

Betegjogok etnikai metszetben

Lukács Ágnes ■ Feith Helga Judit dr.

Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest

Bevezetés: Egészség- és betegségtudatunk kulturálisan meghatározott, etnikai és vallási szocializációnk az egészségügygel kapcsolatos attitűdjeinket is alakítja. A többségi társadalom normáin alapuló betegjogok és betegkötelezettségek a mindennapi gyakorlat során többször szembekerülnek a roma népesség kisebbségi normáival. **Célkitűzés:** A szerzők célja annak feltárása, hogy a roma népesség egészségügyi ellátása során milyen ütközési pontok merülnek fel a betegjogokkal, valamint a betegkötelezettségekkel kapcsolatban. **Módszer:** A tanulmányban részben orvosantropológiai és szociológiai tanulmányok eredményeit, részben több mint 40, egészségügyi dolgozók számára tartott betegjogi kurzus tapasztalatait használták fel. **Eredmények:** A kulturális meghatározottságból, az alacsony társadalmi státusból fakadó tényezők, valamint a kisebbségi létből eredő szociálpszichológiai mechanizmusok egyaránt alakítják az egészségügyi ellátás szituációit, valamint a betegjogok és kötelezettségek érvényesülését. **Következtetések:** Az egészségügyi dolgozók és a roma páciensek közötti félreértések többsége elsősorban a kulturális különbségek ismeretének hiányában gyökerezik, ezért is tartják a szerzők kiemelt fontosságúnak a transzkulturális szemléletmód, valamint a romológiai ismeretek népszerűsítését az egészségügyi alap- és továbbképzések során. *Orv. Hetil., 2016, 157(18), 712–717.*

Kulcsszavak: roma, betegjogok, transzkulturális szemléletmód, egészségpszichológia

Patients' rights in ethnic segment

Introduction: The perception of health and sickness are culturally determined and, therefore, ethnic and religious socialization forms attitudes toward the medical system. During everyday practice, patients' rights and obligations, which are based on the norms of the major society, confront Roma minority norms. **Aim:** The aim of the authors was to explore the main interferences of patients' rights and obligations during the medical care of the Roma. **Method:** The authors analyzed the results of medical anthropology, health sociology, and the experience obtained from more than 40 courses about patients' rights. **Results:** Cultural determinants, effects of the lower socioeconomic status and social-psychological mechanism equally form the situations of healthcare and the observance of patients' rights and obligations. **Conclusions:** Most of the misunderstandings between healthcare workers and Roma patients stem from the lack of knowledge about cultural differences. Therefore, transcultural approach and Romani studies should be significant part of graduate and postgraduate courses in the field of medical education.

Keywords: Roma, patient rights, transcultural nursing, medical sociology

Lukács, Á., Feith, H. J. [Patients' rights in ethnic segment]. *Orv. Hetil., 2016, 157(18), 712–717.*

(Beérkezett: 2016. február 17.; elfogadva: 2016. március 16.)

Rövidítések

BEGYKA = Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány; Eütv. = 1997. évi CLIV. tv.; OBDK = Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ

Tanulmányunk fókuszába egy olyan társadalmi kérdést állítottunk, amely az egészségügyi ellátás mindennapjait is átszövi. Sorra vesszük, hogy a roma¹ népesség egészség-

ségügyi ellátása során milyen ütközési pontok merülhetnek fel a betegjogokkal, valamint a betegkötelezettségekkel kapcsolatban, hogyan feszülnek egymásnak kulturális, szociális, valamint jogi kérdések [1].

Köztudott, hogy a roma népesség nem csupán hazánk legnépesebb, de a legrosszabb egészségi állapottal jellemezhető kisebbsége is egyben. Várható élettartamuk átlagosan 10–15 évvel rövidebb a többségi társadalomhoz viszonyítva, magasabb körökben a csecsemőhalandóság, gyakoribbak a koraszülések, a kis súlyú születések. A látáskárosodás, a vashiányos anaemia, valamint a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulása többszörösen felülreprezentált körökben a többségi társadalomhoz ké-

¹ Mivel a „roma” kifejezés az oláh cigányok romani nyelvéből ered és „férfiembert” jelent, kizáró a nőekkel, valamint a többi cigány népcsoporttal szemben. Tanulmányunkban éppen ezért a roma, illetve cigány szót egymás szinonimájaként használjuk, de értve ez alatt a teljes népcsoportot [1].

pest [2–17]. Fontos hangsúlyozni, hogy a roma népesség egészségügyi helyzetét illetően az etnikai dimenzió szorosan, elválaszthatatlanul összefonódik szociális helyzetükkel. Az alacsony iskolázottság, a munkanélküliség, a nehéz anyagi körülmények, a rossz lakásviszonyok, a szegény szomszédság/környezet okozta szociális hatások, valamint az egészségügyi/szociális ellátások elérhetőségeinek nehézsége egymásból is következve, illetve egymást erősítve rontják a romák egészségi állapotát. Mindezekre befolyással bírnak a megbélyegzettségéből fakadó pszichoszociális hatások, amelyek szomatikus következményei szintén nyomot hagynak az egészségi állapoton [11, 13, 18]. A strukturális és szociálpszichológiai determináltság a kulturális beágyazottsággal is kiegészül, hiszen az egészség- és betegségtudat kulturálisan meghatározott, az etnikai és vallási szocializáció az egészségüggyel kapcsolatos attitűdöket is alakítja [19]. Ugyan a cigány kisebbséget nagyon gyakran homogén csoportnak tekinti a többségi társadalom, fontos hangsúlyoznunk, hogy a hazai cigányság nem egységes népcsoport, hanem néprajzilag, szociológiailag és lingvisztikailag eltérő csoportok – romungrók, oláh és beás cigányok – összessége [1, 20]. Ez még inkább bonyolítja a különböző rítusok, hagyományok értelmezését a magyarországi romák vonatkozásában.

Az 1997. évi CLIV. tv. [21] (továbbiakban Eütv.) széleskörűen szabályozza a betegek és az egészségügyi dolgozók jogait és kötelezettségeit. Bár az Eütv. hatályba lépése óta az egészségügyi szolgáltatók egyre nagyobb figyelmet fordítanak a kilenc nevesített betegjog betartására/betartatására, ennek ellenére még mindig igen magas a betegpanaszok száma. Bár a betegjogi panaszok tényleges számáról pontos adatok nem állnak rendelkezésünkre, de a 2011-ben megszüntetett Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány (BEGYKA) jelentése szerint 2004 és 2008 között meredek emelkedést mutatott a betegjogi jogsértések száma. 2004-ben 6750, míg 2008-ban már 16 600 jogsértést regisztráltak egy év alatt, ezt követően ugyan némi visszaesést lehetett tapasztalni, de maradt a tízezer körüli nagyságrend [22]. A 2012-ben létrejött Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (továbbiakban OBDK) rendelt betegjogi képviselői rendszer adatszolgáltatása alapján 2014-ben 12 198 esetben keresték meg a betegjogi képviselőket: információ/tájékoztatás 54%-ban, panasz 35%-ban, míg észrevétel 11%-ban. Hasonlóan a korábbi évek adataihoz, a leggyakrabban megsértett betegjogok: a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog; a tájékoztatáshoz való jog; illetve az indokolatlan várakoztatás, valamint az egészségügyi dolgozó által alkalmazott nem megfelelő hangnemet érintő emberi méltósághoz való jog [23].

Módszer

A cigányok egészségi jellemzőinek, valamint a betegjogaiknak és betegkötelezettségeiknek vizsgálatakor rö-

tőn az adatszerzés problémájába ütközünk, ugyanis az egészségügyi intézetekben nem regisztrálják külön a romákra vonatkozó adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény [24], valamint a nemzetiségek jogairól szóló 2011. évi CLXXIX. törvény [25] értelmében. Éppen ezért fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a különböző tanulmányok eredményeit a megfelelő vonatkozattal lehet csak értelmezni.

A cigányok egészségmagatartását elemző vizsgálatok a kilencvenes évek második felében kerültek fókuszba. Számos reprezentativitásra törekvő és még több nem reprezentatív kutatás készült a témában, amelyekben a cigányok kedvezőtlen egészségi jellemzőin túl az egészségügyi ellátás során tapasztalt konfliktusokra is fény derült.

Tanulmányunkban 29, 1980 és 2015 között publikált hazai, romák egészségügyi helyzetével, egészségügyi ellátásával kapcsolatos orvosantropológiai, valamint szociológiai tanulmány eredményeit használtuk fel, illetve 2013 és 2015 között, 11 egészségügyi intézményben, 574 egészségügyi dolgozó számára tartott, 41, főként 16 órás betegjogi kurzus² tapasztalataira támaszkodtunk.

Eredmények

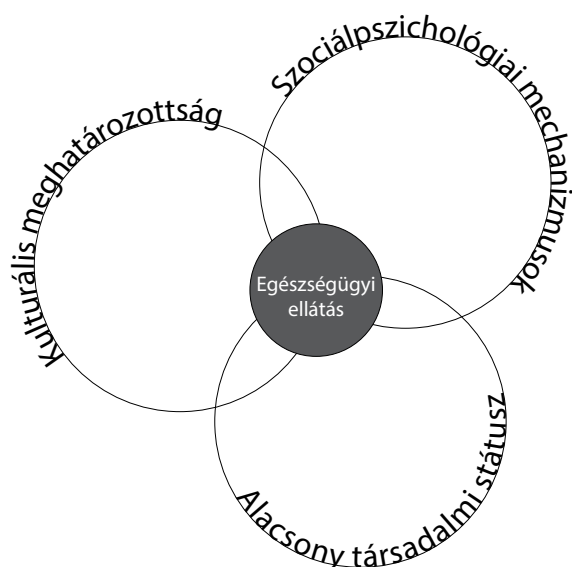
A többségi társadalom normáin alapuló betegjogok és betegkötelezettségek a mindennapi gyakorlat során többször szembekerülnek a cigány népesség kisebbségi normáival. Az egészségügyi ellátáshoz, az emberi méltósághoz való jog, az önrendelkezéshez való jog, a kapcsolattartás joga egyaránt számos dilemmát vet fel a romák és az egészségügyi ellátórendszer viszonyában.

Az áttekintett szakirodalmak alapján a betegjogok és -kötelezettségek terén felmerülő ütközési pontoknak három fő eredőjét különböztettük meg a cigányok vonatkozásában. A kulturális meghatározottság, az alacsony társadalmi státusz, valamint a kisebbségi létből fakadó szociálpszichológiai mechanizmusok egyaránt alakítják az egészségügyi ellátás szituációit, valamint a beteg- és az egészségügyi dolgozói jogok és kötelezettségek érvényesülését (1. ábra).

Kulturális meghatározottság

A modern társadalmak medikalizációjával az emberi élet meghatározó eseményei – mint a születés, halál – is kórházi keretek közé kerültek [26]. A többségi és kisebbségi normák eltérései miatt a betegjogok és betegkötelezettségek számos esetben szembekerülnek egymással, amennyiben például a kórházi házirend betartása, valamint a hagyományok ápolása nem valósítható meg egy

² Az akkreditált betegjogi kurzusok a TÁMOP 6.2.2. (képzési programok az egészségügyi ágazat szolgáltatásfejlesztése érdekében) program keretén belül valósultak meg.



1. ábra | A cigány népesség egészségügyi ellátását meghatározó tényezők

időben. A hazai cigányok esetében ez utóbbi ellentét legplasztikusabban a halálhoz/halotthoz és az ehhez kapcsolódó szokásokban jelenik meg, ezt alább részletesebben tárgyaljuk. Ezen a ponton azonban még egyszer szeretnénk hangsúlyozni, hogy a kulturális meghatározottság cigány közösségenként eltérő, nem csupán attól függően, hogy romungró, oláh vagy beás cigány csoportokról beszélünk, de az adott közösség zártságát, szekularizáltságát tekintve is.

A gyermekvárásnak a hagyományörző cigány csoportok körében – eltekintve a középosztálytól – nincs a többséghez hasonló kultúrája, a várandós nőt nem kímélik a mindennapi tevékenységektől, státusza a gyermek megszületése után változik csak [4, 15, 27–29]. *Neményi Mária* cigány anyákkal folytatott kutatásából [4] kiderül, hogy előfordul, hogy az orvos és az ápolók nyomtatékos kérése ellenére sem marad a kórházban a veszélyeztetett terhességű kismama, hiszen szegényben maradna az otthoni teendőkhöz elhanyagolása miatt. A kutatás megerősíti, hogy a roma nők attitűdjei mögött nem feltétlenül tudatlanság, kiszolgáltatottság áll, hanem erőteljesen érvényesülnek a saját közösségben családdal, gyermekvállalással kapcsolatos tudatos tradíciók. Ebben az esetben a betegoldalon az egészségügyi intézmény elhagyásának joga ütközik az orvosi előírások betartásával, valamint az egészségügyi személyzettel való együttműködés betegkötelezettségeivel. Az egészségügyi szolgáltató oldalán viszont az ellátási kötelezettség terhe s felelőssége jelenik meg, és ez nem pusztán jogi, hanem morális kötelezettségként is jelentkezik. Egyes hagyományörző – leginkább oláh és beás cigány – csoportoknál a nők alárendeltsége nem teszi lehetővé az önálló döntések meghozatalát egészségügyi szituációkban sem, ez korlátozza az önrendelkezéshez való jogot [4, 28, 29]. Ez az attitűd azonban a jogképesség és a cselekvőképesség polgári jogi és egészségügyi jogi normáinak

egyáltalán nem feleltethető meg. Az erősen tradicionális társadalmi normarendszer miatt a nő nem maradhat férfi kísérő nélkül egyedül – ez az orvosi vizsgálatoknál konfliktust eredményezhet, hiszen az egészségügyi szolgáltató nincs felkészülve a betegek ellenkező nemű hozzátartozóira (ráadásul nem csak egy, hanem adott esetben több kísérőre). Ez a kulturális kötöttség korlátozhatja a beteg orvosi titoktartáshoz való jogának rendeltetészerű gyakorlását, ráadásul ez kihathat a beteg megfelelő egészségügyi ellátására is, hiszen előfordulhat, hogy a beteg a kísérő jelenléte miatt nem teljeskörűen tájékoztatja az egészségügyi ellátásában közvetlenül részt vevő személyeket. A kevésbé szekularizálódott cigány közösségekben a fokozott szemérem miatt tabuként tekintenek a szexualitáshoz kapcsolódó kérdésekre. Ez gátat szab az erről való kommunikációnak a családban, illetve az egészségügyi ellátás során egyaránt [28–33], amely jelentősen meghatározza a tájékoztatáshoz való jog gyakorlását, de ezzel összefüggésben a beteg megfelelő egészségügyi ellátását, az önrendelkezési jogát, az egészségügyi intézmény elhagyásának jogát, valamint az ellátás visszautasításának jogát is.

A halál a legtöbb roma csoport kultúrájában nem esemény, hanem folyamat, amíg e világból az elhunyt fokozatosan átmegy a túlvilágra (6 hét). A gyász, virrasztás, valamint a halott körüli teendők pontos betartása azért is különösen fontos, mert ha mulasztás történik a rokonság részéről, úgy tartják, a halott szelleme visszajár majd. Az egyre több kórházban elérhető gyászszoja jó lehetőséget biztosít – nem csupán a cigány népesség esetében – arra, hogy a gyászoló rokonság megfelelőképpen el tudjon búcsúzni halottjától. A boncolás és a szervek eltávolítása ugyancsak konfliktust eredményezhet az egészségügyi szolgáltató és az elhunyt hozzátartozói között, hiszen szintén szembemegy a roma hagyományokkal: a test csak egészben teljes, az ez iránti tiszteletlenség kiválthatja a halott rosszindulatát [28, 32–34]. Az Eütv. ugyanakkor pontosan és kőgens módon fogalmazza meg a törvény szerint kötelező hatósági vagy igazságügyi orvosi boncolás esetköreit.

A kulturális különbségek a kapcsolattartás jogát is érintik. A kevésbé szekularizálódott cigány közösségekben az öröm és a bánat – és így a betegség is – nem csupán a szűk családra, hanem az egész közösségre tartozik. (Ez a fajta társas támogatás egyébként jelentős védőfaktor is egyben.) A szokásrend (patyiv) megköveteli, hogy jóban-rosszban összetartsanak, ennek nyomán tapasztalható, hogy például a kórházi látogatásban nemcsak a szűk család, hanem az egész közösség részt vesz – ezzel is támogatva egyébként az idegennek, ellenségesnek ható gádzsó kórházi közegben a roma páciens [28, 30–33]. Ez egyben kapcsolódik a betegkötelezettségekhez is – mint a kórházi házirend betartása –, ugyanis gyakran előfordul, hogy ezek a látogatások nem látogatási időben történnek, valamint a kórteremben egy időben jelen lévők számát is meghaladja a közösségi látogatás. Ez egy újabb mindennapos konfliktust eredményezhet az egész-

ségügyi szolgáltató és az adott roma közösség között. Az orvosi titoktartáshoz való jog alapvetően ütközhet a roma közösségek szokásrendjével, hiszen a diagnózis, illetve a kezelés részletei nem csupán a betegre, hanem az egész közösségre tartoznak.

Alacsony társadalmi státusz

Az iskolai végzettség és a munkaerő-piaci státusz jelentősen meghatározza az egészségmagatartást, valamint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. Az iskolai végzettség összefüggést mutat az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretekkel, valamint determinálja a munkaerőpiacon való érvényesülést is. Az egészségi állapot és a munkavállalás között kölcsönös kapcsolat áll fenn: azok, akik gazdaságilag aktívak, egyrészt a társadalombiztosítás révén könnyebben hozzáférnek az egészségügyi szolgáltatásokhoz, másrészt jobb körülményeket tudnak teremteni maguknak jövedelmi helyzetüknek köszönhetően egészségük megőrzése érdekében, illetve a munkavégzés, a hasznosság érzése is hozzájárul mentális jóllétükhöz [16, 35]. Az alacsony társadalmi státusz egészségi állapottal kapcsolatos összefüggései természetesen etnikumtól függetlenül érvényesek, a hazai cigányok alacsony szocioökonómiai státuszából következően azonban szembetűnőbben megjelennek [7, 36]. A legutóbbi census szerint a roma népesség meghatározó többsége (81%) maximum 8 általános iskolai végzettséggel bír, és csupán 16%-uk foglalkoztatott, fennmaradó hányaduk munkanélküli (13%), inaktív (23%) vagy eltartott (48%) [37].

Az alacsony iskolázottságból fakadó nem megfelelő tudásszint, esetleg funkcionális vagy teljes analfabetizmus jó néhány beteg jog gyakorlását korlátozza. Először is, a páciens ezek miatt nem tudja maradéktalanul érvényesíteni az önrendelkezéshez való jogát, hiszen nem tud az információk teljes tudatában rendelkezni egészségügyi ellátásáról – például egy műtéti beleegyező nyilatkozatot felelősen aláírni. Ugyanezen logika mentén sérül az ellátás visszautasításához kapcsolódó beteg jog vagy az egészségügyi intézmény idő előtti elhagyásának joga, a dokumentációba való betekintés joga, valamint a tájékoztatáshoz való jog. A kulturális kódok mellett tehát az alacsony iskolai végzettség is akadályozhatja az eredményes orvos–beteg kommunikációt [33].

Az egészségügyi ellátáshoz való joghoz kapcsolódik, hogy – a nagyarányú gazdasági inaktivitása miatt – az egészségügyi dolgozók időről időre tapasztalnak tajkártyával való visszaélést, amikor a roma származású beteg valamelyik, társadalombiztosítással rendelkező családtag tajkártyájával és neve alatt veszi igénybe az egészségügyi ellátást (ez ugyanakkor veszélyeztetheti a biztonságos betegellátást is) [30, 31]. A rossz anyagi helyzet miatt előfordul az is, hogy a roma páciensek csak a tünetek fennállásáig vesznek részt egy kezelésen vagy szedik az orvos által felírt gyógyszert – ha egyáltalán ki tudják váltani –, amely az együttműködéssel kapcsolatos betegkötelezettséggel szembe [10, 13, 30–32].

Szociálpszichológiai mechanizmusok

A kisebbségi létehez kapcsolódó szociálpszichológiai mechanizmusok a diszkrimináción, valamint szegregáción keresztül érvényesülnek. Az alacsony társadalmi státusz mellett ezek egyaránt determinálják a romák egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést és érdekérvényesítő képességét. Az egészségügyi ellátórendszer diszkriminatív attitűdjei az egészségügyi ellátáshoz való jogot, valamint az emberi méltósághoz való jogot is sérítik.

A kutatások azt mutatják, hogy amíg az alapellátás területén általában a roma páciensek és a háziorvosok, védőnők viszonya jó – hiszen közös érdekük, hogy jó kapcsolatot ápoljanak –, a szakellátás területén a cigány származású betegek gyakran tapasztalnak lekezelő hozzáállást, előítéletességet az egészségügyi dolgozók részéről [3, 4, 12, 30, 31, 38]. A kutatások arra is rávilágítanak, hogy a cigány származású betegek szakrendelésre történő utalása jóval alacsonyabb, mint a többségi lakosságé, s a romák a kórházi kezeléseken, szanatóriumi gyógykezeléseken is alulreprezentáltak [13]. Emellett a romák jelentős része tapasztalta már, hogy az ügyeletes orvos nem vonul ki ügyeleti időben – még a beteg gyermek esetén is 10–16%-os a megtagadási arány [10, 13]. Hozzá kell tennünk azonban azt is, hogy az egészségügyi gyakorlatban előfordul pozitív diszkrimináció is, amikor a roma pácienseket az esetleges konfliktus, hangoskodás elkerülése érdekében soron kívül behívják a rendelésre. A romák egészségüggyel kapcsolatos attitűdjeit vizsgáló felmérések szerint a megkérdezettek körülből ötöde számolt be arról, hogy valamilyen megaláztatást élt át az egészségügyi ellátás során: nem megfelelően vizsgálták (nem nyúltak hozzá, vagy kíméletlen, fájdalmas vizsgálatnak vetették alá), az egészségügyi személyzet részéről gúnyolódást, kiabálást élt meg, esetleg szimulánsnak tekintették, megkérdőjelezték a szavahihetőségét [13]. Itt szót kell ejtenünk arról is, hogy az emberi méltóságot sértő, olykor becsületsértő hangnem a roma páciensek részéről is előfordul az egészségügyi dolgozókkal szemben, amely a betegkötelezettségek megsértését is jelenti.

Az egyes felmérésekben megkérdezett cigány származású páciensek többször számolnak be arról, hogy az egészségügyi ellátás során elkülönítve helyezték el őket – kvázi roma kórtermeket hoztak létre [13]. A szegregáció dilemmájához kapcsolódik, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jelentős területi egyenlőtlenségeket mutat, éppen a leghátrányosabb helyzetű térségekben a legnehezebben elérhető bizonyos alap- és szakellátások [10, 39].

Megbeszélés

A beteg jogok, illetve betegkötelezettségek mindennapokban való érvényesítését a roma népesség kulturális meghatározottsága, alacsony társadalmi státusza, vala-

mint a szociálpszichológiai mechanizmusok egyaránt alakítják. Az egészségügyi dolgozók, valamint a cigány páciensek közötti félreértések többsége a kölcsönös sztereotípiák, előítéletek mellett a kulturális különbségek ismeretének hiányában gyökerezik. Mindez jelentősen gátolja a kommunikációt és a bizalom kialakulását mindkét fél részéről, amely feltétele lenne annak, hogy az egészségügyi intézmények prevenció és gyógyítómunkáját cigány származású kliensei körében hatékonyabban tudja gyakorolni [32, 33, 40]. *Neményi Mária* kutatása rávilágít, hogy minél gyakrabban kerül kapcsolatba egy egészségügyi dolgozó roma páciensekkel, annál torzításmentesebb képet képes kialakítani róluk, annál inkább adekvátabb módon tud hozzájuk viszonyulni [4]. Kiemelt fontosságúnak tartjuk tehát a transzkulturális szemléletmód, valamint az alapvető romológiai ismeretek népszerűsítését az egészségügyi alap- és továbbképzések során [12, 33, 38, 41].

A betegjogok és betegkötelezettségek érvényesítése számos dilemmát vet fel mind a páciensek, mind az egészségügyi dolgozók számára. A kulturális, szociális és jogi ütközési pontok feltárása az első lépés lehet annak érdekében, hogy ezekben a szituációkban kielégítően lehessen eljárni. Szakirodalmi összefoglalásunkat éppen ezért egy olyan kutatással szeretnénk a közeljövőben folytatni, amely a roma népesség egészségügyi ellátása során tapasztalt betegjogi dilemmákat felszínre hozza.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: F. H. J.: Az egészségügyi dolgozók részére kórházi betegjogi témában tartott kurzusok tapasztalatainak összegyűjtése, a tanulmány kiegészítése, javítása. L. Á.: Szakirodalmi kutatás, a tanulmány elkészítése. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] *Szabóné Kármán, J.*: Histography and mental status of the Hungarian Roma/Gypsy intellectuals. [A magyarországi roma/cigány értelmiség hisztográfiája, helyzete, mentális állapota.] Gondolat Kiadói Kör, Budapest, 2012. [Hungarian]
- [2] *Bodnár, L., Hagymási, J., Katona, S., et al.*: Mortality of the Gypsy in Szabolcs-Szatmár county. [A cigányok halálózása Szabolcs-Szatmár megye három járásában.] Demográfia, 1980, 23(1), 97–111. [Hungarian]
- [3] *Puporka, L., Zádori, Zs.*: Health status of the Hungarian Roma. [A magyarországi romák egészségi állapota.] Roma Sajtóközpont, Budapest, 1998. [Hungarian]
- [4] *Neményi, M.*: Gypsy women in healthcare. [Cigány anyák az egészségügyben.] Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal, 1998. [Hungarian]
- [5] *Neményi, M.*: Poverty – ethnicity – health. In: Neményi, M., Szalai, J. (eds.): Minority of minorities. [Szegénység – etnicitás – egészség. In: Neményi, M., Szalai, J. (szerk.): Kisebbségek kisebbsége.] Új Mandátum Kiadó, Budapest, 2005. [Hungarian]
- [6] *Prónai, Cs.*: Health status of the Hungarian Gypsies in the last decades of the XX. century. [A magyarországi cigányok egészségi állapota a XX. század utolsó évtizedében.] Kisebbségkutatás, 2000, 9(4), 631–637. [Hungarian]
- [7] *Babusik, F., Papp, G.*: Health status of the Gypsy – social, economical and health status in Borsod-Abaúj-Zemplén county. [A cigányság egészségi állapota. Szociális, gazdasági és egészségügyi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.] Esély, 2002, 13(6), 37–66. [Hungarian]
- [8] *Bényi, M.*: Changes in public health of Roma settlements from 1997. [A cigánytelepek közegészségügyi helyzetében bekövetkezett változásai 1997 óta.] Esély, 2003, 14(4), 23–30. [Hungarian]
- [9] *Lampe, K., Törőcsik, M.*: Health consumption aspects of the adult Roma population. [A felnőtt roma népesség egészségügyi fogyasztásának néhány területe.] Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2003, 41(4), 45–53. [Hungarian]
- [10] *Babusik, F.*: In the trap of poverty: Gypsies in Hungary – Socio-economical and health status, acces to the social and healthcare services. [A szegénység csapdájában: Cigányok Magyarországon – szociális-gazdasági helyzet, egészségi állapot, szociális és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés.] Delphoi Consulting, Budapest, 2004. <http://www.delphoi.hu/download-pdf/roma-szoc-eu.pdf> [Hungarian]
- [11] *Fónai, M., Fábán, G., Filepné Nagy, É., et al.*: Poverty, health and ethnicity: empirical observations of Northeastern-Hungarian researches. [Szegénység, egészség és etnicitás: északkelet-magyarországi kutatások empirikus tapasztalatai.] Szociológiai Szemle, 2007, 17(3–4), 53–81. [Hungarian]
- [12] *Kósa, Z., Széles, G., Kardos, L., et al.*: A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. Am. J. Public Health, 2007, 97(5), 853–859.
- [13] *Solymosy, J. B.*: Health status of the Roma in Hungary. [A romák egészségi állapota Magyarországon.] Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2007. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf [Hungarian]
- [14] *Szabóné Kármán, J.*: The Roma/Gypsy population in Hungary. In: Kopp, M. (ed.): Hungarian Soul 2008. [A roma/cigány népesség helyzete Magyarországon. In: Kopp, M. (szerk.): Magyar Lelekállapot 2008.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008. [Hungarian]
- [15] *Balázs, P., Foley, K. L., Rákóczi, I., et al.*: Comparison of preterm birth among Roma and non-Roma women in Szabolcs-Szatmár-Bereg county. [Koraszülő roma és nem roma nők összehasonlítása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei adatok alapján.] Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle, 2010, 12(4), 138–145. [Hungarian]
- [16] *Letenyei, L.* (ed.): Roma society 2010. [Roma társadalom 2010.] TÁMOP 5.4.1.-8/1, NCSzI, 2011. <http://www.modernizacio.hu/index.php?page=dokumentum&pillar=5&dokid=478> [Hungarian]
- [17] *Marketing Centrum OPK Kft.*: Roma Society 2010. [Roma Társadalom 2010.] TÁMOP 5.4.1.-8/1, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, 2011. <http://www.modernizacio.hu/index.php?page=dokumentum&pillar=5&dokid=477> [Hungarian]
- [18] *Gyukits, Gy., Ürmös, A., Csoboth, Cs., et al.*: Depression symptoms among young Roma women. [A depressziós tünetegyüttes előfordulása a fiatal roma nők körében.] Lege Artis Medicinae, 2000, 10(11–12), 911–915. [Hungarian]
- [19] *Dyson, S., Smaje, C.*: The health status of minority ethnic groups. In: Culley, L., Dyson, S. (eds.): Ethnicity and nursing practice. Palgrave, New York, 2001.
- [20] *Kemény, I., Janky, B., Lengyel, G.*: The Hungarian Gypsy 1971–2003. [A magyarországi cigányság 1971–2003.] Gondolat –

- MTA Etnikai-nemzeti Kisebbségkutató Intézet, Budapest, 2004. [Hungarian]
- [21] Act CLIV of 1997 on Health. [1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.] http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903.290118 [Hungarian]
- [22] *Public Foundation for Patient Rights, Rights of Beneficiaries and Children's Rights: Ten years patients' rights advocacy.* [Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány: Tízéves a betegjogi képviselet.] 2010. http://www.jogvedok.hu/www/kozalapitva ny/10evesbetegjogikepviselet/lay/articles/show/107/10_ eves_a_betegjogi_kepviselet [Hungarian]
- [23] *National Center for Patients' Rights and Documentation (OBDK): Report 2014.* [Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ: Beszámoló 2014.] http://www.obdk.hu/UserFiles/beszamolo_2014.pdf [Hungarian]
- [24] Act CXII of 2011 on Information Self-determination and Freedom of Information. [2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról.] http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=139257.296318 [Hungarian]
- [25] Act CLXXIX of 2011 on the Rights of Nationalities. [2011. évi CLXXIX. törvény a nemzetiségek jogairól.] http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=139819.259653 [Hungarian]
- [26] *Illich, L.: Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health.* Marion Boyars, London–New York, 2002.
- [27] *Angyal, M.: Rules, beliefs and superstitions among the Gypsies.* [A cigányság körében élő szokások, hiedelmek, babonák.] Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2007, 19–22. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf [Hungarian]
- [28] *Szabóné Kármán, J.:* The Hungarian Roma/Gypsy population in a medical anthropological approach. In: Lázár, I., Pikó, B. (eds.): *Medical anthropology.* [A magyarországi roma/cigány népesség orvosantropológiai megközelítésben. In: Lázár, J., Pikó, B. (szerk.): *Ovosi antropológia.*] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2012. [Hungarian]
- [29] *Angyal, M.:* Status and living conditions of the Hungarian Roma/Gypsy minority. In: Falus, A. (ed.): *Multi-colored health literacy.* [A magyarországi roma/cigány kisebbség helyzete és az életkörülményeit befolyásoló tényezők. In: Falus, A. (szerk.): *Sokszínű egészségtudatosság.*] SpringMed Kiadó, Budapest, 2015. <http://www.eduvital.net/index.php/hu/eduvital-muvek> [Hungarian]
- [30] *Gyukits, Gy.:* Losers of healthcare. [Az egészségügy vesztesei.] *Beszélő*, 2000, 5(4), 98–106. [Hungarian]
- [31] *Gyukits, Gy.:* Social aspects of the healthcare of the Roma. In: Horváth, Á., Landau, E., Szalai, J. (eds.): *Born to be Gypsy.* [A romák egészségügyi ellátásnak szociális háttere. In: Horváth, Á., Landau, E., Szalai, J. (szerk.): *Cigánynak születni.*] Aktív Társadalom Alapítvány, Új Mandátum, Budapest, 2000. [Hungarian]
- [32] *Szirtesi, Z.:* Potential conflicts between the Roma and healthcare workers. [Lehetséges konfliktusforrások romák és egészségügyi dolgozók között.] In: *Egészségügy, kommunikáció, cigányság.* Soros Alapítvány, Budapest, 2002. [Hungarian]
- [33] *Lajtai, L.:* Connection with Roma (Gypsy) patients. In: Pilling, J. (ed.): *Medical communication.* [Kapcsolat roma (cigány) páciensekkel. In: Pilling, J. (szerk.): *Orvosi kommunikáció.*] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2008. [Hungarian]
- [34] *Pilling, J.:* The dignity of mourning. [A búcsú méltósága – A holttesttel való méltó bánásmód kérdései.] *Kharón*, 2004, 8(3), 15–60. [Hungarian]
- [35] *Mirowsky, J., Ross, E. C.:* Education, social status and health. Aldine de Gruyter, New York, 2005.
- [36] *Forray, R. K.:* Gypsy health, gypsy morbidity: why are they sicker? [Cigány egészség, cigány betegség. Mítől betegebbek?] *Educatio*, 2013, 22(2), 177–186. [Hungarian]
- [37] *National Statistical Office:* Population census 2011. National data. [Központi Statisztikai Hivatal: Népszámlálás 2011. Nemzetiségi adatok.] http://www.ksh.hu/nepszamlalas/nemzetisegi_adatok [Hungarian]
- [38] *Robánszky, M., Nótár, I., Szabóné Kármán, J., et al.:* Roma cancer patients' illness cognition and their attitudes toward medical treatment. [Roma daganatos betegek betegségképe és egészségügyi ellátással kapcsolatos attitűdjei.] *Lege Artis Medicinae*, 2012, 22(4), 291–299. [Hungarian]
- [39] *AJB-1356/2013.* Report of commissioner for fundamental rights, p. 54. [Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-1356/2013. számú ügyben, 54. oldal.] <http://www.ajbh.hu/documents/10180/111959/201301356.pdf> [Hungarian]
- [40] *Csépe, P.:* Health survey and health promotion among vulnerable groups, particularly the Roma. PhD dissertation. Semmelweis University, 2010. [Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, 2010] http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/csepepeter.d.pdf [Hungarian]
- [41] *Culley, L.:* Transcending transculturalism? Race, ethnicity and health-care. *Nursing Inquiry*, 2006, 13(2), 144–153.

(Lukács Ágnes,
Budapest, Vas u. 17., 1088
e-mail: lukacs.agnes@se-etk.hu)