

Előítéletek és hatásaik az egészségügyi ellátásban

Egy felmérés tanulságai

Marek Erika dr.¹ ■ Kalmár Réka dr.¹ ■ Faubl Nóra dr.²
Orsós Zsuzsa dr.³ ■ Németh Tímea dr.⁴

¹Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Művelési Medicina Tanszék, Pécs

²Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Pécs

³Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet, Pécs

⁴Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Egészségügyi Nyelvi és Kommunikációs Intézet, Pécs

Bevezetés: Kutatásaink során egészségügyi dolgozók körében vizsgáltuk a legnagyobb hazai etnikai kisebbséggel, a roma populációval kapcsolatos előítéletek jelenlétét az egészségügyi ellátás során.

Célkitűzés: Válaszokat kerestünk arra, hogy az ellátórendszerben esetlegesen jelen lévő előítélet mennyire befolyásolhatja ezen csoportok ellátáshoz való hozzáférését, az ellátás minőségét és ezeken keresztül a páciensek egészségét.

Módszer: Félig strukturált interjúkat készítettünk 2017. június és 2018. május között 13 interjúalannyal. A diktafonnal rögzített interjúk leiratát kvalitatív módszerekkel értékeltük.

Eredmények: Válaszadóink általánosságban megerősítették az előítéletek jelenlétét az egészségügyi ellátórendszerben. Kevésbé jellemző az előítéletes attitűd és diszkriminatív magatartás azokon az osztályokon, ahol eleve gyakoribb a hátrányos helyzetű (HIV-pozitív, hajléktalan) betegek előfordulása (például infektológia). Az előítéletesség nem kifejezetten a roma etnikai kisebbség felé irányul, hanem kiterjed olyan populációkra is, amelyek rossz társadalmi-gazdasági körülmények között, mélyszegénységben élnek, vagy amelyek rossz egészségi állapotának hátterében önmaguk magatartásformák feltételezhetőek (alkoholizmus, droghasználat). Válaszadóink határozott véleménye szerint az esetleges előítéletesség nem vezet a mindenki számára hozzáférhetőnél rosszabb ellátáshoz, sőt gyakran inkább pozitív diszkrimináció valósul meg. Az előítéletesség közvetlenül nem vezet rosszabb egészségi állapothoz, az azonban nem zárható ki, hogy közvetve hozzájárulhat, amennyiben a beteg egy korábban megélt vagy vélt negatív tapasztalat miatt a későbbiekben nem fordul időben orvoshoz.

Következtetés: Felméréseink megerősítették a romák iránti előítéletesség alkalomszerű jelenlétét a hazai egészségügyi ellátórendszerben, vizsgálatunk alapján azonban a roma populáció rosszabb egészségi mutatóihoz ez kevésbé járul hozzá. Eredményeink felhívták a figyelmet arra is, hogy a megelőzés szempontjából kulcsfontosságú mindkét fél edukációja, valamint az ellátók kiégésprevenciója.

Orv Hetil. 2020; 161(19): 789–796.

Kulcsszavak: egyenlőtlenség, előítéletek, cigányság, egészségügyi dolgozók, betegségmegelőzés

Prejudices and their healthcare implications

Lessons learnt from a national survey

Introduction: The presence and recognition of prejudice during care were examined among healthcare professionals towards the Roma population, the largest ethnic minority in Hungary.

Aim: The aim of this study was to explore the extent to which prejudice in the Hungarian healthcare system might affect the quality of care and, thereby, the health of the Roma patients.

Method: Semi-structured interviews were conducted between June 2017 and May 2018 with 13 interviewees. Qualitative methods were applied to analyse the transcripts.

Results: Our respondents generally confirmed the presence of prejudices in the healthcare system. Prejudicial attitudes and discriminatory behaviour are less common in wards where the prevalence of disadvantaged patients (HIV-positive, homeless) is high (e.g., infectology). Prejudice is not specifically directed at the Roma ethnic minority, but also extends to populations living under poor socio-economic conditions, or with underlying self-destructive behaviour (alcoholism, drug use). In the opinion of our interviewees, occasional prejudicial behaviour does not lead to

sub-standard care, but, on the contrary, to positive discrimination. Prejudice does not directly lead to poorer health, but it cannot be ruled out that it may indirectly contribute to it, in the case if the patient does not seek medical attention due to a former negative experience within healthcare.

Conclusion: Our results confirmed the occasional presence of prejudice against the Romas in the healthcare system, however, this may not directly contribute to Romas' poorer health status. Our results also highlighted the importance of prevention, including the education of both parties and the prevention of the burnout of care providers.

Keywords: healthcare inequalities, prejudice, Roma, healthcare worker, disease prevention

Marek E, Kalmár R, Faubl N, Orsós Zs, Németh T. [Prejudices and their healthcare implications. Lessons learnt from a national survey]. *Orv Hetil.* 2020; 161(19): 789–796.

(Beérkezett: 2019. november 26.; elfogadva: 2019. december 19.)

Rövidítések

ÁOK = Általános Orvostudományi Kar; HIV = (human immunodeficiency virus) emberi immunhiányt előidéző vírus; IOM = (International Organization for Migration) Nemzetközi Migrációs Szervezet; PTE = Pécsi Tudományegyetem

Magyarországon minden embernek Alkotmányban rögzített joga van a teljes testi-lelki egészséghez [1]. Ezt az Alaptörvényben is rögzített emberi jogot Magyarországon az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény részletezi [2]. Alapelvei közül kiemelendő az „esélyegyenlőség” és az „egyenlő hozzáférés” elve, és bár a törvény nem tér ki külön az egyes etnikai kisebbségek vagy a hátrányos helyzetben élők egészségügyi ellátásával kapcsolatos speciális szempontokra, az ellátás során ezen alapelveket szem előtt tartva kell eljárni. A törvény rendelkezik továbbá az „emberi méltósághoz való jogról” (10. §) („A beteget csak méltányolható okból és ideig szabad várakoztatni”) és a megfelelő beteg tájékoztatásáról (13. §) („A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire”) is. Ezen jogok a roma populáció körében végzett felmérések alapján többször sérülnek, a roma emberek gyakran érznek hátrányos megkülönböztetést egészségügyi ellátásuk során. A Khetanipe Egyesület által 2007-ben publikált „Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség” című internetes kiadvány adatai egy, az Egészségügyi Minisztérium megbízásából (2001–2002) készített felmérés eredményeire hivatkoznak [3]. Ennek alapján a megkérdezett, mintegy 1200, önmagát romának valló személy 11%-a (145 fő) nyilatkozott úgy, hogy az egészségügyi ellátás során érte már hátrányos megkülönböztetés a származása miatt. Akik diszkriminációról számoltak be, főleg a „nem megfelelő kezelésre, ellátásra” (29%), a „megalázásra” (26%) hivatkoztak. Gyakori sérelem a várakoztatás: a válaszadók 9%-a vélte úgy, hogy a rendelésre várakozás során diszkrimináció érte. *Babusik Ferenc* egy 2007. évi tanulmányában arra hívja fel a figyelmet, hogy az alapellátás során az orvosok nagy része nincs tekintettel a kezelt roma páciensek anyagi teherbíró képességére (például a gyógyszerek felírása során), és sokan nem ismerik a ro-

mák jellemzően magasabb betegségarányait, sem annak kiváltó okait [4]. Még sokkal súlyosabb probléma a nyílt diszkrimináció: a tanulmány adatai alapján a romák ötöde az ügyeleti kivonulás egyértelmű megtagadásáról számol be, ami vélelmek szerint az orvosok részéről a lakhatási deprivációval, szegregációval, illetve zsúfoltsággal függ össze. A fekvőbeteg-ellátás során szintén a szegregáció mint nyíltan diszkriminatív megnyilvánulás sem ritka, erre utalnak az ún. „cigánykórtermek”, azaz a roma és nem roma páciensek külön kórtermekben történő elhelyezése [4].

2014-ben látott napvilágot az Európai Bizottság támogatásával az ún. „Roma Health Report”, amely egy, az európai roma populációk egészségi állapotával kapcsolatos átfogó dokumentum [5]. A „Roma Health Report” felhívja a figyelmet arra, hogy a nem roma populációk „élettartamaránya” (longevity rate) – azaz azon emberek aránya, akik számíthatnak arra, hogy legalább 75 évig fognak élni – az Európai Unió területén 51%, míg ez az arány romák esetében ennek kb. a fele (26%). *Szirtesi Zoltán* a „Cigányság egészségügyi helyzete” c. könyvében [6] már 20 éve (1998) megállapította, hogy „a magyarországi cigányok átlagosan kb. 10–15 évvel kevesebb ideig élnek, mint az országos átlag”, és a rendelkezésre álló demográfiai adatok arra utalnak, hogy – sajnálatos módon – ez a különbség azóta sem csökkent [7]. Mindemellett a cigányság körében a morbiditási mutatók is lényegesen rosszabbak, tehát rövidebb életük során is többet és súlyosabban betegek [5, 6].

A roma populáció rossz egészségi állapotát feltáró okok elemzése során a genetikai, szociogazdasági és életmódbeli tényezők szerepének értékelése mellett számos kérdés merül fel a kutatásban: vajon hogy állunk Magyarországon az egészségügyi ellátásban az esélyegyenlőséget illetően? Mennyire vannak jelen a legnagyobb hazai etnikai kisebbséggel, a cigánysággal/roma¹ populációval [8] kapcsolatos előítéletek az ellátásban? Amennyiben

¹ A kettős elnevezés abból ered, hogy a „cigány” szó különböző nyelvekben gyakran előítéletet hordoz és diszkriminatív kifejezésnek minősül, ezért az 1971 áprilisában, Londonban megrendezett első Roma Világkongresszus (World Roma Congress) határozatára a nép neve egységesen „roma” lett [8]. Magyarországon a két elnevezés egymás szinonimájaként elfogadott.

jelen vannak, hatással lehetnek-e az ellátás minőségére, illetve a betegek egészségére? Megelőzhető-e az előítéletek, és ha igen, mit tehetünk ellenük? Ezek a kérdések a mai napig gyakorlatilag tabunak számítanak, felmérésünkben mi mégis ezen „kényes” témákra kerestünk válaszokat orvosok és más egészségügyi dolgozók bevonásával.

Módszer

Hazai felmérések: egy nemzetközi kutatás részei

2017 tavaszán kis volumenű nemzetközi vizsgálat indult az 'Amsterdam Medical Centre' kezdeményezésére, melyben közép-európai partnerként a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara (PTE ÁOK) Művelési Medicina Tanszékének munkatársát (első szerző) kérték fel. A kutatás célja a 'tudat alatti előítéletek' jelenlétének feltárása, illetve azok hatásainak felmérése bizonyos sérülékeny populációk egészségügyi ellátására és egészségére. A vizsgálat során a hollandiai partnereknél a felmérések középpontjában egyrészt az ún. 'irreguláris migránsokkal' (a hatóságoknál nem regisztráltak), másrészt az időskorúakkal szembeni előítéletek álltak, a magyarországi vizsgálatok pedig a roma etnikai kisebbség egészségügyi ellátásával kapcsolatos előítéletekre fókuszáltak. Jelen tanulmányunkban csak hazai eredményeinket ismertetjük.

A vizsgált populáció

A vizsgálat alanyainak kiválasztása során fontos szempont volt gyakorló orvosok és nővérek bevonása. A résztvevők kiválasztása és kutatásba való bevonása a kutatók személyes ismeretségi körén keresztül, valamint a

1. táblázat | A kutatásban megkérdezett egészségügyi dolgozók

	Foglalkozás	Szakterület	Nem	Életkor	Szakmai tapasztalat
1.	Nővér	Infektológia	Nő	53 éves	28 év
2.	Orvos	Infektológia	Nő	37 éves	12 év
3.	Orvos	Pulmonológia	Férfi	28 éves	4 év
4.	Orvos	Radiológia	Férfi	29 éves	4 év
5.	Nővér	Sürgősségi	Nő	58 éves	25 év
6.	Fogorvos	Fogászati klinika	Férfi	26 éves	3 év
7.	Fogorvos	Fogászati klinika	Férfi	39 éves	17 év
8.	Orvos	Infektológia	Nő	41 éves	13 év
9.	Nővér	Nefrológia	Nő	61 éves	40 év
10.	Orvos	Háziorvos	Férfi	57 éves	33 év
11.	Nővér	Szakrendelő	Nő	51 éves	30 év
12.	Orvos	Ortopédia	Férfi	60 éves	35 év
13.	Orvos	Gyermekgyógyászat	Nő	27 éves	2 év

szociológiában elterjedt, ún. 'hólabdamódszerrel' történt, azaz a személyes ismerősök által ajánlott további személyek megkeresésével. A kutatásban való részvétel önkéntes és ellenszolgáltatás nélküli volt. A résztvevőket előzetesen szóban tájékoztatták a kutatás céljairól, és biztosították őket az anonimitásról. A feljegyzett demográfiai adatokat (nem, kor, foglalkozás, szakmai tapasztalat) és a rögzítésre került beszélgetéseket sorszámmal látták el, nevek és más személyes adatok egyetlen esetben sem szerepelnek kutatási dokumentációban. A kutatás látóterébe fővárosi, Baranya és Fejér megyei résztvevők kerültek, összesen 13 fő. A vizsgálat időtartama személyenként fél-háromnegyed órát vett igénybe. A kutatás résztvevőinek egyes demográfiai adatait az 1. táblázat ismerteti.

Kevert típusú (félleg strukturált) interjúk módszer

A felmérés félleg strukturált interjúk segítségével történt 2017. június és 2018. május között. E módszer során meghatározott kérdések mentén folyik az interjú, de van lehetőség a kötetlen beszélgetésre, közbülső kérdések feltevésére is. Az interjúvázlatot a kutatók a nemzetközi szakirodalomban fellelhető, hasonló vizsgálatok tapasztalatai alapján készítették el angol nyelven, majd a hazai vizsgálatokhoz az első szerző fordította magyar nyelvre. A kutatás az amsterdami egyetem kutatásetikai bizottságának engedélyével történt (az etikai engedély száma: 566-7389).

Az eredmények feldolgozása: a válaszok strukturálása, kvalitatív adatelemzés

A félleg strukturált interjúvázlatunkban megfogalmazott kérdésekre adott válaszok, illetve a rögzített hanganyag strukturálása és elemzése 6 fő kérdéskör mentén történt (2. táblázat). Első lépésként megtörtént a többórányi hanganyag kéziratos formában történő rögzítése az egyes kérdéskörök kulcsszavainak és fő üzeneteinek ki-

2. táblázat | A kutatásban használt interjúvázlat fő kérdéskörei

1. Véleménye szerint jelen vannak-e az előítéletek az egészségügyi ellátásban (általánosságban)?
2. Vannak-e különbségek a páciensek csoportjai között? Ha igen, milyen szempontból? Véleménye szerint vannak-e ezen csoportok (például romák) iránt előítéletek az ellátásban?
3. Ha igen, véleménye szerint vezethetnek-e a romák iránti előítéletek rosszabb minőségű (szuboptimális) ellátáshoz?
4. Ha igen, véleménye szerint vezethetnek-e az előítéletek rosszabb egészségi állapothoz a romák esetén?
5. Vannak-e konkrét előítéletekkel kapcsolatos tapasztalatai (akár más kollégák részéről) roma páciensek irányában? (Példákkal)
6. Megelőzhető-e a tudat alatti előítéletek? (Ha igen, hogyan?)

emelésével, ami lehetővé tette az elemzés során a válaszok tematikus strukturálását és kvalitatív elemzését, különösen azokban az esetekben, amikor válaszadóink elkalandoztak a feltett kérdések fő irányultságától, vagy ahol nagyobb átfedés volt a kérdések között. Az „Eredmények” fejezetben a kerek zárójeles számok az adott válaszhoz köthető interjúalanyaink sorszáma utalnak.

Eredmények

A felmérés első kérdéseként interjúalanyainkat általánosságban kérdeztük arról, hogy véleményük szerint (bármilyen értelemben) jelen vannak-e az előítéletek az egészségügyi ellátásban, és szinte mindenki automatikusan igennel válaszolt. Többségük (12/13) szerint tagadhatatlan, hogy ahogyan a társadalom minden spektrumában és színterén, úgy az egészségügyben is jelen vannak az előítéletek. Az egyik (női) válaszadónk a nemek közötti előítéletekre hívta fel a figyelmet, utalva arra, hogy vannak kifejezetten ’női’ és kifejezetten ’férfi’ orvosi szakterületek: ez utóbbiak például: sebészet, nőgyógyászat. Egy másik női válaszadónk (11.) is megerősítette a nemek szerinti előítéletek ’köbe vésett’ jelenlétét a társadalomban, leegyszerűsítve: *’a sofőr az férfi, a nővér az nő’*. Számos interjúalanyunk azonban már az előítéletek jelenlétére vonatkozó első, általános kérdés esetén is automatikusan a romákkal szembeni előítéletekre asszociált, és azzal kapcsolatosan kezdett el reflektálni, bár ennek természetesen az is lehetett az oka, hogy előzetesen tájékoztatást kaptak a vizsgálat fő irányultságáról. Azon válaszadóink szerint, akik olyan munkahelyen, munkakörben dolgoznak, ahol a mindennapos munkavégzésük során eleve gyakrabban találkoznak bizonyos veszélyeztetett, hátrányos helyzetű, mélyszegénységben élő vagy valamilyen szempontból szegregált populációkkal (például infektológiai osztályon HIV-páciensek, hajléktalanok, alkoholbetegek, droghasználók stb.), az ott dolgozók (1., 2., 8.) jobban *’hozzá vannak szokva’* ezekhez a populációkhoz, és úgy vélik, hogy személyesen nem érznek, nem viseltetnek előítéletekkel ezen populációkkal szemben. Ugyanakkor arról ők is beszámoltak, hogy *’a nyugalom, a rend és a többi beteg érdekében’* például figyelembe veszik az osztályokon való elhelyezés során a páciensek állapotán (például a terminális állapotú betegek elkülönítésén) túl a származásukat is, például három roma beteg közé – ha van rá mód – nem helyeznek el negyedikként egy nem roma beteget. Arra többen is felhívták a figyelmünket válaszaikban, hogy az ellátás során az ellátórendszer tagjai igyekeznek *’kerülni a potenciális konfliktust’*, és kínosan ügyelnek, hogy *’ne legyen semmi gond’*. Erre magyarázatként a ’politikai korrektség’ mellett a ’szenzációéhes médiát’ hozták, amely igyekszik ráharapni az esetleges ’ügyekre’, és felfújni azokat, hírt (nézettséget, klikkeket vagy akár politikai előnyt) kovácsolni belőlük. Ezzel összefüggésben, valamint kiegészítve a roma populáció erős érdekérvényesítő képességével (*’nagy tömegben érkeznek’, ’hangosak’, ’erőszakosak’, ’ki-*

követelik maguknak a jogaikat’ stb.) egyes válaszadóink (1., 2., 3.) szerint egyre gyakoribb az ún. pozitív diszkrimináció jelensége is, így szerintük a roma emberek az ellátás során nemhogy hátrányba, hanem sokszor inkább előnybe kerülnek, bár a mögöttes motiváció a felsorolaton kívül esetenként lehet, hogy éppen negatív diszkriminatív jellegű, azaz: előbb behívni annyit jelent, mint *’előbb megszabadulni tőle’* (7.). Válaszóink szerint a roma betegek számos esetben már eleve úgy jelennek meg az ellátórendszerben, hogy *’őket úgymint diszkriminálják’*, sokszor elégedetlenek (1.), és diszkriminációnak élik meg adott esetben azt is, ha indokoltan kell várniuk, mert éppen nem érkezési sorrendben történik az ellátás; továbbá sérelmezik, hogy *’biztosan a származásuk miatt’* kell sokat várakozniuk vagy kapnak szerintük rosszabb ellátást (például *’kevesebb csövet’*) (11.), és az is előfordul, hogy ezen vélt diszkrimináció miatt *’rasszistának’* titulálják ellátóikat (10., 12.). A ’konfliktuskerülés’ hátterében egy másik, sajnálatos jelenségre is felhívták a figyelmet válaszadóink, nevezetesen a félelmüket a *’mástól’, ’a többségtől eltérőtől’* (4.), az ismeretlentől, attól, hogy *’nem tudod, mire számíthatsz’* (1.), sőt adott esetben a *’rokonság bosszújától, például ha mentőként sikertelen a roma beteg újraélesztése’* (3., 4., 11.). Mindemellett tagadhatatlan az is, hogy az előítéletek, a negatív diszkrimináció időnként megnyilvánul az ellátás során: számos konkrét példát hoztak válaszadóink a romákkal kapcsolatos saját vagy a munkakörnyezetükben tapasztalt előítéletekre, beleértve a ’hosszabb ideig történő várakoztatást’ (*’csak olyan esetben, amikor az nem veszélyezteti a beteg állapotát és életkilátásait’*) (3., 4., 5.), a *’megváltozott hangnemet roma betegekkel’* (6.), a betegek által nem vagy részben észlelhető kommenteket, kommunikációs stratégiákat, *’pofavágásokat’* (3., 6., 7., 9.), valamint az ellátás során alkalmazott fokozott, esetenként indokolatlan óvintézkedéseket, például gumikesztyű vagy maszk használatát kifejezetten roma páciensek esetén (13.). Sajnálatos módon az interjúk során egyes interjúalanyaink durva diszkriminatív nézeteket is kinyilvánítottak (5., 11., 12.), hivatkozva korábbi, súlyosan negatív tapasztalataikra vagy arra, hogy *’ahogy a társadalom teljes spektrumában is, úgy az orvostársadalomban is jelen vannak (szélső)jobboldali politikai nézetek’*. Jellemző módon nem az aktuális beteg iránti előítéleteiket fejezik ki, hanem általánosságban a cigánysággal szemben érzett negatív érzéseiknek adnak hangot (6.), és többnyire nem is a beteg jelenlétében, hanem a ’háta mögött’ teszik. Egy másik válaszadónk szerint nem is kifejezetten a roma páciensek esetén adnak hangot nemtetszésüknek, előítéleteiknek, hanem amikor úgy vélik, hogy az adott páciens saját maga tehet az állapotáról (*’te hülye drogos’, vagy ’minek ittál annyit?’*), esetenként akár *’a beteg füle hallatára is, ha épp nincs teljesen tudatánál’* (9.). Mások elítélésüket fejezték ki az általuk ismertett, esetenként durva diszkriminatív megnyilvánulásokról (például *’méltatlan és becsületsértő’* az altatott roma lány nevével viccelődni) (3.).

Felmérésünk során egy további, szintén tabunak számító téma is felmerült. Válaszadóink néhány esetben kifejezték, hogy fontosnak és hasznosnak tartják az ellátás szempontjából is *'ismerni a beteg származását és anyagi hátterét'*, és feltérképezni a szociális hátteret már az anamnézis felvétele, valamint a terápiás terv összeállítása során. Okként arra hivatkoztak, hogy fontos az orvos számára képet kapni arról, hogy a páciens vajon ki fogja-e tudni fizetni a felírt gyógyszereket (3.), melyik hatóanyag-tartalmú gyógyszert írják fel (mérlegelni, hogy a drágább, de jobbat, vagy az olcsóbb, de lassabb hatásút, esetleg több mellékhatásút), vagy ajánlják-e például a drágább fogszabályzót? Mások szerint a kezelési terv szempontjából is fontos, hogy feltérképezzék a beteg compliance-ét: érdemes-e belekezdeni egy hosszabb ideig tartó, költséges terápiás eljárásba, amely komolyabb beteg-együttműködést igényelne, vagy vélhetően a beteg nem fogja végig betartani az orvosi utasításokat (például alacsonyabb egészségműveltségű páciens), vagy nem tudja garantálni, hogy a huzamosabb kezelési időszak alatt rendben ki tudja váltani és beszedni a felírt drága gyógyszereit (3.), esetleg önkényesen távozik majd egy megkezdett költséges kezelés során a kórházból (13.). Egyik interjúalanyunk (7.) szerint a beteg társadalmi-gazdasági, szociális, illetve anyagi helyzetére vonatkozó információ azért is fontos, hogy *'elkerüljük a mindkettejük számára kínos helyzeteket'*.

Arra a kérdésre, hogy vezethetnek-e rosszabb minőségű, alacsonyabb szintű ellátáshoz a roma populáció iránt érzett előítéletek, válaszadóink többsége határozottan azt nyilatkozta, hogy az előítéletek meglététől és esetenkénti megnyilvánulásaitól függetlenül (például várakoztatás, negatív kommentek stb.) a roma betegek az állami ellátórendszerben nem részesülnek rosszabb minőségű ellátásban, mint a nem roma betegek. Még a kevésbé korszerű gyógyszerek felírása sem vezethet összességében rosszabb ellátáshoz, a betegek anyagi feltételeinek mérlegelése mellett válaszadóink mindig törekednek a legjobb hatású gyógyszerek vagy gyógyászati eszközök felírására, biztosítására (3.). Határozottan megerősítették, hogy származása miatt senki nem kerül hátrébb a várólistákon, műtéti előjegyzéseken nem maradnak el operációik, nem alkalmaznak fájdalmasabb beavatkozásokat, és válaszadóink egyértelműen kiállnak orvosi hitvallásuk és fogadalmuk mellett, miszerint mindenkit a legjobb szakmai tudásuk szerint látnak el, a betegek származásától függetlenül. Előfordulhat azonban, hogy a betegek szubjektíve ezt nem így élik meg, vagy viselkedésükkel kiváltják az ellátók kevésbé pozitív hozzáállását, esetleg ingerültségét, de ez mindig az aktuális viselkedésre adott (sokszor egyéni) reakció, és nem sztereotípiá vagy diszkrimináció következménye (2., 3., 4., 6., 11., 13.). Ez adódhat például a beteg fennálló önkárosító magatartásából (2., 4., 6.), felelőtlenségéből (például saját felelősségére távozik a kórházból a kezelés befejezése előtt) (13.) vagy a kultúrájából adódó eltérő viselkedésmintájából (például sok hangos hozzátartozó), ami hatással lehet az őt ellátó

orvos vagy egészségügyi szakszemélyzet türelmére, hozzáállására és magatartására, különösen, ha azok amúgy is túlterheltek (2., 3., 4., 6.).

Vizsgálatunk egy további, talán még fontosabb kérdése arra próbált válaszokat, adatokat gyűjteni, hogy az előítéletek vajon vezethetnek-e a roma páciensek esetében rosszabb egészségi állapothoz. Felmérésünk eredményei azt az álláspontot erősítik, hogy az esetlegesen fennálló előítéletek nem vezetnek közvetlenül rosszabb minőségű ellátáshoz, emellett nem járulnak hozzá érdemben a romák rosszabb egészségi állapotához. Válaszadóink többsége határozottan kizártnak tartja ezen összefüggést, és inkább olyan komplex hatásokra, befolyásoló tényezőkre hivatkoznak, mint például *'gyakoribb egészségkárosító magatartásformák'* (3., 5., 12.), *'anyagi okok és igénytelenség'* (12., 13.), *'rossz compliance'* (3., 6.), *'nem követik az orvosi utasításokat'*, *'megkezdett kezelés megszakítása'* (1., 13.), *'műtét nem vállalása'* (12.). Egyik válaszadónk tapasztalata szerint a roma pácienseknek más a gyógyulással kapcsolatos felfogásuk is, ezért például a krónikus betegségek kezelése esetükben sokkal nagyobb kihívás: *'roma betegeknek a gyors és látványos javulás a fontos, nem pedig a hosszú távú javulás'* (3.). Többek véleménye szerint az is gyakori, hogy a roma emberek sokszor túl későn fordulnak az ellátórendszerhez, amikor betegségük már előrehaladottabb állapotban van, és esetleg visszafordíthatatlan szövődmények is megjelennek (2., 5., 6., 10., 11., 12.). Másrészt – bár sokkal ritkábban – ennek az ellenkezője is előfordul: akadnak olyan betegek, akik minden apró-cseprő tünettel orvoshoz fordulnak, sőt mentőt vagy ügyeletet orvost hívnak banális panaszokkal, aminek következtében előfordulhat, hogy a későbbiekben *'nem veszik komolyan'* őket (4.). Válaszadóink szerint az előítéletek közvetve mégis hozzájárulhatnak a romák rosszabb egészségi állapotához, például ha valaki azért nem fordul időben orvoshoz, mert korábbi tapasztalata vagy vélelme szerint őt az ellátás során diszkriminálni fogják (6., 10.).

Egyes válaszadóink a megfelelő kommunikáció szerepét hangsúlyozták a jobb együttműködés érdekében: *'mindent többször, jobban, hangosabban, lassabban, érthetőbben, tömönatokban elmagyarázni'* (5.), vagy *'fontos, hogy időt szánjunk arra, hogy megbeszéljük, hogy mi fog történni és elmagyarázni nekik a dolgokat újra és újra...'* (1.), illetve az egyik válaszadónk (5.) a kommunikációs félreértések kapcsán kiemelte az orvos és a beteg eltérő iskolázottsági szintje, egészségműveltsége és alapvető biológiai ismeretei közötti jelentős különbség szerepét. Emellett számos esetben a kultúrából adódó különbözőség – például a panaszok felnagyítása, dramatizált, teatrális viselkedés (4.) – vezethet kommunikációs félreértéshez, nem tudják komolyan venni a tüneteket, elveszítheti az ellátó a türelmét, torzíthatja az orvos attitűdjét, és emiatt szélsőséges esetben akár téves diagnózishoz vezethet (4.).

Bár válaszadóink többnyire felismerték saját és munkakörnyezetük alkalmanként előítéletes vagy diszkriminatív

megnyilvánulását, nem tudtak magyarázatot adni ezek okaira. Szerintük a családjukban, a neveltetésükben gyökerezik, valamint az életük során rájuk 'rakódott' közösségi és médiahatásokból ered. Arról megoszlanak a nézetek, hogy ezek a felismert előítéletek vajon mennyire tudat alattiak vagy tudatosak: a határvonal számos esetben elmosódik. A megváltozott hangnem és beszédstílus vélhetően tudat alatti, nem szándékos, esetenként a korábbi negatív tapasztalatokból eredő, reflexszerű, automatikus reakció az orvos vagy a nővér részéről, adott esetben esetleg éppen az aktuális páciens viselkedésére adott reakció. Ugyanakkor egy altatott beteg feje fölötti 'viccelődés', illetve a szándékos várakoztatás már tudatos diszkriminatív viselkedésnek tekinthető.

Kutatásunk utolsó kérdésköre az előítéletek megelőzésére fókuszált. Interjúalanyaink véleménye erősen megoszlik abban a tekintetben, hogy meg lehet-e előzni az 'előítéleteket', főleg, ha azok nem szándékosak, hanem tudat alattiak. Válaszadóink szerint ha teljesen megelőzni nem lehet is őket (a család, a környezet és a média hatása gyakorlatilag kikerülhetetlen), a kisgyermekkorban, családi körben megkezdett tudatos edukációval befolyásolhatók (3., 4., 8., 9., 11., 12.). Ha ez nem történik meg, akkor a későbbiekben tudatosan kontrollálni lehet, például a személyes munkavégzés során fokozott figyelmet szentelve annak, hogy az esetlegesen meglévő előítéletek ne befolyásolják döntéseinket és viselkedésünket (1., 2., 4., 8.). Fontos az önreflexió, azaz feltenni magunknak a kérdést, vajon miért is vagyunk előítéletesek (13.) – ennek felismerése talán közelebb vihet minket a megoldáshoz is. Fontos továbbá a prevenció, a kommunikációs tréningek, és ahogy már korábban is utaltunk rá, kiemelt a média szerepe a közvélemény formálásában; fontos lenne, hogy olyan információkat közvetítsen, amelyek nem visznek az általánosítás felé (1., 2.). Többen kifejezték, hogy a tudatos neveléssel, önképzéssel párhuzamosan a konfliktusmentes együttélés és egymás kölcsönös tisztelete érdekében elengedhetetlen a 'másik oldal', a roma populáció képzése s toleranciára, prekoncepció-mentességre, együttműködésre és a többség által képviselt normák elfogadására nevelése is (3., 8., 10., 12.). Ezek lehetséges eszközei például az iskolákban az integrált osztályok működtetése (5.), a hátrányos helyzetű roma gyerekek felzárkóztatása (9.), és a 'jó példák' kiemelése a roma közösségben, mintegy motivációként a többiek számára (9.). Összességében ez komplex társadalmi felelősségvállalást és feladatokat igényelne, és nem pusztán a család, a szülők és az iskola feladata lenne (8.).

Megbeszélés

Kutatásaink során egy nemzetközi vizsgálat részeként, félig strukturált interjúkon keresztül arra kerestünk választ, hogy az egészségügyi dolgozók mennyire észlelik a roma populációk iránti saját vagy a környezetből származó előítéleteket. Vizsgáltuk, hogy interjúalanyaink véle-

ménye szerint mennyire befolyásolja az ellátórendszerben esetlegesen jelen lévő előítélet ezen populációnak az ellátáshoz való hozzáférését, az ellátás minőségét, valamint a páciensek egészségét. Arra is igyekeztünk választ kapni, vajon meg lehet-e előzni az előítéletek kialakulását, illetve hogyan lehet küzdeni a meglévő előítéletek ellen.

Eredményeink megerősítették a romákkal szembeni előítéletek jelenlétét és alkalmankénti megnyilvánulását a betegellátás során, a leggyakrabban a romák körében végzett felmérések által is sérelmezett [4] várakoztatás, megváltozott hangnem, illetve kommunikációs elemek (például grimaszok) formájában. Ugyanakkor megerősítést nyert a bevezetőben említett gyakorlat is, az ún. „cigánykörtermek” alkalmazása, amit egyes roma betegek nyílt diszkriminációként élnek meg, míg az egészségügyi dolgozók szerint ez a kulturális különbözőségek okán mind a roma, mind a nem roma páciensek érdekeit szolgálja (például nagyszámú, hangos rokonság látogatása roma páciensek esetén) [4]. Sajnos a roma betegek gyakran már azzal a beállítódással jelennek meg az ellátórendszerben, hogy ott őket úgyis diszkriminálják, és hogy származásuk miatt kell hosszan várakozniuk. Nagyon megnehezíti az ellátórendszer részére az együttműködést ez a prekoncepció vagy negatív attitűd, amely eredhet részben a roma betegek korábbi negatív tapasztalataiból, részben pedig az ellátórendszer működésével kapcsolatos ismeretek hiányából (például a sürgősségi ellátás menete, triázs). Sajnos előfordul az is – és a média szereti felkapni ezeket az eseteket –, amikor az egészségügyi dolgozók munkavégzésük során mentális és fizikai agressziónak, veszélyeztetettségnek vagy akár bántalmazásnak vannak kitéve egyes szegregált populációk részéről (például hajléktalanok, kábítószer-használók, romák stb.). Összességében ezek a médiában felkapott esetek negatív hatással vannak a teljes populációk megítélésére, így erősen hozzájárulhatnak az irántuk érzett előítéletekhez és félelemhez. Hatalmas a média felelőssége a közvélemény formálásában, és fontos lenne a tényszerű, előítéletektől mentes tájékoztatásra szorítkozni, ugyanakkor nem 'ködösíteni'. Válaszadóink olyan durva, közvetlen és nyílt diszkriminációt nem tapasztaltak a jelenlegi és korábbi munkakörnyezetükben, mint amilyenre a 2007. évi Khetanipe-felmérés utal, miszerint a betegek kb. 26%-a érzi úgy, hogy az ellátás során nyíltan és közvetlenül is megalázzák őket (például „kiabáltak, lekezelők voltak velem, nem veszik emberszámba, lecigányozzák, félvállról veszik, megkérdőjelezik”) [3]. Továbbá, bár kis elemszámú mintán végeztük vizsgálatunkat, eredményeink nem támogatják *Babusik* 2007. évi vizsgálatának azon tapasztalatát sem, mely szerint a roma betegek sérelmezik, hogy az alapellátás során az orvosok nincsenek tekintettel a roma páciensek anyagi teherbíró képességére a receptek felírásakor [4], vagy esetleg bizakodhatunk, hogy az elmúlt 10 év során ezen a téren javult a helyzet.

Köztudott, hogy az európai etnikai kisebbségek közül a roma népességnek a legrosszabbak az egészségmutatói,

és a legalacsonyabb a születéskor várható átlagos élettartamuk [7], ezért is nagyon fontos annak tisztázása, hogy az ellátórendszer az előítéleteken, diszkrimináción keresztül vajon hozzájárulhat-e ezen sajnálatos adatokhoz. Ezt közvetlenül gyakorlatilag lehetetlen kimutatni, a problémakör sokkal komplexebb, és egy ilyen kis volumenű felmérés semmiképpen sem alkalmas mélyebb okozati viszonyok feltárására. Eredményeink alapján azonban arra a következtetésre jutottunk, hogy az ellátórendszerben alkalmanként megnyilvánuló előítéletesség közvetlenül nem vezet sem a mindenki számára hozzáférhetőnél rosszabb ellátáshoz, sem rosszabb egészségi állapothoz. Az azonban nem zárható ki, hogy közvetve hozzájárulhat, amennyiben a beteg egy korábban megélt vagy vélt negatív tapasztalat miatt a későbbiekben nem fordul időben orvoshoz. *Babusik* is utalt rá 2007. évi tanulmányában, hogy a vélt vagy valós hátrányos megkülönböztetés befolyásolhatja a romák szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóságát [4]. A hátrányos megkülönböztetés következtében bizalmatlanság alakulhat ki az ellátórendszerrel és az orvosokkal szemben, és ez akár ahhoz vezethet, hogy a roma betegek vonakodhatnak az ellátások igénybevitelétől, akkor is, amikor sürgősen szükségük volna rá [9]. Válaszadóink többsége felhívta a figyelmet a roma populációra jellemző 'túl késői orvoshoz fordulás', illetve 'elhanyagolt, kezeletlen betegségek gyakori előfordulására', melyek hátterére érdemes lenne további vizsgálatokat végezni, hogy hathatós prevenciók intervenciót lehessen kezdeményezni. Fontos lenne tudni, hogy a betegségtől, fájdalomtól vagy haláltól való félelem áll-e a háttérben, vagy esetleg az orvosok iránti bizalmatlanság, ahogy egy 2007. évi, az International Organization for Migration (IOM) által kiadott tanulmány is kiemelte [9]. Lehetséges, hogy anyagi okok vagy a korábban tárgyalt negatív tapasztalatok és a megélt diszkrimináció dominál, vagy talán a saját egészség fontosságának alulértékelése, a negatív jövőkép vagy a tanult tehetetlenség? Az okok pontosabb ismerete lehetőséget biztosíthatna a helyzet megváltoztatására, ahogy már az a látszólag kis egészségpolitikai intervenció is hatalmas eredményeket ért el, hogy kiterjesztették a méhnyakszűrést a védőnőkre, akik szinte 'házhoz mentek', így a program eredményeképp azok a roma asszonyok is sokkal magasabb arányban vettek részt szűrővizsgálaton, akik anyagi okokból vagy a távolság miatt korábban nem jutottak el, vagy azok, akik kulturális okokból nem szívesen vettek volna részt a többnyire férfi nőgyógyászok által végzett szűréseken (vagy a férjük ezt nem támogatta/engedte) (9.) [10].

A roma populáció és az egészségügyi ellátórendszer közötti együttműködést tovább nehezíti az ellátórendszernek a hagyományos roma kultúra sajátosságait illető hiányos ismerete: például nem tudják, mi az oka, illetve miért fontos a romáknak a társas támogatás, a család együttes megjelenése az orvosnál (kollektivisták vs. individualista kultúra) [11], nem értik ezt a jelenséget, és emiatt nem is szeretik. Kulturálisan más a romák egészségké-

pe, az 'egészség mint érték' felfogása, hiedelemvilága, egészségmagatartása és az alacsonyabb iskolázottság következtében alacsonyabb az egészséggel kapcsolatos ismereteik szintje. Különbözik a halállal kapcsolatos felfogásuk, az érzelmek megélésének és a fájdalom kifejezésének módja (például félnek a halottaktól, hangosan siratják a még élő, de haldokló rokonukat, fájdalmaikat intenzíven, hangosan, sokszor teátrálisan élik meg, félnek az invazív beavatkozásoktól, tüszúrástól stb.). Lehetséges megoldásként *Babusik* a kulturális különbözőségekből fakadó konfliktusok (például a gyász kulturálisan eltérő megnyilvánulásai cigány, illetve nem cigány hozzátartozók esetében) elkerülése érdekében az ún. „kegyeleti” vagy „gyászszobák” létrehozását javasolja [4]. A roma populációk egészségi állapotát fejlesztő intervenciók során érdemes lenne a roma kultúra egyes sajátos elemeit pozitív erőforrásként tekinteni, ezekre támaszkodni és ezeket kihasználni, például építeni a romák közismert összetartására és társas/közösségi támogatására, melyekre jelenleg inkább teherként tekintenek az ellátás során [9]. Ennek érdekében meg kell találni a közösségben az ún. szószólókat, azokat a központi személyeket, véleményvezéreket vagy családfőket, akik szavának súlya van a családban vagy a közösségben, őket megnyerni egy-egy fontos cél érdekében (például szűrővizsgálaton vagy edukáción való részvétel), és támogatásukkal, illetve közvetítésükkel megpróbálni eljutni szélesebb rétegekhez. Az iskolázottsági különbségekből adódó kommunikációs problémák felismerésében és áthidalásában pedig elsődlegesen az orvosnak van kulcsszerepe, akinek különböző kommunikációs technikák segítségével meg kell győződnie arról, hogy az általa fontosnak tartott információkat (életmódbeli tanácsok, kezelési terv, kontrollvizsgálatok stb.) megértette-e a páciens. Egy esetlegesen alkalmazható módszer lehet erre az angolszász területeken alacsony egészségműveltségű vagy az angolt második nyelvként beszélő populációk esetén gyakran alkalmazott ún. 'visszatanításos' módszer ('teach-back method') [12], amikor az orvos a páciensről kéri, hogy a saját szavaival ismétlje el az általa mondottakat, és szükség esetén helyben korigálja, amíg a páciens hibátlanul meg nem érti.

Az azonban nemcsak a roma populációk egészségismeretének és egészségműveltségének („health literacy”), valamint általános iskolázottsági szintjének társadalmi szintű növelése lenne fontos, hanem az ellátórendszer érzékenyítése, a már praktizáló és leendő orvostársadalom ez irányú ismereteinek bővítése és attitűdformálása, például az alapképzésbe építve vagy kreditpontos orvostovábbképző kurzusokon keresztül. A pécsi orvostudományi egyetem már 2013 óta jelen van és népszerű az érdeklődő hallgatók körében a „Roma közösségek egészsége és egészségügyi ellátásuk kérdései” című választható kurzus magyar és angol nyelven. Végül, de nem utolsósorban arról sem szabad megfeledkezni, hogy 'az orvos is csak ember', és a korábban már említett egyéni politikai nézetein túl neki is lehet negatív benyomása, magánvéleménye, félel-

me, lehet rossz napja, lehet, hogy éppen túlterhelt, frusztrált, kimerült vagy éppen személyiségéből adódóan türelmetlen. Társadalmi elvárás, hogy mindebből a páciensek lehetőleg semmit ne érzékeljenek, vagy legalábbis az, hogy se ezek a tényezők, se az esetlegesen 'belé nevelt' vagy 'szerzett', tudat alatti előítéletei ne befolyásolják szignifikánsan az ellátás minőségét. Ezért fokozottan figyelni kellene az ellátórendszer tagjainak pszichés, mentális egészségének megőrzésére, szükség esetén pedig számukra is tréningeket vagy más támogatást, mentesítést és megbecsülést nyújtani [4]. Ezek érdekében is évek óta elérhető a PTE ÁOK Magatartástudományi Intézetének gondozásában toleranciaérzékenyítő és megküzdési készségeket fokozó választható kurzusok, továbbá mentálhigiénés és pszichológiai konzultációs lehetőségek, emellett országszerte működnek ún. Bálintcsoportok is, amelyek a már praktizáló orvosoknak nyújthatnak segítséget a betegellátás során adódó konfliktusos helyzetek, krízisek megoldásában, valamint a kiégésprevencióban.

Anyagi támogatás: A kutatás a Magyar Tudományos Akadémia 'Bolyai János Kutatói Ösztöndíj' támogatásával valósult meg. Az ösztöndíjas időszak: 2017/09/01–2020/08/31. Az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-19-4. kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának szakmai támogatásával készült. Támogatta a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Kutatási Alap (PTE ÁOK-KA, nr. 2017-16) és az amszterdami 'APH Global Health Program'.

Szerzői munkamegosztás: A kutatás ötletének és szakmai háttérének (interjúvázlatok) kidolgozása részben M. E. munkája, az interjúk lebonyolítását, a szövegleírások elkészítését és az eredmények elemzését M. E. és K. R. végezték. A közlemény elkészítésében, szakmai és formai lektorálásában és véglegesítésében F. N., N. T. és O. Zs. vettek részt.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekelségeik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük a felmérésben részt vevő egészségügyi dolgozók rendelkezésre állását, nyíltságát és őszinte véleményét egy ilyen érzékeny témával kapcsolatos kutatás során. Köszönjük *dr. Jeanine Suurmondnak* és *dr. Petra Verdonknak*, az Amsterdam Medical Centre munkatársainak a kutatás kezdeményezésének ötletét és a szakmai kooperáció lehetőségét.

Irodalom

- [1] The Fundamental Law of Hungary. [Magyarország Alaptörvénye.] Available from: http://www.njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=140968 [accessed: November 25, 2019]. [Hungarian]
- [2] Act CLIV of 1997 on health. [1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.] Available from: https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV#laj164id38f [accessed: November 25, 2019]. [Hungarian]
- [3] Khetanipe Association. Equality, health and the roma community. [Egyenlőség, egészség és a roma/cigány közösség.] Fundación Secretariado Gitano, Madrid, 2007. Available from: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_hu.pdf [accessed: November 25, 2019]. [Hungarian]
- [4] Babusik F. Gypsies in Hungary – structural trap and exclusion. [Magyarországi cigányság – strukturális csapda és kirekesztés.] *Esély* 2007; 1: 3–23. [Hungarian]
- [5] European Commission: Roma health report. Health status of the Roma population. Data collection in the member states of the European Union. European Union, August, 2014. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf [accessed: November 25, 2019].
- [6] Szirtesi Z. Health status of the Roma. [A cigányság egészségügyi helyzete.] *Agroinform Kiadóház*, Budapest, 1998. [Hungarian]
- [7] Hungarian Central Statistical Office. Demographic characteristics of ethnic minorities in Hungary. [Központi Statisztikai Hivatal. A hazai nemzetiségek demográfiai jellemzői.] *Statisztikai Tükör*, 2015. december 16. Available from: http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/nemzetiseg_demografia.pdf [accessed: November 25, 2019]. [Hungarian]
- [8] Orsós Zs. Carcinogenesis related allelic polymorphisms in the Hungarian Roma population (PhD thesis). [Karcinogenezisben szerepet játszó allépolimorfizmusok a magyarországi roma populációban. Doktori értekezés.] Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pécs, 2013. [Hungarian]
- [9] Baráth Á, Gajewska A, Jones A, et al. Building healthy Roma communities. Training manual. International Organization for Migration (IOM), Brussels, 2007. Available from: https://www.researchgate.net/publication/303562797_Building_Healthy_Roma_Communities_Training_Manual [accessed: November 25, 2019].
- [10] Pakai A, Novákné Szabó Sz, Karácsony I, et al. Awareness about risks associated to cervical cancer among Roma women. [Roma nők ismereteinek felmérése védőnői körzetben a méhnyakrák és kockázati tényezőivel kapcsolatban.] *Romológia* 2018; 6: 76–96. [Hungarian]
- [11] Hofstede G. Dimensionalizing cultures: the Hofstede model in context. *Online Read Psychol Cult.* 2011; 2: 3–26.
- [12] Agency of Healthcare Research and Quality. Health literacy universal precautions toolkit. 2nd edition. Available from: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlitoolkit2-tool5.html> [accessed: November 25, 2019].

(Marek Erika dr.,
Pécs, Szigeti út 12., 7627
e-mail: erika.marek@aok.pte.hu)