzésére irányult. Egy másik, a Pozitív Szemléletformáló Magyarország Alapítvány által szervezett projekt (2016) a roma betegek egészségügyi ellátásban való részvételére összpontosított, és a különböző érdekelt felek közötti kommunikáció javítását tűzte ki célul. Mivel a roma kultúrában fontos, hogy ki kit hogyan szólít meg, az egészségügyi dolgozóknak is fontos ismerniük a roma szokásokat. A workshopon megszerzett tudás segít abban, hogy a hallgatók kommunikációs készségei, és tájékozottsága gyarapodjon.

Ezen túlmenően, korábbi tanulmányokban említett pozitív hatások alapján megfontolandó a laikus kísérők, például dűlák képzése a roma közösségekben (pl.: Balogh, 2021). A dűlák hagyományosan szerepet játszanak a szülés folyamatában, és vannak hazai példák (pl.: Balogh, 2021) arra, hogy miként segíthetik a nőket a szülészeti ellátáshoz való pozitívabb hozzáférésben. Ez a kezdeményezés nem csak a roma közösségek számára lehet hasznos, de más etnikumok esetében is kimutatták, hogy javítja a szülés élményét és az egészségügyi eredményeket (pl.: Wint & mstai, 2019 – egy alacsony jövedelmű afroamerikai anyák körében végzett vizsgálat).

Az Egyenlő Eséllyel a Rák Ellen program (Jó, 2012) további jogyakorlatként említhető, amely a roma nők egészségügyi hozzáférését célozta meg. A kezdeményezés kerete között hátrányos helyzetű térségekben szűrőkamionok segítségével végezték el a résztvevők emlőszűrését és további egészségüggyel összefüggő felvilágosítását. A szervezet több mint 45 településen dolgozott, és több tízezer kedvezőtlen szocio-ökonómiai helyzetben lévő nőt – köztük roma nőket – ért el.

A Bódva-völgyi Roma Nők Egyesületének munkája (2011) szintén kiemelhető, mint követendő példa ezen a területen. Ők szemléletformáló foglalkozásokat valósítottak meg, amelyeken roma fiatalokkal beszélgettek a párkapcsolatokról, a tudatos családtervezésről, a házasságról, a gyermekvállalásról és a szüléségről. Ezt kiegészítették egy mentorprogrammal, amely az újdonsült anyáknak és családoknak is támogatást nyújtott. A program hozzájárult a roma nők erőforrásainak és önrendelkezésének növeléséhez, ami hosszú távon javíthatja az egész közösség életminőségét.

A Semmelweis Egyetem Közegészségtan Tanszék (Forrai & mtsai, 2007) az előzőhöz hasonló programot dolgozott ki, amely része a közösségfejlesztő és egészségügyi ismeretfejlesztő reprodukciós programnak, ami kifejezetten

a roma női klubokat célozta meg. A fő fókusz a szexualitáson, a szexuális egészségmagatartáson és a veszélyek megelőzésén volt, a résztvevők megfelelő információval és a tanult módszerekkel felvértezve az egyének, családok és közösségek szintjén specifikus kérdésekben váltak képessé segítséget nyújtani, és önszerveződve támogatni közösségüket. Az egészségklub formájában megvalósuló egészségnevelés nemcsak konkrét kérdésekkel kapcsolatos tájékoztatást nyújtott, hanem a helyi háziorvossal, nőgyógyásszal és egészségügyi szolgálattal való kapcsolatépítés mellett a köztük lévő kapcsolatok kiépítését is elősegítette.

A felsoroltakhoz hasonló jó gyakorlatok feltérképezése fontos feladat lenne a jövőbeli tanulmányok számára, hogy azokat széles körben adaptálni lehessen más közösségek vagy területek számára. Ez javíthatná a roma csoportok egészséghez való hozzáférését és a globális egészségügyi gyakorlatok hatékonyságát.

„...Lehetne kicsit halkabban is...”

Roma nők szüléssel kapcsolatos attitűdjeinek feltérképezése a félelem társadalmi konstrukciójának szemszögéből

Balogh-Szabó Kitti

Balogh-Szabó Kitti alapszakos szociológus diplomáját a Szegedi Tudományegyetemen szerezte 2011-ben, majd az ELTE Kisebbségpolitika mesterképzésén végzett 2015-ben, ahol szakdolgozatában a sikeres roma nők kitörési mintáit vizsgálta. 2012-ben az Utrecht University Migration, Ethnic Relations and Multiculturalism programjának hallgatója volt. Az anyai ágon roma származású kutató három kislány édesanyja, így érintettsége az ügyben és érdeklődése a téma iránt szinte magától értetődő. Büszke roma nőként, anyaként és társadalomkutatóként is fontosnak tartja, hogy a roma nőket érintő hátrányok minél részletesebben feltérképezésre, és egyfajta női összefogás mentén kihangsúlyozásra is kerüljenek.

Bevezetés

Romák. Nők. Roma nők. Kik is ők? Mit tudunk róluk? Mit akarunk tudni róluk? Akarunk tudni róluk? Kérdések hosszú sora, és ezerféle válasz. A roma nők a mai Magyarországon egészen biztosan egy olyan marginalizált társadalmi csoport, amelynek az összetett hátrányos helyzete mellett, társadalmat kutató vagy úgy általában „csak” társadalomról gondolkodó emberként egészen biztosan nem mehetünk el szó nélkül. A szexuális és reprodukciós jogok kérdéseinek tekintetében pedig végképp nem. Az átlagnál magasabb születésszám, a várandósgondozási rendszerből való kimaradás, vagy nehezített hozzáférés, a szülészeti erőszak, a fogamzásgátlás és a terhességmegszakítás lehetőségei, a menstruációs szegénység, az intézményes (és családon belüli) szexuális felvilágosítás hiányosságai mind olyan társadalmi jelenségek, fogalmak, amelyek erőteljesen érinthetik a roma nőket, és amelyek elemzése külön-külön és egybefüggő rendszerként is hasznos és érdemes feladat lehet a roma nők társadalmi helyzetének leírására, problémáik megértésére. Jelen írásban a roma nők várandóssággal és szüléssel kapcsolatos nehézségeit és attitűdjeit, az e kontextusban felmerülő problémáik esetleges ok-okozati összefüggéseit vizsgálom egy esettanulmányon keresztül.

A magyarországi roma nők helyzetét tekintve napjainkban a tudományos és a társadalmi diskurzusban is érvényesül az a dilemma, hogy szociális vagy etnikai dimenzióban, és ezzel párhuzamosan a társadalmi nemmel együtt kell meghatározni a cigányság hátrányos helyzetének hátterében húzódó jelenségek összefüggéseit. Ennek a dilemmának a feloldására a feminista ismeretelmélet interszekcionalitás koncepciója jelenthet megoldást. Ez egy olyan tartalmi és vonatkoztatási keretet ad a probléma megértéséhez, amely a különböző dimenziókban mért társadalmi egyenlőtlenségek egymásba fonódását és metszéspontjait vizsgálja. Az etnicitás, a társadalmi nem és a társadalmi státusz mellett minden más olyan tényezőt is figyelembe vesz, mely egy kisebbségi csoport vagy személy identitásának eleme lehet. Ezeket az elemeket a roma nők (vagy más kisebbségi csoporthoz tartozó nők) esetében nem külön-külön, vagy egymáshoz képest alá- és fölérendeltségi viszonyban vizsgálja, hanem folyamatosan és dinamikusan változó, egymással kölcsönhatásban lévő összetett jelenségként (Kóczé, 2010). A roma nők helyzete ennek értelmében tehát – főképp vidéken, ahol a földrajzi egyenlőtlenségeket is számításba kell vennünk – nem éppen kedvező. Egyszerűbben fogalmazva: rossz. Az alacsony iskolai végzettség, a nehéz munkaerőpiaci helyzet, az alacsony jövedelem éppúgy sújtja őket, mint a nemek közti egyenlőtlenségből adódó problémák és az etnikai alapú diszkrimináció. Mindeközben tudjuk, hogy a roma nők gyakran már fiatalon családanyákká válnak (Neményi, 1998; Durst, 2007).

A magyar egészségügyi ellátórendszer hiányosságai földrajzi egyenlőtlenségek mentén felerősödnek. A vidéki kórházak ellátottsága, a szakemberhiány, az egészségügyi dolgozók alulfizetettsége, a vidéki létből fakadó egyéb nehézségek – mint az intézmények fizikai távolsága, megközelíthetőség – mind olyan tényezők, melyek a túlnyomórészt vidéki környezetben élő roma nőket érintik⁷⁰. A szülészeti ellátáshoz kapcsolódó intézményrendszer az elmúlt évszázadban gyökeresen átalakult (Jankó-Badó, 2022): míg a 20. század kezdetén a szülések 5%-a zajlott kórházban, addig az 1930-as évek közepére már a szülések 25%-a, 1953-ra pedig majdnem 50%-a kórházban vagy más egészségügyi intézményben – klinikákon, szülőotthonokban – zajlott. Az 1980-as évekre 1% körülire csökkent az intézeteken kívüli szülések aránya, amely azóta sem változott. A szülészeti és várandósgondozási ellátás intézményesülése – az egy emberöltő alatt végbement medikalizációs folyamat részeként – egybeesett a teljes egészségügy államosításával a második világháborút követően, és betiltásra került minden „tudománytalanak” minősített gyógyászati tevékenység. Így az orvosi befolyást kiterjesztették többek között a terhesség és a

70 Dr. Simek Ágnes: A falusi betegek hátrányai az egészségügyi ellátás területén
[A falusi betegek hatranyai CSOF cikk rov.pdf \(antsz.hu\)](#)

szülés folyamatára is, a szülés technokrata szemlélete vált általánossá, a szülés családi eseményből orvosi esemény lett, amelynek lefolyása feltétlenül igényli az orvos közreműködését.

Ezt a rövid tudományelméleti és történeti áttekintést azért tartottam fontosnak, hogy egy keretet, egy kontextust adjon a kutatás problémafelvetésének. Összefoglalva tehát az összetett hátrányokkal küzdő roma nők szüléssel kapcsolatos megéléseit és attitűdjeit szeretném vizsgálni úgy, hogy közben azt feltételezem, tisztában vagyok azzal, hogy milyen történeti keretek, személyes életúthoz köthető nehézségek, és szocio-kulturális tényezők befolyásolhatják azokat, hiszen szociológusként, roma nőként, és háromgyermekes, VBAC⁷¹ édesanyaként is van érintettségem a témában.

Kiinduló gondolatok

Jelen tanulmányomban abból indultam ki, hogy a roma nők szüléshez fűződő érzelmei között a félelem, mint összetett fogalomrendszer kiemelt helyen szerepel. Hiszen gondoljunk csak bele, mennyi bizonytalanság, aggodalom övezi ezt az időszakot egy nő életében. Kezdve a terhesség egészségügyi kockázataitól („Minden rendben van-e?”), az orvos és kórház választáson (vagy nem választáson) át, egészen a szüléssel kapcsolatos kérdésekig („Ki fogom-e bírni azt a fájdalmat?” „Minden rendben lesz-e?”). Nagyon leegyszerűsítve ezek lehetnek azok a kérdések, melyek felmerülhetnek a kismamákban, leginkább az első, de aztán az összes következő várandósságakor is. Véleményem szerint e tekintetben nincs különbség roma és nem roma, fiatal és idős, vidéki és fővárosi édesanya között. Attól a perctől kezdve, hogy valaki a szívében már édesanyává vált, azaz megérett benne a gondolat az anyaságra, az aggodalom, és a kérdések folyamatos részei lehetnek a mindennapjainak. Amíg esetleg várat magára a kisbaba és „nem jön össze elsőre”, amiatt kell és lehet gondolkozni: „mi lehet a gond?”. Ha viszont megjelenik az a bizonyos két csík azon a kazettán, minden édesanya elindul a szülővé válás rögzös útján, ahol a félelemmel vegyes boldogság nem ismer határokat. Az ismeretlentől, az újtól való félelem tehát egy teljesen természetes dolog, hiszen „kicsiben” hasonló játszódik le a kamaszkorban is, amikor lányokból nőkké válunk. Itt viszont már nőből anyává, ami még nagyobb felelősség és kihívás. Egy roma nőnek azonban az alapvető, minden nőt egyformán érintő, terhesség és szülés körüli bizonytalanságok tengerén számos egyéb nehezítő tényezővel is szembe kell néznie, mint például a diszkrimináció, a tájékoztatás hiányosságai, a tradicionális családi mintázatok okozta nehézségek, és az egészségügyi ellátórendszer földrajzi hozzáféréseinek

71 Vaginal birth after Caesarean, vagyis szülés hüvelyi úton császármetszés után.

akadályai. Egy egyszerűsítő képi hasonlaltal élve: ha a terhesség, a szülés, a kisgyermekes időszak egy örömmel és félelmekkel kikövezett akadálypálya a nők életében, akkor a roma nőknek ezen a pályán sokszor magasabbra kell ugraniuk és mélyebbre kell merülniük, mint nem roma társaiknak.

A következőkben tehát arra teszek kísérletet, hogy egy esettanulmányban szülésélményeiken keresztül vizsgáljam a roma nők szüléssel kapcsolatos attitűdjeit. Ahogy a következőkben látni fogjuk, a félelem, és annak lehetséges háttérváltozói, mint az információhiány, az egyes beavatkozások, a szülés fájdalmai, a szülészeti erőszak, és a diszkrimináció tapasztalata nagy hangsúllyal jelennek meg az elbeszélésekben.

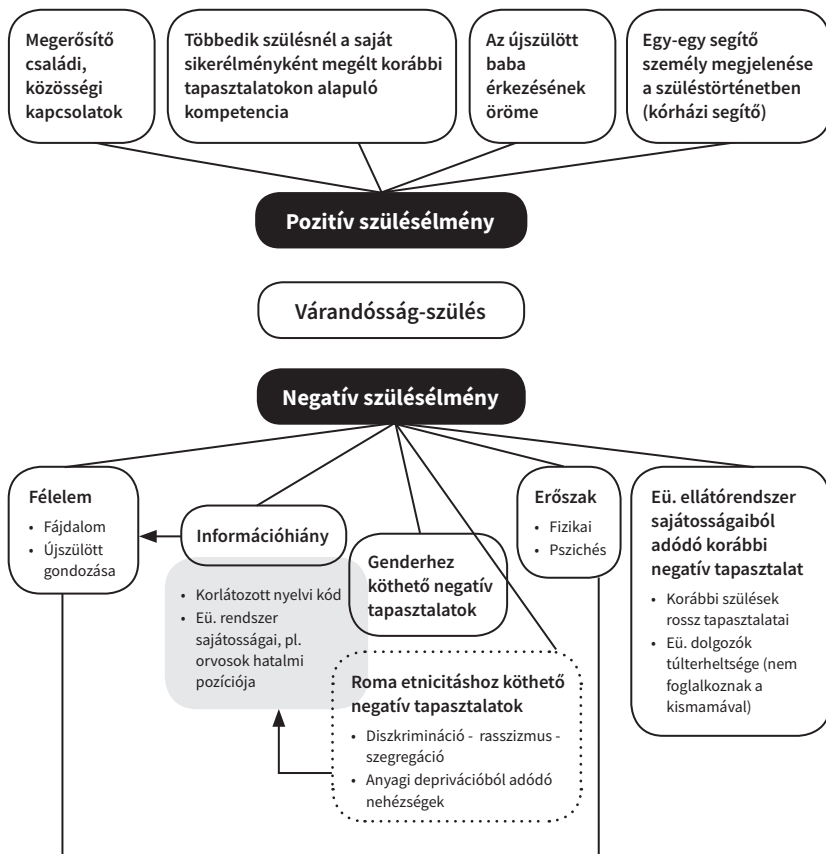
Esettanulmány: Roma nők a szülőszobán

„A Hoztam e világra⁷² egy részvételen alapuló művészeti projekt, célja a szülészeti rendszerünk, a társadalom szabta anyaminták és az anyaság körüli tabuk vizsgálata. A projektbe bárki jelentkezhethet, aki az elmúlt évek során szerzett élményeket a szülészeti rendszerünk bármely területén. A projektben résztvevők együttműködésükkel hozzájárulnak egy művészeti kutatómunka létrejöttéhez.” – olvasható a Hoztam-e világra projekt YouTube csatornájának kezdőoldalán. Az anyaság és főképp a szülés misztériumát hús-vér, valódi nők személyes történeteinek keresztül ismerhetjük meg az itt közzétett videókon keresztül, ami egyfelől nagyon mély, magával ragadó élmény, másfelől viszont értékes kutatási terep lehet, hiszen az anyák szüléstörténeteik gyakorlatilag egy „láttelepet” adnak a társadalmunk sebeitől. Azokról, amelyeket az édesanyák szenvednek el a szülőágyon, és melyek lelki lenyomatai tovább öröklődnek az újszülöttekre is. A kvalitatív mélyinterjú-részletekként értékelhető videóanyagokból képet kaphatunk a mai női szerepekről, a női létezés és az anyasághoz fűződő társadalmi sztereotípiákról, és az egészségügyi ellátórendszer szüléshez kapcsolódó szolgáltatásainak állapotáról is.

A roma nők szülésélményeit feldolgozó anyag jelenleg hét videót tartalmaz „Roma nők a szülőszobán” címmel. Jelen kutatásomban a kvalitatív tartalomelemzés módszerét használtam, melynek segítségével árnyaltabb képet kaphatunk a roma nők szüléssel kapcsolatos attitűdjeiről, valamint a többszörösen összetett hátrányos helyzetükből adódó sérelmeikről. A kis elemszám és a kutatás kvalitatív jellege miatt messzemenő következtetéseket nem vonhatunk le az eredményekből, de a roma nők szüléshez fűződő attitűdjeinek mintázatait körvonalazhatjuk, mely jó kiindulópontja lehet későbbi, szélesebb körben, nagyobb spektrumon végzett felméréseknek a témában.

72 <https://www.youtube.com/@HOZTAMEVILAGRA>

Kiinduló gondolataimhoz kapcsolódóan azt is gondolom, hogy a roma nők – főként, ha nem egymástól elszigetelve, elszórtan, hanem erős roma közösségben élnek – anyáról lányára hagyományoznak szüléshez és anyasághoz köthető viselkedésmintákat, pozitív és negatív attitűdöket, így akár félelmeket is. Olyan, hagyományosan „női tudás” ez, melyet egyfajta félelemmel vegyes izgalom övez, és mely a roma kultúrában egyfajta felnőtté válási rítusként, szertartásként is felfogható. Ha egy lány – akár fiatalon – teherbe esik, és szülésre készül, az általában öröm a családban. Szülés után már édesanya, nem gyermek többé. Ehhez a „tűzkeresztséghez”, egy gyermek világrajöveteléhez kapcsolódó érzések, attitűdök azonban számos pozitív és negatív fogalmat, jelentéstartalmat is hordozhatnak magukban. Az elbeszélések mögött húzódó jól körülhatárolható tartalmi dimenziók az alábbiak:



Ahogy az az ábrán kirajzolódik, a várandósság és a szülés köré felírható fogalomtérkép kétpólusú. Amíg a pozitív oldalon a boldogság és az elégedettség dimenziójában néhány magától értetődő elem szerepel, addig a negatív oldal sokkal összetettebb, jóval több fogalomból építhető fel és értelmezhető.

Az általam vizsgált hét roma nő szüléstörténete néhány dologban eltér, de nagyon sok hasonlóságot is mutat. A szüléshez köthető negatív fogalmak sorában az első és legfontosabb – és véleményem szerint legaggályosabb is –, mely átítatja az elbeszélők történeteit, az nem más, mint az információhiány. Minden interjúalany történetében tetten érhető az a fajta „nem tudás”, ami nem csak a roma nők, de a legtöbb nő első szülését jellemzi. Az „ismeretlentől való félelem” egy részről természetes, azonban leküzdhető, de legalábbis megszelídíthető lenne, ha az ellátórendszer jobban törekedne rá, hogy információkat akarjon megosztani a nőkkel, ha nem az idősebb női családtagoktól kellene tudakolni a szülés körüli teendők, folyamatok és történések mikéntjeit. Az elbeszélők kivétel nélkül és nagyon hangsúlyosan, többször említik, hogy nem tudták mi történik velük pontosan, sem a várandósság során egy-egy vizsgálat alkalmával, sem az aktív vajúadás, vagy a szülés közben egy beavatkozás elvégzésekor:

„Nem tudtam, mi történik a szülőszobán, nem világosított fel senki. [...] Nővérem mondta, hogy olyan mintha kakálni kellene.”

„Anyuék nem világosítottak fel, túl is hordtam.”

Az egyik interjúalany elmesélte, hogy a gátmetszés közben megvágták a baba fejét, mikor pedig megkérdezte, hogy ez miért történt, csak legyintve azt mondták, ez így normális. Más arról beszélt, hogy befektették a terhespatológiára 10 napra, de nem igazán értette, miért. Egy nő, mikor megkérdezte a védőnőt, miért van a kiskönyvébe írva, hogy veszélyeztetett terhes, akkor szembesült vele, hogy a babája farvégű, de ennek következményeiről, a lehetséges komplikációkról nem tájékoztatták. A sor a teljesség igénye nélkül is hosszasan folytatható lenne, de a lényeg így is érzékelhető: a nőket, kiváltképpen a roma nőket nem tájékoztatják megfelelően. Ennek több oka is lehet: a nők ágenciáját és kompetenciáját a jellemzően férfi többségű orvostársadalom megkérdőjelezi, vagy egyszerűen semmisnek veszi. A roma nők, esetleges nyelvi korlátok (ha a cigány az elsődleges anyanyelvük) és az átlagosan alacsonyabb iskolai végzettségük miatt – ami az első gyermek fiatalabb életkorban való vállalásával is összefügghet – is hátrányba kerülnek ezen a területen (Janky 2006, 140-141). Egyszerűbben fogalmazva: egy 15-17 éves, 8 osztályt végzett fiatal roma kismamának nehezebb megértenie az orvosi szakkifejezéseket, mint esetleg egy 35 éves diplomás nőnek, főleg akkor, ha az orvos nem is törekszik rá, hogy elmagyarázza mit miért tesz, javasol, vagy kér. De a fiatal cigány nő

kisebbségi valószínűséggel is fogja megkérdezni vagy megkérdőjelezni az orvost a várandósság vagy szülés körüli történések kapcsán, hiszen vélhetően szégyelli, hogy nem érti pontosan a szakkifejezéseket, hova tovább fél a kérdései esetleges következményeitől, például a megaláztatástól. Visszafelé is igaz a roma nők kompetenciájának megkérdőjelezése a vizsgált esetekben: szinte minden történetben hangsúlyosan megjelenik valamilyen formában, hogy az orvosok és az egyéb egészségügyi dolgozók nem hittek a roma kismamának. Nem hitték el, hogy annyira fáj; hogy már beindult; hogy már tolófájásai vannak; hogy nem érzi jól magát. De a félelem, hogy esetleg „még rosszabb lesz” a bánásmód, meggátolta őket abban, hogy akár utólag kiálljanak magukért. „Ki kell bírni...”

Ördögi kör ez tehát, ami viszont rámutat a következő nagy fogalmi körre a térképünkön, ami nem más, mint a félelem: „Nem mondtak semmit, hogy mi történik, el kellett viselni”. Elsősorban a fájdalomtól és a kórházi napoktól való félelem az, ami a vizsgált interjúkban nagyon hangsúlyosan megjelenik a szüléstörténetekben. Szinte kivétel nélkül minden roma édesanya úgy emlékszik vissza saját szüléseire – leginkább az elsőre –, hogy nagyon félt a fájdalomtól, és ez be is igazolódott, hiszen nagy fájdalmakat éltek át úgy, hogy közben egy nem támogató közegben, egyedül voltak. Az újszülött gondozásának kezdeti nehézségei, az ettől való félelem is többször említésre került. Ugyanakkor ez az információhiánnyal, és a szintén kiemelten megjelenő szülészeti erőszakkal is összefüggésbe hozható. Hiszen, ha nem tudom pontosan, mi fog velem történni, ki lesz mellettem, milyen lehetőségeim vannak a fájdalomcsillapításra, hogyan fogom tudni az újszülöttemet szoptatni, gondozni stb., akkor valóban nehezebb a helyzet, mintha tisztában lennék mindezekkel. És habár a jól informáltság önmagában nem biztosíték arra, hogy minden rendben zajlik, minden nőnek joga van tudni, hogy mi történik vele és a kisbabájával a szülés során. Ha viszont ezt a jogot elveszik tőlük, nem tájékoztatják őket, akkor az „ismeretlentől való félelem” az, ami átítatja a legtöbb nő gondolatait, kiváltképp az első gyermekük születésekor.

A roma kismamák esetében azonban ez még kiegészül a diszkriminatív bánásmódtól való félelemmel is. Az esettanulmányként vizsgált „Hoztam e világra” projekt roma nők szülésélményeit feltáró videóanyagában szereplő nők ugyanis szinte kivétel nélkül beszámoltak ilyen fajta sérelmekről. Már a terhesgondozás során, de az első gyermekük születésekor egyértelműen azonosíthatóan érte valamilyen mértékben hátrányos megkülönböztetés a roma édesanyákat, ami gyakran verbális, olykor fizikai abúzzsal vagy erőszakkal is társult. A vizsgált videók interjúalanyai közül csupán egy nő akadt, aki nem érzékelt diszkriminatív viselkedést az egészségügyi dolgozók részéről:

„Nem is tudtam, hogy cigány vagyok. Vagyis tudtam, de nem tudtam, hogy ettől rosszul kell éreznem magam [...] Nem éreztem ezt a megkülönböztetést.”

Ő az egyetlen azonban, aki egy idősebb korcsoportba tartozik, 50 év feletti. Ez magyarázhatja a többiekétől eltérő megélését, hiszen a másik 6 édesanya nagyjából egykorú, 30-40 év közötti nő. A rendszerváltás előtti időkben más volt a szüléshely rendszere hazánkban. Még léteztek a szülőotthonok is, kimutathatóan kevesebb beavatkozás történt a szülések során⁷³ és a rendszer sajátosságaiból adódóan a romákkal szembeni előítéletesség mértéke is kisebb volt. A diszkriminációt tapasztaló, annak szóbeli és fizikai megnyilvánulási formáit is megélő édesanyák a következőkről számoltak be a születéstörténeteikben:

*„Szerintem azért nem emlékszek az ő szülésére, mert hogy állandóan az kattogott a fejemben, hogy jó, most be kell menni, gyorsan megszüülöm, elhallgatom gyorsan, hogy mit fognak mondani, mert úgyis csak a sz*t fogják mondani.”*

„Elég fagyűlölő műtős jött értem, mert mikor meglátott azt mondta fúj, már megint cigány. És ledobta a kezemet, hogy hozzá ne érjek. [...] Elvitték a babát, de visszahozták és mondták, hogy gratulálok nagyon szép kisfiú. Akkor a műtős megint beszólt, hogy ez szép gyerek? Hát nézz már rá! – hogy roma a gyerek.”

„Amikor a gyerekágyas részlegen is voltam, ott is nagyon éreztették, hogy te roma vagy. Alapból az, hogy téged teljesen külön tesznek a nem romáktól, már ez is nagyon nagy megkülönböztetés. Hátra tesznek az utolsó két szobába, ahol csak romák vannak, elől meg a nem romák.”

Ahogy az előző idézetből is kiolvasható, fizikai szegregáció is tetten érhető az elbeszélésekben. A kórházi elkülönítés, a cigány és nem cigány kismamák elszeparálása azonban nem kizárólag negatív megélésű az elbeszélők élményei alapján:

„Ott észrevettem a különbséget, mert azon variáltak a nővérek, hogy melyik szobába tegyenek be, hát végül csak oda tettek, ahol a romák voltak [...] Ott jó volt, volt velem egy ismerősöm is.”

„Nem romákkal tettek engem össze, hanem magyarokkal. Engem az is kibuktatott, mert ők nem szóltak hozzám, nem foglalkoztak velem, úgyhogy depis lettem.”

73 Demografia.hu/korfa 2021. március XXI. évfolyam 1. szám

„Így voltak a magyarok, és így a romák [két kezével ellentétes irányba mutat] [...] 24 óra után vittek át a roma folyosóra, de viszont ott olyan nővéreké voltak, akik szerették a romákat.”

A fizikai térbeli elkülönítés, mint diszkriminációs jelenség pozitív értékelése korántsem jelenti azt, hogy a roma nők ne lennének tisztában azzal, hogy ez a fajta eljárás a kórház részéről milyen káros a társadalmi folyamatok szempontjából, és az egyenlő bánásmód kérdéskörének tekintetében is elfogadhatatlan, jogsértő magatartás. Egy olyan kiszolgáltatott helyzetben, amelyben minden kismama, gyermekének életet adó nő érezheti magát, ha a szülés körül nincs támogatója, nem számíthat segítségre, ott mégis inkább pozitívan értékelhetik a nők ezt a szituációt. A közösség, az ismerős közeg sok esetben kissé tudta pótolni a kórházi dolgozók elmaradt, vagy alacsony szintű segítségét:

„Az az igazság, hogy szerettem is volna, hogy romák közé menjek, mert ott segítettünk egymásnak, elmondtuk a bajunkat [...] Ha tudtuk, hogy romák közé megyünk, már az öröm volt.”

Világosan látszik tehát, hogy a segítség, a támogatás hiánya, a negatív szülés körüli élmények, a kórházi dolgozók előítéletessége erősen jellemzi az elemzésbe bevont roma nők tapasztalatait szüleiükkel kapcsolatban.

A roma sztereotípiákra épülő, kifejezett szóbeli abúzus is megjelenik a történetekben, például a roma édesanyákat fiatal életkoruk miatti megszegésében, de más formákban is:

„Mondtam is neki, hogy ha megvan rá a lehetőség, hogy császár legyen, mert hogy farvégű a baba, lehetne valamit csinálni, hogy ne essek többet teherbe. [...] És akkor rám nézett és mondta, hogy á, ne kufircoljon.”

„Beértünk a kórházba. Már ott se viselkedtek valami szépen velem, hogy ilyen fiatalon szülök. Hogy képzeltem én ezt. Teljesen szégyelltem magam.”

„Olyan magas ágy volt, alig tudtam leszállni, s akkor rám szólt a nővérke, most ráncigassalak le?”

„Meg köteleztek a gátkezelésre, jó hát én elmentem, de hát én nem simán szültem, én császárral szültem, akkor nekem minek kell menni. Azért, mert nem tudnak, nem tudunk normálisan megfürödni. Ez volt a válasz.”

„Rám szólt az egyik szülésznő, hogy ez már hangos, lehetne kicsit halkabban is. És akkor elkezdtem a karomat így harapdálni.”

„Azt mondta nekem, ha megcsináltam, jó legyen kinyomni is.”

Az érintett édesanyák többsége a szóbeli bántalmazás mellett fizikai erőszakról is beszámolt, és olyan jogsértő cselekményekről, mint a beleegyezés kérésének elmaradása. A kitolási szakaszban a kézzel nyomás mint „segítség”, a beavatkozások beleegyezés nélküli alkalmazása (beöntés, vákuum stb.), a durva, fájdalmas vizsgálatok, melyekről a roma nők beszámolnak, nem tekinthetők elfogadhatónak, ők mégis többnyire úgy élték meg, mint amit „ki kell bírni”, „el kell fogadni”:

„És akkor a hatalmas tenyerével, nem is a tenyerével, hanem a könyökével így belekönyökölt [a hasába] és akkor úgy jött ki. [...] Borzasztó volt.”

„És akkor bejött hozzám egy orvos, de nem egyedül, hanem tanulókkal, szinte gyerekekkel. Az engem nagyon zavart. És akkor nem is ő végezte el a vizsgálatot, hanem a tanulókkal végeztette el. [...] Rajtam gyakoroltak szinte.”

„De nem kérdeztek meg, hogy anyuka szeretné, hogy bejöjjön ide a takarítónő megnézni a faros szülést. [...] Akkor ott úgy éreztem, hogy ott nekem semmi szavazati jogom nincs, ott nem én döntök semmiről. Hiába az én testem, az orvosok csinálnak vele azt, amit akarnak, az néz engem, aki akar.”

Ilyen és ezekhez hasonló mondatok szövik át az interjúkban szereplő roma édesanyák történeteit, és valószínűsíthetően ezek nem elszigetelt, egyedi esetek.

Az első szülésük után ezek az édesanyák depressziós tünetekről is beszámoltak, melyből nehezen, és csak az őket támogató ismerős személyekre, jellemzően sorstárs anyákra támaszkodva tudtak felépülni, intézményi segítségük itt sem volt:

„Nem segítettek semmit. [...] Voltak egy-két kijelentéseim, amiket már meg is bántam. Durva volt. [...] Mikor hazamentünk a kórházból ott már volt segítségem. Szép lassan helyrejöttem belőle, de a kórházban ott kibuktam, mondtam is olyan dolgokat, hogy nem kell nekem ez a baba, vigyék el tőlem. [...] De utána már ezt legyőztem.”

„Lehet azért is, hogy nem akartam, de nagyon depressziós voltam akkor.”

A bizonytalanság és a félelem érzete valamilyen mértékben minden várandósságra jellemző, hiszen sok ponton kiszámíthatatlan és kontrollálhatatlan a folyamat, kezdve az egészségügyi értékektől, a szülés kimenetelén át, a szülés idején éppen ügyeletben lévő kórházi személyzet kiletéig. De nincs

meghatározóbb, mint az ember saját élménye, saját megélései. Az első szülésük negatív élményei ezért az interjúalanyok következő születeit is befolyásolták (a hét interjúalanyból hat nőnek van három, egy nőnek pedig négy gyermeke), de a későbbi születeik esetében már megfigyelhető a megoldási-megküzdési stratégiák, amelyek a roma nőket többé-kevésbé átlendítették a felmerülő nehézségeken.

Az első és legfontosabb a korábbi tapasztalatokból jövő testérzetekbe vetett bizalom érzéséből adódó „későbbi kórházba menetel”, mint a kórházi kiszolgáltatott lét ellenpólusa. Az interjúalanyok többsége arról mesél a többedik születei kapcsán, hogy sokáig vajúdtott otthon, hiszen már nagyjából tudta, mikor kell bemennie, ezzel lerövidítve a kórházban töltött időt, így kevesebb felületet adva az esetleges atrocitásoknak:

„Beindult a szülés, otthon vajúdtam az anyósommal meg a családtagokkal. Nagyon nehezen bírták. [...] Mondtam még nem, még nem kell mentő, tudni fogom mikor kell bemenni. Ott tudtam ordítani. Az ő születe azért volt jó, mert tudtam, hogy mikor kell menni, hogy ne hallgassak senkit, csak magamat.”

Érdekes közös pont ez a történetekben, és közben sokat elmond az ellátó-rendszerről is: az édesanyák, főként, ha már van gyermekük, és az első szülésükhöz kapcsolódó rossz tapasztalatuk, a lehető legrövidebb időt szeretnék eltölteni a szülésük során intézményi keretek között.

Fontos ugyanakkor kiemelni azt is, hogy minden történetben vannak pozitív elemek is, mint a kisbabával való első találkozás emlékezetes pillanata, de ide sorolható a családi kötődések, kapcsolatok támogató jelenléte is. Néhány esetben az anyák beszámoltak a kórház fizikai körülményeinek pozitív tényezőként való értékelhetőségéről, amikor a felújított kórházzal tesznek említést (új, modern épület, tiszta kórtermek stb.).

Ami a pozitív tényezők sorában egyértelműen közös pont még, az nem más, mint egy-egy pozitív segítő személy megjelenése. Szinte kivétel nélkül minden történetben említést kap egy vagy több személy, aki valamilyen támogatást nyújtva a kismamának mintegy „jótünderként” segített túljutni a nehézségeken. A szülés körül ez jellemzően egy nővér vagy szülésznő, az otthoni teendőket ellátása és a szülés megindulása során pedig valamelyik női családtag. A saját édesanyját, és az anyósát említi mindenki, mint a családi dimenzió fontos alakját. Férfi orvost, vagy férfi családtagot segítő szerepben a roma nők a szüléstörténetük elbeszélése során csak ritkán, és kisebb hangsúllyal említenek, mint női segítők.

A család fontossága, kiemelt szerepe is kitűnik a történetekben, mint közös pozitív elem. Az édesanyák arról számolnak be, hogy a családjuk, a kiterjedtebb rokonság is nagyon várta a kisbabák érkezését, biztatták, támogatták őket a várandósság alatt, a vajúdas otthoni szakaszában és a kisbabával töltött első időkben is. A szülőszobára azonban senki nem kísérte be őket. Többen említették, hogy bár a párjuk ott volt a kórházban, nem akart bemenni, vagy be sem engedték:

„Én meg ott nagyon kínlódtam. Kiültettek a folyósóra, hogy hát várjon.”

„Kedvesen fogadtak, ott lefeküdtem, nem nagyon foglalkoztak velem. [...] Néha-néha benézett rám egy orvos, aztán ki is ment. Több óra hosszát vajlódtam. [...] Azokban a percekben nagyon jó lett volna, ha ott lett volna velem egy dűla.”

„Sóhajtoztam, hogy hogy fáj, meg, hogy hívják már be hozzám a páromat, mert hogy itt van a folyosón. Aztán azt mondták, hogy nem, ide nem lehet bejönni senkinek, hát mit képzelek én.”

A család egy negatív fogalommal kapcsolatban is megjelenik: az abortusz három videó interjúban is említésre kerül. Egy esetben bekövetkezett, két esetben pedig megghiúsult terhességmegszakításról számolnak be az anyák. Azonban míg a megvalósult esetben titokban tartotta az édesanya a család előtt a dolgot, addig az egyik megghiúsult esetben éppen a család beszélte le az anyát az abortuszról.

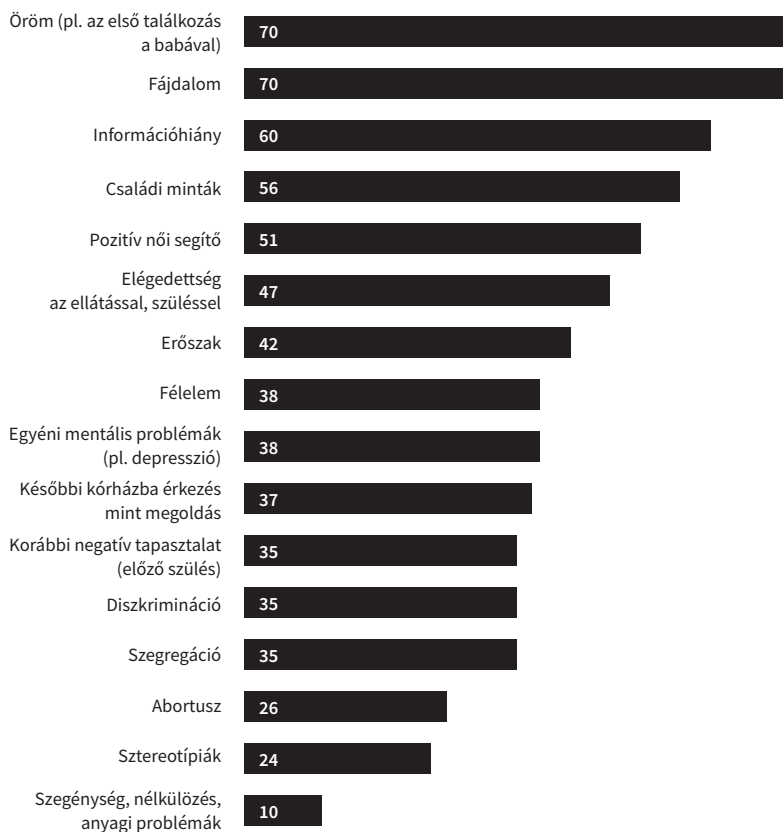
„Nem is tudták sokan, még anya se. Egyedül mentem be este, teljesen egyedül.”

„Őt már nem nagyon akartam, de így a szülők, a testvérek is azt mondták, hogy ne vétessem már el, mert az bűn. Úgyhogy ő így maradt. De még az a jó, hogy maradt!”

Itt is tetten érhető tehát a család fontossága a cigány anyák életében, hiszen ilyen és ehhez hasonló jövőre kiható nehéz döntésekben is meghatározó a véleményük. Az abortuszt vállaló édesanya számolt be egyedül szegénységről, gyakorlatilag azzal indokolva a beavatkozást. Több esetben nem hangzik el információ anyagi-gazdasági deprivációról, de talán ide sorolható, hogy minden édesanya mentővel ment a kórházba, tehát vélhetően saját személyautóval nem rendelkezik a család, ami az ellátás hozzáférhetőségének kérdése miatt lehet fontos.

A videóanyag tartalomelemzésének eredményeit összefoglalva tehát: az interjúalanyok szüléssel kapcsolatos attitűdjei kapcsán általánosan elmondható, hogy a félelem önmagában, de összetett, több háttérváltozós fogalomként is értelmezhető a történetekben. Megjelenik önállóan, de a többi kirajzolódó fogalom felfogható a félelem és a bizonytalanság érzésének „összetevőjeként” is. Az alábbi diagram az elbeszélésekben megjelenő fogalmak megjelenési gyakorisága és hangsúlyossága, azaz egyfajta erősség szerinti súlyozást követő kirajzolódását mutatja be.⁷⁴

Diagram 1 - Roma nők szüléstörténeteiben megjelenő fogalmak



⁷⁴ A kvalitatív tartalomelemzés módszertana mentén a vizsgált fogalmakhoz kapcsolódó kifejezések elhangzásának gyakorisága mellett a hozzájuk kapcsolódó érzelmi töltetet, pl. arckifejezések, hanglejtés stb. is figyelembe véve súlyoztam.

Az eredmények önmagukért beszélnek. A leghangsúlyosabb fogalmak a szülés kapcsán a fájdalom és az öröm. Gyakorlatilag ez felfogható a fenti fogalomtérképen vázolt két pólusként is. A pozitív oldalon az új családtag, egy kisbaba érkezése, a család támogató várakozása, a (jellemzően többedik szülés esetén) pozitív(abb) szülésélmény, az első találkozás élettélménye, néhány kedves kórházi dolgozó segítőkész, biztató szava áll. A negatív oldalon pedig az a bizonytalanság, amiben benne rejlik a fájdalomtól, a kórházi beavatkozásoktól, az erőszakos bánásmódtól, a diszkriminatív megnyilvánulásoktól, az információk elhallgatásától, vagy a nem pontos tájékoztatástól való félelem és aggodalom. A félelem fogalma itt tehát, mint társadalmi konstrukció szerepel, és láthatjuk, ahogyan számos jelentéstartalom és -dimenzió fűződik hozzá az egyéni elbeszélésekben, melyek jónéhány hasonlóságot mutatva össze is kapcsolódnak.

A félelmek és a bizonytalanság leküzdése – Egyéni és közösségi megküzdési stratégiák a roma nők szüléssel összefüggő negatív tapasztalatain alapuló attitűdjeik kapcsán

Az esettanulmányban feltárt összefüggések mentén az jól kirajzolódik, hogy a roma nők szüléssel kapcsolatos félelmei nagy mértékben az információhiányon alapulnak. A második, harmadik szülésénél már minden édesanya magabiztosabban, megerősödve tudott fellépni, helytállni az egészségügyi ellátórendszer sokszor rögzös útvesztőjében. A kiütkeresésben nélkülözhetetlen tudás ez, melyet azonban a kismama az első terhessége és szülése során „szed össze” innen-onnan, de elsődlegesen a saját – jellemzően negatív – tapasztalataiból. Gyakorlatilag sok esetben az első kisbaba érkezésének „kárára” lehet megtanulni, hogyan kell elintézni a terhesgondozással járó papírmunkát, melyik terhességi héten milyen vizsgálat következik, és mi is történik szülés közben. A negatív élmények azonban nagy hatással lehetnek az anya-gyermek kötődésre, a gyermekágyi depresszió az első hetek nehézségein is túlmutatva pedig megnehezítheti az anyává és családdá válás folyamatait. Ezért kiemelten fontos, hogy a roma kismamák, és minden kismama megfelelő tájékoztatást kaphasson, tisztában legyen a jogaival és kötelezettségeivel minden, a várandósságot és szülést érintő esetben.

Az otthoni vajúadás, mint megküzdési elem kiemelten hangsúlyos volt a vizsgált esetekben, de ehhez is szükség van a megfelelő tudásra, tapasztalatra (fel kell tudni ismerni az esetleges veszélyhelyzetet is), valamint beemelődik a támogató közeg is mint fontos elem. A női családtagok támogatása itt elengedhetetlen, de talán a teljes kisközösség támogatását is bírni kell ahhoz, hogy minél tovább háborítatlan lehessen a vajúadás.

A támogató közeg a kórházban is kialakítható, melyben minden kismamának hasznos és értékes segítője lehet egy dúla⁷⁵, azaz egy asszonytársi segítő. Olyan, általában már saját szülési és kisgyermekgondozási tapasztalattal rendelkező nő, aki a vajúadás és szülés során, de akár már a terhesség egésze alatt folyamatosan kapcsolatot tart a kismamával, támogatja a testi és lelki változásokkal való megküzdésben, akár csak biztonságot adó jelenlétével is. A dúlák nem egészségügyi szakemberek, nem is mediátorok, de birtokában vannak a szükséges tudásnak és tapasztalatnak, valamint empátiának ahhoz, hogy támogassák az édesanyákat laikus segítőként. Piaci alapon már több éve elérhető Magyarországon ez a szolgáltatás, a dúla képzést elvégző segítők szerződésel szegődnek egy-egy kismama mellé, és kísérik végig őket az édesanyává válás útján. A roma nők számára azonban nem biztos, hogy elérhető egy effajta szolgáltatás. Éppen ezért is jött létre, és működik a világ számos pontján⁷⁶, úgynevezett közösségi dúlaszolgálat, mely alapítványi segítséggel és adományozó rendszereken keresztül működik, és kíséri a hátrányos, vagy nehéz anyagi körülmények közt élő lányokat és anyákat, az anyák számára ingyenesen.

Magyarországon az EMMA Egyesület és a Regina Alapítvány Miskolc 2020-ban hívta életre ezt a fajta kezdeményezést, és tartott 40 órás dúla képzést Alsó-zsolcán, ahol jelenleg is sikerrel működik a program⁷⁷. A szülésre készülő fiatalasszonyok így nincsenek egyedül ebben a minden szempontból érzékeny élethelyzetben. Olyan valódi támogatókra lelnek a saját közösségükben aktív, tehát számukra is ismerős és megbízható dúlák személyében, akikre nem csak a várandósság és szülés körüli testi és lelki kérdéseik kapcsán számíthatnak, hanem szülésük során is lehetővé teszik, hogy a külső kórházi beavatkozások helyett, belső megélésükre tudnak figyelni. A kiszolgáltatottság, a kórházi dolgozók diszkriminatív magatartása, az információhiány minden esetben pozitívabb képet fest, ha a kismama számíthat egy támogató személy aktív jelenlétére. Hiszen, ha nem vagyok egyedül, ha valaki, akiben megbízhatok csak azért van ott velem, hogy az én igényeimre figyeljen ebben a meghatározó és emberfeletti küzdelemben, amiben egy új életet hozok a világra, minden fájdalom jobban viselhető.

Véleményem szerint további kutatás szükséges a témában, hogy az még árnyaltabb és mélyebben értelmezhető lehessen. De egy biztos: a női összefogások, civil szerveződések, valamint a helyi szintű aktivizmus sok jót hozhatnak

75 <https://emmaegyesulet.hu/2022/07/01/kozossegi-dulaszolgalat-alsozsolcan/>

76 Mint az USA több pontján is, például Michigan-ben <https://communitydoulaservices.org/about>, vagy Corvallis-ban <https://www.communitydoulaprogram.org/about-us/>

77 <https://emmaegyesulet.hu/2022/07/01/kozossegi-dulaszolgalat-alsozsolcan/>

a magyarországi roma és nem roma nők várandóssággal és szüléssel kapcsolatos megélései terén, ami hosszútávon egy jobb, kevésbé technokrata és medikalizált szülészeti ellátás felé vezetheti az intézményrendszert is. Ennek érdekében pedig hallatnunk kell a hangunkat. És ezt csak nagyon hangosan lehet.

Irodalomjegyzék

Felhasznált irodalom

Kóczé Angéla (2009): Missing Intersectionality: Race/Ethnicity, Gender, and Class in Current Research and Policies on Romani Women. In.: Europe. Central European University.
<https://cps.ceu.edu/sites/cps.ceu.edu/files/cps-policy-study-missing-intersectionality-2009.pdf>

Balogh Lídia – Gellér Judit (2019): Roma nők hátrányos megkülönböztetése a szülészeti ellátás során: két magyarországi jogeset, háttérrel. FUNDAMENTUM, 23(1-2), 204-223.
<http://real.mtak.hu/104920/1/fundamentum-19-1-2-17.pdf>

Balogh Lídia (2022): Laikus szüléskísérők (dúlák) egy borsodi roma közösségben. In.: A vidéki Magyarország a pandémia korában, IX. Falukonferencia, KRTK Regionális Kutatások Intézete.
<https://falukonferencia.rkk.hu/eloadasok/balogh.pdf>

Basile, Lisa (2020): Why PCOS Affects Women of Color Differently.
<https://www.healthcentral.com/condition/polycystic-ovary-syndrome-pcos/why-pcos-affects-women-color-differently>

Bárd Petra – Szontagh Veronika Anna (2021): Áldozathibáztatás kisebbségi csoportok sértetteivel szemben. Szociológiai Szemle 31(1): 29–56.
http://real.mtak.hu/126518/1/29_56.pdf

Bihari Ildikó (2021): Az iskolai szegregáció szerepe a hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok lemaradásában. Acta Medicinæ et Sociologica (2021). Vol. 12. No. 32. (67-88).

Badrogi Beáta (2016): Roma nők helyzete és lehetőségei a szülészeti ellátásban. Emma Egyesület.
https://emmaegyesulet.hu/wp-content/uploads/2020/05/roma_hu.pdf

Borgos Anna (2017): Pszichoanalitikus elméletek nőiségképe Freudtól a feminista pszichoanalízisig.
http://real.mtak.hu/73167/1/Pszichoanalitikus_elmeletek_noisegkepe_F.pdf

Borja Herrero, C. – Grau Muñoz, A. – Colomer Revuelta, J. – Donat Colomer, F. (2022): What gypsy mothers say about breastfeeding. Enferm Clin (Engl Ed), 32(5), 316-325.

Boskey, Elizabeth (2023): The Benefits of Sexual Education in Schools. Verywellhealth.
<https://www.verywellhealth.com/support-comprehensive-education-schools-3133083>

Central European University (2018): A synthesis of civil society's reports on the implementation of national Roma integration strategies in the European Union.

Creatas, George (1995): Adolescent pregnancy in Europe. In.: J Fertil Menopausal Stud. 1995;40 Suppl 2:80-4.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8574254/>

Crenshaw, Kimberlé (1989): Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139.

Crenshaw, Kimberlé (1991): Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. Stanford Law Review, 43(6), 1241–1299.

<https://doi.org/10.2307/1229039>

Cvorovic, Jelena (2019): Self-rated health and teenage pregnancies in roma women: increasing height is associated with better health outcomes. J. Biosoc. Sci. 51, 444–456.

Cvorovic, Jelena (2020): Child wantedness and low weight at birth: differential parental investment among Roma. Behav. Sci. 10.

Csatló R. – Pukánszky J. – Németh A. (2014): Szülői nevelés hatása a serdülők szexuális magatartására. Védőnő, 24 (4), 14-18.

Cserné Adermann Gizella (2003): Önbeteljesítő tanári elvárások - iskolai kudarcok. Tudásmenedzsment. 4. évf. 1. szám.

https://epa.oszk.hu/02700/02750/00007/pdf/EPA02750_tudasmenedzsment_2003_01_053-062.pdf

Diabelková, J. – Rimárová, K. – Urdzík, P. – Dorko, E. – Houžvičková, A. – Andraščíková, Š. – Drabiščák, E. – Škrečková, G. (2022): Risk factors associated with low birth weight. Central European Journal of Public Health, 30, 43-49.

<https://doi.org/10.21101/cejph.a6883>

Dohmen, Britta (2023): Menstrual rights are human rights - a qualitative study about period poverty among homeless Roma in Stockholm.

<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/79078>

Durst Judit (2006): Kirekesztettség és gyermekvállalás. A romák termékenységének változása néhány „gettósodó” aprófaluban (1970-2004). Doktori (PhD) disszertáció. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.

Durst Judit (2007): Több a kára, mint a haszna: születésszabályozás a „gettóban”. Demográfia folyóirat.

<https://www.demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografia/article/view/542/485>

Ekezie, W. – Hopwood, E. – Czyznikowska, B. – Weidman, S. – Mackintosh, N. - Curtis, F. (2023): Perinatal health outcomes of women from Gypsy, Roma and Traveller communities: A systematic review. Midwifery, 129.

Emma Egyesület (2014): Távol Budapesttől – Várandósgondozás és szülés a vidéki településeken: Hátrányos Helyzet – Nők a szülészeti ellátásban.
https://emmaegyesulet.hu/wp-content/uploads/2020/05/varandosgondozas_es_szules_videken.pdf

Emma Egyesület (2014): Értsük meg egymást! Roma nők a szülészeti ellátórendszerben.
<https://emmaegyesulet.hu/wp-content/uploads/2020/05/ertsuk-meg-egymast.pdf>

EUAFR (2017): Second European Union Minorities and Discrimination Survey Muslims– Selected findings. European Union Agency for Fundamental Rights.

Fernández-Feito, A. – Bueno-Pérez, A. – Díaz-Alonso, J. – Paz-Zulueta, M. – Lana, A. (2022): Prenatal and Birth Care of Roma Women. *Nursing Research*, 72(1), 12-19.

Hajioff S. – McKee M. (2000): The health of the Roma people: a review of the published literature. *J. Epidemiol. Community Health*. 54: pp. 864-869.

Forrai J. – Solymossy J. – Csépe, P. (2007): Közösségfejlesztő és egészségügyi ismeretfejlesztő reprodukciós program. In.: Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség. *Fundación Secretariado Gitano, Madrid*, pp. 84-88.

Forray R. Katalin (2016): Reziliencia cigány, roma hallgatók körében.
https://www.academia.edu/23440671/Reziliencia_cig%C3%A1ny_roma_hallgat%C3%B3k_k%C3%B6r%C3%A9ben

Fundamental Rights Agency (2019): Second European Union Minorities and Discrimination Survey – Roma Women in Nine EU Member States.

Griffin, D. – Galassi, J. (2010): Parent Perceptions of Barriers to Academic Success in a Rural Middle School. *Professional School Counseling* 14(1): 87–100.

Herbert J. Gans (1992): Mire szolgálnak az érdemtelen szegények? *Esély*. 1992. 1. szám.
http://www.esely.org/kiadvanyok/1992_3/mireszolgalna.pdf

Hornby, G. (2000): *Improving parental involvement*. London: Cassell.

Hudson N. (2021): The missed disease? Endometriosis as an example of ‚undone science‘. *Reprod Biomed Soc Online*.

Jankó-Badó Andrea (2022): A szülészeti jogokkal kapcsolatos jogtudat empirikus vizsgálata. Félautonóm társadalmi mezők a szülés körül. *Doktori értekezés*.
https://real-phd.mtak.hu/1169/1/Janko-Bado_Andrea_dolgozatv.pdf

Janky Béla (2016): A szegénység újratemelődése: A struktúráról a kultúráig, és vissza. *Gondolatok Orlando Patterson és Ethan Fosse „The Cultural Matrix: Understanding Black Youth” című köteté kapcsán*. In.: Takács Judit – P. Tóth Tamás (szerk.): *Kisebbség, többség, többszörösség. Kisebbségi–többségi viszonyok a magyar társadalomban*. MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet. 135-151.

Janky Béla (2010): A cigány nők társadalmi helyzete és termékenysége. In: Nagy Ildikó – Kóczé Angéla (szerk.): Nehéz sorsú asszonyok feketén fehéren, Roma nők munkaerőpiaci és megélhetési esélyei két kistérségben, Kutatási beszámoló.

Jó Marianna (2012): Egyenlő eséllyel a rák ellen. Roma halandóság, szűrés és képessé tétel. Parola. A közösség – és társadalomfejlesztés folyóirat.
<https://kofe.hu/parola/parola-folyoirat/egyenlo-esellyel-a-rak-ellen-roma-halandosag-szures-es-kepesse-tetel/>

Karácsony I. – Gyulai-Balog F. – Pergel M. (2022): A család szerepe a serdülőkorú fogamzásgátlással kapcsolatos ismeretek közvetítésében. In.: Karlovitz János Tibor (szerk.): Szakmódszertani és más pedagógiai tanulmányok. International Research Institute s.r.o. Komárno. 146-157. pp.
<http://www.jgypk.hu/tanszek/alknyelv/wp-content/uploads/2022/05/Szadm%C3%B3dszertani-%C3%A9s-m%C3%A1s-pedag%C3%B3giai-tanulm%C3%A1nyok-2022.pdf#page=146>

Kemény I. – Jánky B. – Lengyel G. (2005): A magyarországi cigányság 1971-2003. Budapest: Gondolat Kiadó Kör.

Kertesi Gábor – Kézdi Gábor (2016): A roma fiatalok esélyei és az iskolarendszer egyenlőtlensége. MTA KTI 3. o.

King, E. J. – Stojanovski, K. – Acosta, J. (2018): Low levels of modern contraceptive use and associated factors in the Western Balkans. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 23(4), 295-302. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1493100>

Király Kinga Júlia – Bernáth Gábor – Setét Jenő (2021): Romák Magyarországon. A diszkrimináció kihívásai. Minority Rights Group Europe.

Kis Bocs Baba-Mama Közhasznú Egyesület (2023): Tanulmány a menstruációs szegénység leküzdéséért.

Kiss-Kondás Dóra (2021): Szexuális kultúra vizsgálata miskolci középiskolás diákok körében. Multidiszciplinális Tudományok, 11 (2), 345-351.

Kolonits Klára – Tárkányi Ákos (2010): Párkapcsolatra és házasságra nevelés Magyarországon és az USA-ban. Mester és Tanítvány, 7(3), 29-45.

Kovai Cecília (2011): A „cigány” osztály és az egyenlőség uralma. Két észak-magyarországi iskola „romapolitikája”. Beszélő online. 2011. július-augusztus, 16. évfolyam 16, 7. szám.

LeMasters, K. – Baber Wallis, A. – Chereches, R. – Gichane, M. – Tehei, C. – Varga, A. – Tumlinson, K (2019): Pregnancy experiences of women in rural Romania: understanding ethnic and socioeconomic disparities. Culture, health & sexuality, 21(3), 249-262.

Liskó Ilona (2005): A roma tanulók középiskolai továbbtanulása. Felsőoktatási Kutatóintézet, Budapest Web.
<https://mek.oszk.hu/09800/09847/09847.pdf>

Marina Csikós (2022): The Place of Roma Women in Hungary's Social Integration Strategies: A Gender Analysis. German Marshall Fund of the United States.

Makrai Kata (2018): Szexuális nevelés, mint rejtett tantervi elem – A szexuális nevelés lehetőségei tanodai keretek között. *Pedagógia* 2018 január. 172–179.
<https://www.irisro.org/pedagogia2018januar/45MakraiKata.pdf>

Makrai Kata (2019): A korai gyermekvállalás ...mint korai iskolaelhagyást okozó faktor hatása a társadalmi esélyekre.
https://www.tani-tani.info/korai_gyermekvallas

Makrai Kata (2020): „Ki mit szakít, azt szagolja”. Nők a „kettősházi” cigány közösségben egy életútinterjúból lett kiscsoportos interjú tanulságai alapján.
<https://www.uni-miskolc.hu/~btmtt/almanach/441-449.pdf>

McFadden A. – Siebelt L. – Gavine A. – Atkin K. – Bell K. – Innes N., et. al. (2018): Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. *Eur. J. Public Health* 2018; 28: pp. 74-81.

Móré M. – Stomp Á. – R. Fedor A. (2022): Oktatási helyzetkép telepszerű körülmények között élő roma lakosokról. *Acta Medicinæ et Sociologica*. Évf. 13. szám 34.
<https://ojs.lib.unideb.hu/ams/article/view/11176>

Neményi Mária (1998): Cigány anyák az egészségügyben.
<http://mek.niif.hu/01100/01156/01156.htm>

Nikolic, Z. – Djikanovic, B. (2015): Differences in the use of contraception between Roma and non-Roma women in Serbia. *Journal of Public Health (Oxford)*, 37(4), 581-589.

Pakai A. – Novákné Szabó Sz. – Karácsony I. – Vajda R. (2022): A roma nők ismereteinek felmérése védőnői körzetben a méhnyakrák és kockázati tényezőivel kapcsolatban. *Arany pajzs*.

Paksi B. – Széll K. – Magyar É. – Fehérvári A. (2020): A lemorzsolódás egyéni és kontextuális tényezői. *Iskolakultúra*. XXX. évf. 8. sz., 62-81.

Janky Béla (2005) A cigány nők társadalmi helyzete és termékenysége. In.: Pongrácz Tiborné - Tóth István György (szerk.): Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. TÁRKI - Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium. Budapest. 136–148.
<https://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a970.pdf>

Király Kinga Júlia – Bernáth Gábor – Setét Jenő (2021): Romák Magyarországon: A diszkrimináció kihívásai. *Minority Rights Group Europe*. Jelentés.
https://minorityrights.org/wp-content/uploads/2021/03/MRG_Rep_RomaHung_HU_Mar21_E.pdf

Pap Enikő – Dés Fanni (2023): Az Isztanbuli Egyezmény végrehajtása helyi szinten: Segédanyag és eszköztár a nők elleni erőszak, a párkapcsolati és családon belüli erőszak megelőzésére és felszámolására önkormányzatok, helyi és regionális közösségek számára. NANE Egyesület – Patent Egyesület.

<https://nane.hu/wp-content/uploads/IE-webre-HU-20230525.pdf>

Pusztai Gabriella (2015): Tőkeelméletek az oktatáskutatásban. In: Varga Aranka (szerk.): A nevelésszociológia alapjai. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Neveléstudományi Intézet, Romológia és Nevelésszociológia Tanszék, Wislocki Henrik Szakkollégium, 137-160.

Radó Péter (2018): A közoktatás szelektivitása mint a roma szegregáció általános kontextusa. In.: Fejes József Balázs – Szűcs Norbert (szerk.): Én vétkem. Helyzetkép az oktatási szegregációról. Motiváció Oktatási Egyesület. Szeged.

<https://mek.oszk.hu/18200/18263/18263.pdf>

Rambousková, J. – Dlouhý, P. – Krízová, E. – Procházka, B. – Hrnčířová, D. – Anđel, M. (2009): Health behaviors, nutritional status, and anthropometric parameters of Roma and non-Roma mothers and their infants in the Czech Republic. *Nutrition Education and Behavior*, 41(1), 58-64.

Rattigan, S. – Bray, E. – Garrett, J. (2022): Gypsy, Roma, and Traveller mothers' Experiences of Maternity Care. *Friends, Families & Travellers*.

Reid B. – Taylor J. (2007): A feminist exploration of Traveller women's experiences of maternity care in the Republic of Ireland. *Midwifery* 2007; 23: pp. 248-259.

Rédai Dorottya (2020): Roma lányok szexualitása tanár-szemmel. Etnikai- és osztályegyenlőtlenségek diszkurzív újratermelődése a középiskolában. *TNTeF* (2020) 10.1. 67-87.

<https://ojs.bibl.u-szeged.hu/index.php/tnfef/article/view/33942/33001>

Ryu, A. – Kim, T. H. (2015): Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas*.

<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.08.010>

Sedlecky, K. – Rašević, M. (2015): Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(2), 101-109.

<https://doi.org/10.3109/13625187.2014.957825>

Šegregur, J. – Šegregur, D. (2017): Antenatal characteristics of Roma female population in Virovitica-Podravina County, Croatia. *Zdr Varst*, 56(1), 47-54.

<https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0007>

Siecus (2004): Guidelines for Comprehensive Sexuality Education. National Guidelines Task Force.

<https://siecus.org/wp-content/uploads/2018/07/Guidelines-CSE.pdf>

Selling, Jan (2018). Assessing the Historical Irresponsibility of the Gypsy Lore Society in Light of Romani Subaltern Challenges. *Critical Romani Studies*, 1(1), 44-61.

<https://doi.org/10.29098/crs.v1i1.15>

Stojanovski K. – Janevic T. – Kasapinov B. – Stamenkovic Z. – Jankovic J. (2017): An assessment of romani women's autonomy and timing of pregnancy in Serbia and macedonia. *Matern. Child Health J.* 2017; 21: pp. 1814-1820.

Szabó L. – Boros J. (2023): Socio-economic differences among low-birthweight infants in Hungary: Results of the Cohort '18 – Growing Up in Hungary birth cohort study. *PLoS One*, 18(9), e0291117.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291117>

Szabó L. – Veroszta Z. (2022): A folyosó végén: Roma nők a várandósgondozás és szülészeti ellátás rendszerében. *Esély: Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat*, 33(3), 3–24.

Szezik, I. – Susánszky, É. – Szántó, Zs. – Susánszky, A. – Rubashkin, N. (2018): Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary: Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey. *European Journal of Mental Health*, 13, 51–69.

<https://doi.org/10.5708/EJMH.13.2018.1.5>

Szilágyi Vilmos (2006): *Szexualpszichológia*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.

The Scottish Government (2014): *The Experiences of Mothers Aged Under 20: Analysis of Data From the Growing up in Scotland Study*. Published 20 February 2014.

<https://www.gov.scot/publications/experiences-mothers-aged-under-20-analysis-data-growing-up-scotland-study/pages/11/>

Tóth Kinga Dóra (2004): *Magyarországi és angliai kiemelkedett cigányok identitástípusainak összehasonlító elemzése*. PhD Doktori értekezés. Kézirat. Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem.

Varga Aranka (2017): *Inkluzivitás napjainkban: hátrányos helyzetű, roma/cigány fiatalok életútja*. *Educatio*, 26 (3). pp. 418-430.

https://real.mtak.hu/81100/1/EDU_2017.3.8_Varga_Inkluzivitas_napjainkban_u.pdf

Vladimirova, M. – Amudzhiyan, D. – Momchilova, T. – Vakrilova Becheva, M. (2022): Use of contraceptives by Roma women from Plovdiv region. *Folia Medica (Plovdiv)*, 64(5), 782-786.

<https://doi.org/10.3897/foimed.64.e67757>

Watson, H.L. – Downe, S. (2017): Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: a mixed-methods systematic review. *Reprod Health* 14, 1 (2017).

<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0263-4>

Wint, K. – Elias, T. I. – Mendez, G. – Mendez, D. D. – Gary-Webb, T. L. (2019): Experiences of Community Doula Working with Low-Income, African American Mothers. *Health Equity*, 3(1), 10.1089/heq.2018.0045.

Wirth J – Winkler Zs. (2015): *Nők elleni erőszak az adatok tükrében FRA-népesség-bűnügyi statisztikák, NANE Egyesület*.

<https://nokjoga.hu/wp-content/uploads/nane-fra-nepesseg-enyubs-final-2014-w-w-2015jun19.pdf>

Wright, Erik Olin (1999): Általános keretrendszer az osztálystruktúra elemzéséhez. In: Angelusz Róbert (szerk): A társadalmi rétegződés komponensei. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest, pp. 101-121.

Felhasznált egyéb dokumentumok

Bódva-völgyi Roma Nők Egyesület.

https://romanok-edeleny.hu/?page_id=1581

Council of Europe. 2007. Our Voices Heard – Amare Glasura Ashunde. Council of Europe.

<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/>

<DisplayDCTMContent?documentId=0900001680082caf>

Czégény István (2015): Ezek a cigány egyetemisták csalódást akarnak okozni.

https://szemlelek.blog.hu/2015/04/09/ezek_a_ciganyok_csalodast_akarnak

okozni?fbclid=IwAR2lpeR68p9ZNJqAp_3EICTs6ip5jVAZVR5ajkQ5aH9BhuFIU3wZyah7BE

DEMOGRAFIA.HU/KORFA 2021. MÁRCIUS XXI. ÉVFOLYAM 1. SZÁM

Ebktv. kommentár Kárpáti József – Bihary László – Kádár András Kristóf – Farkas Lilla (2006): Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény magyarázata. Budapest: Másság Alapítvány.

http://www.egyenlobanasmod.hu/tanulmanyok/hu/Ebktv_kommentar.pdf

ECRI. 2023. ECRI report on Hungary. (sixth monitoring cycle)

<https://rm.coe.int/ecri-6th-report-on-hungary-translation-in-hungarian-/1680aa687b>

ENSZ. 2023. CEDAW. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.

<https://www.ecoi.net/en/file/local/2088877/N2306491.pdf>

ERRC. 2004. „Gypsy rooms” and other discriminatory treatment against romani women in hungarian hospitals.

<http://www.errc.org/roma-rights-journal/gypsy-rooms-and-other-discriminatory-treatment-against-romani-women-in-hungarian-hospitals>

ERRC. 2007. Az Európai Roma Jogok Központja észrevételei Magyarországról Az Egyesült Nemzetek a nőekkel szembeni megkülönböztetés felszámolásával foglalkozó Bizottsága 39-ik ülésére.

<https://prod-cdn.atria.nl/wp-content/uploads/sites/2/2019/01/22111448/>

<ERRCCedawShadowReport.pdf>

ERRC. 2020. Reproductive Rights of Romani Women in Hungary.

http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/5228_file1_reproductive-rights-of-romani-women-in-hungary.pdf

Eurodiaconia. 2014. Szakpolitikai dokumentum a romák társadalmi befogadása.
https://eurodiaconia.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/2014-pp-on-roma-inclusion_hungarian.pdf

Európai Bizottság. 2007. Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség.
https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf

Európai Bizottság. 2013. Commission staff working document. Report on health inequalities in the European Union.
https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/report_healthinequalities_swd_2013_328_en_0.pdf

Európai Bizottság. 2023.
https://www.parlament.hu/documents/10181/64399821/Infojegyzet_2023_1_EU_romapolitika_oktatas.pdf/a46dbd06-fd56-25fb-b7e1-64fe2e44b387?t=1676474510075

Európai Parlament. 2020. Jelentés a nemzeti romaintegrációs stratégiák végrehajtásáról: a romani háttérű személyekkel szembeni negatív hozzáállás elleni küzdelem Európában (2020/2011(INI))
https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2020-0147_HU.pdf

Európai Unió. 2015. Teenage and older mothers in the EU. Eurostat.
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170808-1>

Európai Unió. Oktatás és képzés 2020. Iskolai irányelv. Átfogó iskolai megközelítés a korai iskolaelhagyás megelőzésére.
https://education.ec.europa.eu/sites/default/files/document-library-docs/policy_rec_hungarian_final.pdf

Független Szakszervezetek Demokratikus Ligája. 2013. Az ENSZ nőjogi bizottságának értékelése Magyarországról.
<https://liganet.hu/6967-az-ensz-nojogi-bizottsaganak-ertekelese-magyarorszagrol.html>

Gypsy Lore Society. 2023.
<https://www.gypsyloresociety.org/>

Jogtar.hu. 2021. A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény módosítása – 2021. évi LXXIX. törvény a pedofil bűnelkövetőkkel szembeni szigorúbb fellépésről, valamint a gyermekek védelme érdekében egyes törvények módosításáról.
<https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A2100079.TV#ljb0idf6b3>

KSH. 2016. Statisztikai tükör.
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/oktat/oktatas1516.pdf>

KSH Mikrocenzus. 2016. Nemzetiségi adatok.
https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_12.pdf

KSH. 2022. A háztartások életszínvonala.

<https://ksh.hu/s/helyzetkep-2022/#/kiadvany/a-haztartasok-eletszinvonala/a-szegenyseg-vagy-tarsadalmi-kirekesztodes-kockazatanak-kitettek-szama-es-aranya-dimenzionkent-2022>

KSH. 2023. 2021-es helyzetkép. Szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának kitétek aránya az Európai Unió országában.

<https://ksh.hu/s/helyzetkep-2022/#/kiadvany/a-haztartasok-eletszinvonala/szegenyseg-vagy-tarsadalmi-kirekesztodes-kockazatanak-kitettek-aranya-az-europai-unio-orzsagaiban-2021>

KSH. 2023. A társadalmi kirekesztődés kockázata kitétek aránya néhány társadalmi jellemző szerint.

<https://ksh.hu/s/helyzetkep-2022/#/kiadvany/a-haztartasok-eletszinvonala/a-szegenyseg-vagy-tarsadalmi-kirekesztodes-kockazatanak-kitettek-aranya-nehany-tarsadalmi-jellemzo-szerint>

KSH. 2023. Gyorstájékoztatók Népmozgalom.

<https://www.ksh.hu/gyorstajekoztatok#/hu/document/nep2311>

KSH. 2023. Helyzetkép. Élettel való elégedettséget és elégedetlenséget valószínűsítő tényezők, 2023.

<https://ksh.hu/s/helyzetkep-2022/#/kiadvany/a-haztartasok-eletszinvonala/elettel-valo-elegedetseget-es-elegedetlenseget-valoszinusito-tenyezok-2023>

Portfolio.hu 2023.

<https://www.portfolio.hu/befektetes/20231003/kiderult-mennyibe-kerul-felnevelni-egy-gyereket-643421>

Pozitív Attitűd Formálás Magyarország Alapítvány 2016.

<https://pafhungary.hu/tevekenysegeink/kepzesek-port/roma-paciensek.html>

Radó Péter (2023): Közoktatási kasztrendszert mutatnak a magyar diákok PISA-eredményei. Portfolio.hu.

<https://www.portfolio.hu/gazdasag/20231213/rado-peter-kozoktatasi-kasztrendszert-mutatnak-a-magyar-diakok-pisa-eredmenyei-656819>

Semmelweis <https://semmelweis.hu/hirek/tag/roma-orvoskepzes/>

Simek Ágnes: A falusi betegek hátrányai az egészségügyi ellátás területén

https://www.antsz.hu/data/cms40586/A_falusi_betegek_hatranyai_CSOF_cikk_rov.pdf

United Nations International Children's Emergency Fund. (n.d.). Child Protection. Retrieved February 3, 2024. <https://www.unicef.org/protection>

WHO. 2018. „Baby-Friendly Hospital Initiative: Implementation Guidance”. World Health Organization, p. 20.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>

