

Abrudbányai Melinda¹

**„Bejött egy másik öreg orvos, s azt mondja neki,
képzeld el, te, a beteg nem tud románul, én nem
tudok magyarul, s mégis beszélgetünk.”**

**Krónikus betegek egészségügyi ellátások során
tapasztalt nyelvi akadályainak vizsgálata²**

Kivonat

Habár az egészségügyi nyelvi jogok kérdései kapcsán nyelvjogi aktivisták, civil értelmiségiek és politikai szereplők összefogásáról, beavatkozással kapcsolatos próbálkozásairól, máskor élénk közvitájáról olvashattunk az erdélyi sajtóban az elmúlt években (lásd például az „olaszteleki lány esetét”, illetve különféle törvénymódosításokat), egyelőre a téma nem kapott jelentős figyelmet a társadalomkutatók részéről. Jelen tanulmány az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférési nyelvi akadályait vizsgálja két magyar többségű kisvárosban (Gyergyószentmiklós és Csíkszereda) és környékükön élő krónikus betegek körében. Azok a helyzetek kerülnek fókuszba, amikor a páciensek kezelésük egy részét állandó lakhelyüktől eltérő, román többségű városban lévő klinikán kapják meg. A 45 krónikus beteg személyllyel készített interjú és azok elemzése során arra kerestem a választ, hogy a célpopuláció körében az ellátások igénybevétele során realizálódnak-e a nyelvi hozzáférési akadályok, és ha igen, akkor milyen formában, illetve milyen megküzdési stratégiákat aktiválnak. A kutatás eredményeiből kiderül, hogy a nyelvi akadályok nem az interjúalanyok teljes betegútja során, hanem annak második szakaszában, a szakellátás területén jelentkeznek, epizódyszerűen. Két orvos- és ellátás-választási mintázathoz kétféle döntési variáns kapcsolódott a nyelvhasználat tekintetében. A megkérdezettek túlnyomó többsége passzív szerepet tölt be a következő ellátás nyelvének megválasztása során. Az interjúalanyok – alig néhány kivétellel – beszámolnak a nyelvi akadályok kapcsán megtapasztalt, főként anyagi és lelki megterhelést okozó hátrányokról vagy diszkriminációról, ugyanakkor a megküzdési stratégiák széles tárházáról is.

Kulcsszavak: nyelvi hozzáférési akadály, kétnyelvű egészségügyi kommunikáció, hátrány, diszkrimináció, megküzdési stratégiák

Abstract. “Another Older Doctor Came in and Told Him: You Won’t Believe This, the Patient Does Not Speak Romanian and I Do Not Speak Hungarian, yet We Had a Conversation Anyway.” The Study of Language Barriers Encountered by Chronic Patients During Medical Care

The present study examines the language barriers encountered by chronic patients living in two towns with a majority of Hungarian population (Gheorgheni/Gyergyószentmiklós and Miercurea-Ciuc)

1 A szerző szociológus, a Babeş–Bolyai Tudományegyetem Szociológia Doktori Iskola hallgatója.
E-mail: abrudbanyai.m@gmail.com

2 Jelen munkát a Magyarország Collegium Talentum 2017 programja támogatta.

Csikszereda). The research focused on those situations when these patients were given one part of the care in a city in which the majority of the population is Romanian. The interviews conducted with 45 chronic patients and the data analysis aim to reveal whether the target population encountered any language barriers during their medical attendance and if so, how did they manifest, and respectively what kind of coping strategies did they apply in order to overcome the linguistic barriers. The results show that the language barriers did not affect the entire period of their treatment process, but only in its second phase when they received specific medical attendance. The two medical and healthcare patterns prompted different linguistic approaches. The majority of the interviewees had a passive role in choosing the language of the medical attendance during the second phase of their treatment. They mainly underlined the financial and psychological discrimination and disadvantages caused by language barriers. Furthermore, a wide range of coping strategies were adopted in order to overcome the language obstacle.

Keywords: language barrier, bilingual medical communication, discrimination, coping strategies

Cikkre való hivatkozás / How to cite this article:

Abrudbányai Melinda (2018). „Bejött egy másik öreg orvos, s azt mondja neki, képzeld el, te, a beteg nem tud románul, én nem tudok magyarul, s mégis beszélgetünk.” Krónikus betegek egészségügyi ellátások során tapasztalt nyelvi akadályainak vizsgálata. *Erdélyi Társadalom*, 16(2), 9–25. <https://doi.org/10.17177/77171.214>

A tanulmány ingyenesen letölthető a CEEOL-ról: <https://www.ceeol.com/search/journal-detail?id=928> és a GESIS adatbázisából: <http://www.da-ra.de/dara/search?lang=en&mdlang=en>.

ELMÉLET

A 21. századi globális migráció következtében növekvő nyelvi diverzitás, illetve a nemzetenként változó arculatú nyelvi akadályok természete és komplexitása (amely a sajátos kulturális és politikai közegeknek tudható be) jelentős kihívások elé állítja világszerte az egészségügyet (Squires, 2017). Az ellátásokhoz való hozzáférés nyelvi akadályainak (*language barriers in access to health care*) vizsgálata a 90-es években nötte ki magát önálló kutatási területté, azóta szignifikáns kutatások egyértelműsítették, hogy a nyelvi akadályok negatív hatással vannak a hozzáférési esélyekre, a hátránnyal rendelkezők tapasztalataira, elégedettségére, illetve a domináns nyelvet beszélők és a kisebbségek között jelentős hozzáférési egyenlőtlenségeket szülnek (Bowen, 2015).

A nyelvi eltérések két, egymással alá-fölrendelt viszonyban lévő csoport esetében eszközként szolgálhatnak a hatalmon lévő közösség kezében a diszkriminációhoz (Sándor, 1999). A lingvicizmus az egészségügyben a hozzáférés (*access*) szintje mellett, a szolgáltatás igénybevétele (*utilisation*) során, egészen az optimális egészségügyi kimenetel (*health outcome*) eléréséig számos módon okozhat problémát az érintetteknek.

Andersen modelljében az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét három tényezőcsoport egymásra hatása befolyásolja: a társadalmi faktorok (normák, technológia), az egészségügyi

szolgáltatások rendszere (szervezetek, források), valamint az egyéni meghatározó tényezők (predisponáló faktorok, a betegség szintje) (Andersen & Newman, 2005). A társadalmi tényezők közé tartozó nyelvhasználat a kezdeti hozzáférés szintjén is eredményezhet elakadásokat, esélyegyenlőtlenségeket, hiszen az ellátások domináns nyelvét nem vagy fennakadásokkal beszélő páciensnek a megfelelő ellátó kiválasztása is problémát okozhat (például háziorvost talál ni), akárcsak egy időpont egyeztetése vagy az egészségügyi problémával kapcsolatos információk elérése (Bowen, 2015). Hasonlóképpen kisebb arányban jutnak el szűrővizsgálatokra (kiemelten rákszűrésekre), prevenciók tevékenységekre, illetve mentálhigiénés, sürgősségi (Bowen, 2015), rehabilitációs (Chauhan, Baker, Lester, & Edwards, 2010) vagy otthoni gondozás igénybevételéig (Bowen, 2015) az érintettek.

Az igénybevétel során a nyelvi akadályok kizökkent(het)ik az orvost a megszokott rutinjából, számos ponton el kell térnie a már bevált gyakorlatoktól, amelyekkel dolgozik, és ezek a változások fokozott stresszes állapotot eredményezhetnek, ami viszont megnöveli a páciens biztonságának fenyegetettségét és a félrediagnosticsztizálás esélyét (Squires, 2017). A páciens oldaláról nézve pedig sok más mellett bizonytalanná válhat számára a kezeléssel kapcsolatos információk megértése, sérülhetnek az etikai és jogi kritériumok, illetve negatív hatással bír adott esetben ez a körülmény a fájdalom és krónikus betegségek menedzsmentjére is (Bowen, 2015). Asztmás páciensek körében figyelték meg, hogy magasabb volt a hospitalizációs arány azok esetében, akik nem anyanyelvükön vették igénybe a szolgáltatást. Hasonló összefüggést figyeltek meg cukorbetegség körében, akiknél a nyelvtudás szorosan összefüggött a diabéteszről való tudással, a vércukorszint sajátkezü monitorizálásával, valamint a szimptomák kevésbé jó kontrolljával (Bowen, 2015).

A nemzetközi standardok szerint egy kétnyelvű egészségügyi kommunikációs helyzetben a páciensközpontú ellátás elengedhetetlen eleme egy tolmács vagy fordító³ bevonása (Squires, 2017). Az ellátás minőségét (*quality*) és az egyenlőtlenségek (*health disparities*) csökkentését az igénybevétel során a kétnyelvű orvosok és személyzetük, valamint a képzett fordítók⁴ biztosítják leghatékonyabban (Schwei és mtsai, 2017). Romániában nincs intézményesített megoldás kétnyelvű egészségügyi kommunikációs helyzetekre, nem létezik sem egészségügyi fordítói szakma, így szolgáltatás sem, amelyet a páciensek vagy az ellátók igénybe vehetnének. Két lehetségtípus adott: a kétnyelvű orvosok vagy személyzet, illetve az informális fordítók közreműködése, azonban teljesen esetleges, hogy melyik szituációban vagy melyik egészségügyi intézményben mikor, milyen körülmények között elérhetőek ezek, ha elérhetőek.

A kétnyelvű orvos-páciens találkozások fent említett potenciális aktorai mellett meghatározó szerepe van a szabályozásoknak is, amelyek előírják, hogy hogyan kell eljárni ilyen helyzetekben, illetve kit terhel a felelősség a következményekért. Az európai jogalkotásnak egyik hiányossága, hogy nincsenek rögzítve a páciensek egészségügyi fordító igénybevételével kapcsolatos

3 A fordítókat a szakirodalom két szempont szerint osztályozza: képzetek vagy képzetlenek (ad hoc fordítók például a nővérek, családtagok, a kórházban tartózkodó más páciensek stb.), akik személyesen vagy nem személyesen (telefonon vagy videofelvételen keresztül stb.) nyújthatnak segítséget (Karlner, 2017).

4 Egy 2010-es tanulmány szerint kilencszer többször hibáznak a nem képzett, mint a képzett fordítók (Schwei, Rhodes, & Jacobs, 2017).

jogai, ezért minden ország maga határozza meg ezeket. A Romániában érvényben lévő, idevágó szabályozások (46/2003-as számú törvény; a 2017 tavaszán módosított 95/2006-os és a 292/2001-es egészségügyi szolgáltatásokról szóló két törvény; a 215/2001-es számú, úgynevezett 20%-os törvény és a Regionális vagy kisebbségi nyelvek európai chartája – 13. cikk 2/c) leginkább azt erősítik, hogy a pácienseknek joguk van anyanyelvükön igénybe venni az egészségügyi ellátásokat különböző körülmények között („ha nem beszéli, az állam nyelvét”, ha a településen a magyar lakosság aránya eléri a 20%-ot, stb.). A további pragmatikus megkötésekről, amelyek ezek gyakorlati kivitelezését segítenék, keveset mondanak.

A *Nyelvi charta* ratifikálásának – habár nem hozott törvénymódosításokat – egyik fontos hozadéka volt, hogy lehetőséget adott az idekapcsolódó nyelvhasználati (oktatási, közigazgatási stb.) kérdések tudományos, politikai és civil tematizációjára (Toró, 2016). Az elmúlt években az egészségügyi (anya)nyelvhasználat kapcsán a sajtóban kiemelt figyelmet kapott az „olaszteleki lány” esete⁵, melynek nyomán nyelvjogi aktivisták, civil értelmiségiek és politikai szereplők beavatkozással kapcsolatos próbálkozásairól, igazságszolgáltatásért vívott csatáinak sikereiről olvashattunk a sajtóban. A 2017-es törvénymódosítást (a 95/2006 és 292/2001-es egészségügyi szolgáltatásokról szóló törvények) is említhetnénk, igaz, a változtatások valódi jelentőségéről megoszlanak a vélemények. Míg a politikai szféra nagy lépésként tartja számon a törvénymódosítást, addig a Jogvédő Csoport az Identitás Szabadságáért (AGFI) képviselői jelzik a kibontakozó közvita keretében, hogy valójában nem a nyelvi jogok bővüléséről van szó, hanem a kisebbségek nyelvét beszélő szakemberek alkalmazása vált kötelezővé. Emellett a korábbi 20%-os etnikai küszöb módosult 5000 fős küszöbre.

A civil és politikai tematizáció terepe leginkább a sajtó volt az egészségügyi nyelvhasználat kapcsán, a probléma egyelőre a társadalomkutatók részéről sem szakmai viták, sem átfogó vizsgálatok formájában nem kapott jelentős figyelmet.

A kétnyelvű egészségügyi kommunikációs helyzetek értelmezésében és vizsgálatában két megközelítésmód rajzolódik ki az általam vizsgált nemzetközi szakirodalomban: az egyik az etnikai, faji különbségek felől közelít (Bird, Conrad, Fremont, & Timmerman, 2010), a másik pedig az univerzális egészségügyi jogokra helyezi a hangsúlyt (Jacobs & Diamond, 2017).

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáféréskor az igénybevétel során vagy a kimeneteli szakaszban tapasztalt faji, etnikai alapú egyenlőtlenségekkel foglalkozik az SCF-HSD (*The*

5 Az Országos Dávid Ferenc Ifjúsági Egylet XIX. Versmondó- és népdaléneklő versenyének győztesét 2016. február 13-án baleset érte Kolozsváron, melynek következtében több lábujja eltört. Az Olasztelekről (Kovácsna megye) származó 17 éves lányt a gyermekkorház sürgősségi osztályára szállították, ahol Ioan Dobrescu sebész a lány és szüleinek hiányos (román) nyelvtudására hivatkozva az ellátást több ponton is megnehezítette, hátráltatta (nem engedte, hogy informális fordító segítse a lányt és családját, illetve a közöttük folyó kommunikációt, késleltette a pontos diagnózishoz szükséges röntgen elkészítését, az indokoltnál korábban kiutalta a lányt, stb.) Az RMDSZ panaszt tett az ügy kapcsán, az Országos Diszkriminációellenes Tanács 2016. novemberében 2000 lejre büntette a kórházat, 1000 lejre pedig a lányt diszkrimináló orvost. Az eset kapcsán a Musai-Muszáj mozgalom szervezett egy érzékenyítő jellegű akciót (<http://itthon.transindex.ro/?hir=41915>) az anyanyelv világnapján, illetve elindult a *Hippokratész házörzője* nevű civil kezdeményezés, melynek célja a hasonló helyzetek megelőzése.

Socio-Cultural Framework for Health Service Disparities) elmélete. Ez a megközelítés elsősorban a társadalmi rétegződés szociológiai elméletére épül, és az egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó faji-etnikai egyenlőtlenségekre olyan dinamikus, a betegségkarrier folyamán felmerülő jelenségekként tekint, amelyek a (származási) közösségekkel és az ellátórendszerrel kapcsolatos rutinokhoz és tapasztalatokhoz kötődnek, időben kiterjedőek, azaz nem a betegút egyetlen állomásához kapcsolódnak (Bird és mtsai, 2010).

A hozzáférés nyelvi akadályainak vizsgálatával önálló, multidiszciplináris, beavatkozás-központú tudományterület foglalkozik, melynek alapját az univerzális egészségügyi jogok elismerése képezi. Hsieh (2017) BHC-modelljének (*Model of Bilingual Health Communication*) fókuszában az orvos-beteg és fordító közti interakciók és a preventív lehetőségek vizsgálata áll. Ez a megközelítés a szituáció valamennyi szereplőjére, a páciensre is problémamegoldó félként tekint. Az eredményes kétnyelvű egészségügyi kommunikáció eszerint a szereplők azon készségeitől (vagy képviselététől) függ, amelyek segítségével sikerül egyezkedniük és adaptálódniuk a versengő célok közepette. A kulturális konstrukciók elméletére támaszkodva jelzi a szerző, hogy tulajdonképpen nagyon keveset tudunk elmondani, megjósolni az ideálisan alakuló kétnyelvű kommunikációs helyzetekről, mivel ezek mindig kontextusfüggőek. Az idetartozó kutatások – érthető módon, mivel céljuk a rendszerszintű változások elősegítése – főként a fordító és orvos szereplehetőségeivel foglalkoznak, hiány van a nemzetközi szakirodalomban a pácienseket vizsgáló kutatásokból (Squires, 2017). Így nem találkoztam még olyan munkával, amely a páciensek ilyen helyzetekben mozgósított megküzdési stratégiáit mérné fel.

A megküzdés (*coping*) az egyének stresszhelyzetekre adott válaszaiknak és interakcióinak összességét jelenti (Zamble & Gekoksi, 1994). Lazarus és Folkman (1984) a megküzdési stratégiákat két nagy csoportba sorolta. A *problémamegoldó* megküzdés a stresszt okozó helyzet megváltoztatására irányul, míg az *érzelempőzpontú* megküzdés a szituáció okozta érzelmi reakciók szabályozására koncentrálódik. A szerzők nyolc megküzdési stratégiát azonosítottak be, amelyek közül kettő tisztán problémamegoldó (konfrontáció és tervezés), öt érzelempőzpontú (eltávolodás, érzelmek és viselkedések szabályozása, elkerülés-menekülés, a felelősség vállalása, pozitív jelentés keresése), a társas támogatás keresése pedig mindkét dimenzióban megjelenik.

Carver és szerzőtársai (1989) a probléma- és érzelempőzpontú megküzdés mellett harmadik kategóriaként a diszfunkcionális megküzdést vezetik be. Problémamegoldónak számít az ő értelmezésükben az aktív szerepvállalás, a tervezés, a versenyző aktivitások kizárása, az önuralmon alapuló megküzdés és a társas támogatás keresése instrumentális célokra. Az érzelempőzpontú megküzdéshez tartozik a társas támogatás keresése érzelmi okokból, az elfogadás, a humor, a vallás irányába fordulás és a pozitív jelentések keresése. Diszfunkcionális stratégiának számít a tagadás, az alkohol vagy drog használata, a mentális vagy viselkedésbeli elhatárolódás, a kikapcsolás és az érzelmekre való fókuszálás.

A megküzdés ugyanakkor egy dinamikus, állandóan változó jelenség, és számos (például demográfiai, egyéni, szociokulturális és környezeti) tényező függvénye, hogy melyik stratégiát melyik szituáció mozgósítja (Baqutayan, 2015).

MÓDSZERTAN

Kutatásomban az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nyelvi akadályait két magyar többségű kisvárosban (Gyergyószentmiklóson és Csíkszeredában) és környékükön vizsgáltam. Arra kerestem a választ, hogy a tömbmagyarságban élő, magyar anyanyelvű krónikus betegek körében az ellátások igénybevétele során realizálódnak-e a nyelvi akadályok, és ha igen, akkor milyen formában, illetve milyen megküzdési stratégiák kapcsolódnak hozzájuk az érintettek részéről. Az adatgyűjtés fókuszába azok a helyzetek kerültek, amikor a páciensek kezelésük egy részét *állandó lakhelyüktől eltérő, román többségű városban* lévő klinikán kapták meg, mivel ez valamilyen lakhelyükön nem elérhető, nem megfelelő. Hólabdamódszert használva 45 félstrukturált interjút készítettem.

Az adatgyűjtési folyamat során egyértelművé vált, hogy számos krónikus betegséggel nem kell más városba utazniuk a pácienseknek (például a cukorbetegeknek), vagy nem kell messzebb menniük, mint Csíkszereda. *A daganatos betegeknek* azonban szinte kivétel nélkül igénybe kellett venniük más városokban is ellátást, kezelést, így nekik kiemelt figyelmet szenteltem. A daganatos betegek mellett cukorbeteg, asztmás, különböző endokrinológiai, mozgásszervi és kardiovaszkuláris problémákkal élő személyekkel készítettem interjút.

A negyvenöt megkérdezett körében közel fele-fele arányban vannak férfiak (21-en) és nők (24-en). A legfiatalabb interjúalany 19,⁶ a legidősebb 82 éves. Egy interjúalany, állítása szerint, egyáltalán nem beszél a román nyelvet, és nem akadt olyan közöttük, aki úgy ítélte volna meg, hogy akadályok, nehézségek nélkül beszél az orvosnál a román. Nem meglepő tehát, hogy kivétel nélkül, mind a negyvenöt interjúalany arról számolt be, hogy ha teheti és tehetné, anyanyelvén venné igénybe az orvosi ellátásokat, ezt érzi legbiztonságosabbnak.

Az interjúvezető harminc kérdése közül tíz a román nyelvtudásra, a nyelvhasználati szokásokra és preferenciákra vonatkozik, egy a születési dátumra kérdez rá. Az első négy kérdés a betegutak forgatókönyvét, alakulását hivatott vizsgálni, a többi a páciensek ezekhez kapcsolódó értelmezéseit. A román nyelvű ellátások igénybevétele során megélt egyéni negatív és pozitív tapasztalatokkal foglalkozó kérdések tartoznak ide, valamint olyanok, amelyek ilyen helyzetekben segítőként vagy szemlélőként szerzett tapasztalatokkal foglalkoznak. Egy kérdésblokk foglalkozik a páciensek betegséggel kapcsolatos információszerzési technikáinak nyelvi aspektusával, és három kérdés fókuszában a legnagyobb nehézségek, illetve a változtatásra vonatkozó tervek, elképzelések álltak, azzal a céllal, hogy fogódzókat jelöljenek ki egy esetleges későbbi prevenció megtervezéséhez.

A kutatás feltáró jellegével összhangban az interjúvezető összeállítása során az volt a koncepcióm, hogy az első szakaszban az általános forgatókönyvekre kérdezek rá, szabadon hagyva, hogy magától kerüljön elő a nyelvi kérdés, amennyiben az interjúalanynak ez releváns, fontos. Ezt követően a második szakaszban kérdeztem konkrétan rá a kétnyelvű kommunikációs helyzetek alakulására, majd arra, hogyan oldották meg, és csak a legvégén a nyelvi kompetenciákra.

Az eredményeket az interjúvezető relevánsnak bizonyuló kérdéstömbjei mentén dolgoztam fel.

6 A megkérdezettek között volt egy édesanya, akinek a kilencéves lánya szenved leukémiában. Esetükben módszertani és etikai megfontolásból is az anyával készítettem az interjút.

ELEMZÉS

A betegutak forgatókönyvei

Az interjúalanyok betegútjai, várható módon, a romániai egészségügyi rendszer protokolljával összhangban alakultak: a probléma észlelésekor a családorvosi/sürgősségi ellátást vették igénybe, majd a szakellátásban haladtak tovább, a diagnózis felállítását követően pedig a szakorvosok mellett kezelőorvosokkal, rehabilitációs ellátókkal működtek együtt.

Az *alapellátást* valamennyi megkérdezett állandó lakhelyén vette vagy veszi igénybe, és egy kivétellel mindannyian szabadon választott, magyar anyanyelvű családorvosukhoz fordultak.

A *szakellátás* keretében már többféle forgatókönyv rajzolódott ki. A csíkszeredai lakosoké a legegyszerűbb: a válaszadók a szakorvosi ellátást is kezdetben állandó lakhelyükön vették igénybe (egy kivétellel mind magyar nyelven), majd az egészségügyi probléma jellegétől, súlyosságától függően maradtak a városban, vagy az ország más, nagyobb orvosi központjaiban folytatták (beteg)útjukat. A gyergyószentmiklósi, illetve a Gyergyószentmiklós és Csíkszereda környéki lakosok a házi orvos után közeli településeken (Csíkszeredában vagy Székelyudvarhelyen) fordultak szakorvosokhoz, s majd csak azután következett a nagyvárosokba utazás, ha szükség volt rá. A diagnózishoz vezető út általában többlépcsős volt és egyénenként eltérően alakult. Interjúalanyaim többsége a szakellátások szakaszában, a diagnózishoz vezető úton, illetve azt követően vett igénybe román nyelvű ellátást.

Tehát a nyelvi akadályok nemzetközi szakirodalmában egyik leggyakrabban emlegetett akadály, mely szerint az ellátás domináns nyelvét korlátozottan vagy nehézségekkel beszélő páciensek⁷ számára gyakran a kezdeti hozzáférés is ellehetetlenedik⁸ (Bowen, 2015), nem jellemzi az általam vizsgált populációt, mivel a mintába vett településeken a lakosság etnikai összetételéből fakadóan a primer ellátás domináns nyelve is a magyar.

A negyvenöt személy közül kilenc időskorú (hetven év fölötti) interjúalany válaszolta azt, hogy krónikus betegségfolyamata során egyetlenegyszer sem került kapcsolatba román anyanyelvű orvossal. Ugyanakkor volt egy válaszadó, aki Csíkszeredában volt kénytelen igénybe venni román anyanyelvű orvosnál dominánsan román nyelvű szakellátást.

Interjúalanyaim három olyan települést említettek (Kolozsvár, Marosvásárhely és Brassó), ahol a szakellátás valamely szereplőjével (főként orvosokkal vagy nővérekkel) román nyelven kellett (volna) kommunikálniuk. Nyolc alkalommal számoltak be arról, hogy „kétnyelvű” (román anyanyelvű, de magyarul is kiválóan beszélő) orvosok, nővérek szolgáltatását vették igénybe. A szakirodalom alapján a szakképzett fordítók mellett a kétnyelvű orvosok azok, akik legeredményesebben kezelik a kétnyelvű egészségügyi helyzeteket (Schwei és mtsai, 2017), és ezt interjúalanyaim tapasztalatai sem cáfolták meg.

7 Az amerikai szakirodalom a *limited English proficiency* (LEP) jogi fogalmát használja, amely egy olyan nyelvtudási szintre utal, ami nem megfelelő arra, hogy méltányos hozzáférést biztosítson angol nyelven az egészségügyi ellátáshoz egy fordító igénybevétele nélkül (Jacobs & Diamond, 2017). A szakirodalomban nem találok meg a kifejezés magyar fordításával, ezért a továbbiakban a fenti saját fordításom használom.

8 Azaz nincs egészségügyi biztosítása az érintetteknek, nehezen találnak háziorvost, állandó ellátót stb.

Összevetve azonban egyetlen olyan tapasztalatról sem számoltak be, amikor a probléma jelentkezésétől a kezeléseken át a jelen állapotig dominánsan román nyelvű ellátásokat kellett volna igénybe venniük. A román anyanyelvű orvosokkal, nővérekkel való találkozás és kommunikáció mindig a betegút egy-egy epizódjaként, szakaszaként jelent meg az interjúkban, a magyar nyelvű ellátások sorozatának elemeként, abba ágyazódva.

Míg a fentiekben azt foglaltam össze, hogy milyen állomások mentén haladt az érintettek betegútja, illetve, hogy ebben *hol* jelen(het)nek meg a vizsgálat fókuszában álló, nyelvi akadályok veszélyét hordozó helyzetek, addig a következő rész azzal foglalkozik, *hogyan* jelennek meg vagy *hogyan* küszöbölődnek ki a nyelvi akadályok. Azt vizsgálom, hogy a fent vázolt forgatókönyvekhez milyen narrációk, értelmezések kapcsolódnak az interjúalanyok körében, azaz milyen motivációkat tárnak fel az ellátások és azok nyelvét érintő döntések meghozatala kapcsán.

Szakorvos-választási szempontok a betegút során

Két döntési mintázat rajzolódik ki a megkérdezettek körében annak magyarázataként, hogy miért azt az orvost, miért azt a betegutat választották, amelyről beszámoltak a beszélgetés keretében. Nem átfogó, a betegút egészét meghatározó döntési stratégiák ezek, gyakran mindkét variáns megjelenik egy betegút folyamán. A következőkben azt vizsgálom, hogyan van jelen a nyelvi komponens azoknak az interjúalanyoknak a döntéseiben, akik lakhelyüktől eltérő, román többségű településeken kapták meg az ellátást.

Az interjúalanyok többsége (33 személy) úgy döntött, hogy ahhoz a következő szak-, kezelőorvoshoz vagy sebészhez fordul, *akit előző orvosa ajánlott*. A döntés háttérében gyakran több dimenzió találkozása húzódik meg. A gyergyószentmiklósi családorvos ajánlása mellett szerepet játszik interjúalanyom választásában a földrajzi közelség is. *„Hát itt legközelebbi orvosok ezen a szakterületen Csíkszeredában vannak.”* (férfi, daganatos beteg, Gyergyószentmiklós)

Egy másik esetben a társas támogatás, egy családtag kísérete is meghatározó:

„Ezt az orvost már az itteni onkológus ajánlta, mert az első kemót itt [lakhelyén] csináltam volt meg, de míg ott a vizsgálat s a mindenféle lezajlott, addig az orvos megtudta, hogy én egyedül vagyok, hogy egyik lányom Kolozsváron (...), s akkor azt mondta, hogy nem gondoltam, hogy jó volna elmenjek Kolozsvárra.” (nő, daganatos beteg, Csíkszereda)

Leggyakrabban az ajánláshoz kapcsolódó érvelés, azaz a minőség ígérete („ő jó”) az, amiért egy brassói magánklinika, egy kolozsvári szívspecialista stb. mellett döntöttek a megkérdezettek.

Ebben a kontextusban a nyelvi tényező kétféleképpen tematizálódott. Egyetlen kivételt leszámítva, az interjúalanyok szerint, amikor az ajánlások mentén haladnak a betegúton, a „sorson”, illetve a véletlenül múlik, hogy milyen nyelvű ellátásban részesülnek majd:

„Tovább kellett lépnem. Akkori orvosomat megkérdeztem, hogy kihez menjek, és ő mondta, hogy van ez a klinika, és aznap pont ő rendelt. Ez ilyen tiszta véletlen. Szóval nem volt ez, hogy ... Azt se tudtam, hogy ki lesz ott. Azt se tudtam, hogy nő vagy férfi.” (nő, daganatos beteg, Gyergyószentmiklós)

Volt azonban egy olyan interjúalany, aki említi ugyan említi a sorsot, de megfogalmaz emellett egy reflexiót is, mely szerint mégsem véletlen, hogy magyar ellátóhoz került, hanem az orvosa tudatos döntésének következménye. Nem képezte beszéd vagy egyeztetés tárgyát az orvos és a megkérdezett között a konzultáció során az ajánlott ellátás nyelve, interjúalanyom csupán egy sejtését, megfigyelését osztotta meg az interjú során:

*„Érdekes volt, hogy a sors tényleg ott is úgy hozta, hogy magyar anyanyelvű kezelő-
orvosom lett. Talán azért, mert az a hematológus orvosom körülötte mind a magyaro-
kat gyűjti, hogy neki én úgy láttam, hogy a nővéreknél is nagyon fontos a kétnyelvűség,
hogy tudjon magyarul is, és románul is.” (nő, daganatos beteg, Gyergyószentmiklós)*

Amikor az interjúalanyok azt választják, hogy az orvosuk ajánlását követve keressenek új ellátást, egyetlen kivételt leszámítva a döntésben nem kap helyet különálló, de társ- vagy mellék-befolyásoló tényezőként sem a nyelvi komponens. Itt az ellátás nyelvvel kapcsolatos döntést az orvos hozza meg, aki vagy gondol ennek jelentőségére, vagy nem. A nemzetközi szakirodalomban megjelenő kutatásoknak és beavatkozásoknak ezért is kiemelt szereplője (a rendszer és a szakképzett fordító mellett) az orvos. A kutatások azt bizonyítják, hogy az orvosok egészen rövid, néhány órás képzése, amely a nyelvi akadályok természetével és hátrányaival foglalkozik, számottevő prevenció lehet (Squires, 2017).

A megkérdezettek másik csoportjába azok sorolhatók, akik számára *nem orvosuk ajánlása* volt a meghatározó befolyásoló tényező a következő ellátó kiválasztása során. Egy interjúalany számára a földrajzi távolság okozta terhek voltak azok, amiért végül nem az ajánlott várost, nem az ajánlott ellátási formát választotta, hanem megtalálta az adminisztrációs módot, hogy a kezeléseit állandó lakhelyén, Gyergyószentmiklóson kaphassa meg.

Egy másik válaszadó esetében a nyelvi dimenzió központi szerepet kap a folytatással kapcsolatos döntésben, ugyanis az ajánlott bukaresti műtétsorozat és szászrégeni vagy marosvásárhelyi rehabilitáció helyett a megkérdezett budapesti műtétet és visegrádi rehabilitációt választott, azaz a román nyelvű helyett a biztosan magyar nyelvű ellátást. *„És maga a nyelvtudás, a lényeg, summa summárum. (...) Viszont, mivel a nyelvtudásom, mivel nem olyan, amilyen... és pontosan akkor (...) ha nem tudod kifejezni, elmondja ő, de hogy érted meg.”* (nő, mozgásszervi beteg, Gyergyószentmiklós)

Az idegen anyanyelvű (külföldi és román anyanyelvű) orvosokhoz fordulásban a kontroll lehetőségét látja egy harmadik megkérdezett, ami az anyanyelvű, állandó ellátók munkájának minőségéről biztosítja, így növeli a biztonságérzetét.

*„Nem azért, mert a román anyanyelvűeknél is voltam, más anyanyelvűeknél is: franciáknál, angoloknál is. De amikor ők elmondják, értek, amit én értek, de lehet, hogy nem ugyanazt értem, amit kellene. Nekem ezért fontos, hogy elmegyek máshova, és szeretek más szakvéleményeket is meghallgatni, sőt, de az alapkezelésemet, azt úgy-
mond a saját anyanyelvemen mondják el. Nekem a más anyanyelvűeknél talán az van, hogy a... megerősítsen abba, hogy igenis a kezelőorvosom jól kezel. S ezért szoktam más anyanyelvűekhez fordulni.”* (nő, daganatos beteg, Gyergyószentmiklós)

A részletből kiderül, hogy a biztonság egyrészt az anyanyelvi ellátáshoz kapcsolódik, ami teljes mértékben érthető számára, másrészt viszont az idegen nyelvű ellátáshoz is, amely talán pont az etnikai különbség okozta távolság miatt jelenti a hiteles kontroll lehetőségét.

Az első említett stratégia esetében tehát az orvos döntésén múlik a következő ellátás nyelve, egy interjúalany pedig beszámol arról, hogy szerinte orvosa tudatosan állt a nyelvhasználati kérdéshez a következő ellátás ajánlásakor. A többi orvosról azonban nem tudjuk, hogy miként gondolkodik az ellátás nyelvi dimenziójának fontosságáról, ezért ezt a kérdést érdemes volna egy következő kutatás keretében külön vizsgálni. Habár mind a 45 interjúalany azt válaszolta, hogy ha tehetné, anyanyelvén venné igénybe az orvosi ellátásokat, mivel ezt érzi legbiztonságosabbnak, egyikük sem jelezte, hogy ezt az igényét kifejezte volna orvosának a következő ellátás ajánlását megelőzően. Csak egy, már említett eset volt, amikor a páciens ezt kifejezte az ajánlást követően. Így a Hsieh (2017) kétnyelvű egészségügyi kommunikációs modelljében ajánlott participatív, saját célokat és érdekeket képviselő szereplő helyett, egy, az ellátás nyelvének megválasztását illetően passzív páciensi magatartás rajzolódik ki ennek a döntési mintázatnak a kapcsán, szemben a másik stratégiával, ahol a nyelvhasználati igény vagy központi mozgatórugója a döntésnek, vagy meghatározó háttértényezője.

Hátrány, félreértés, diszkrimináció

Az interjúalanyok leggyakrabban olyan történetekről számoltak be, amikor a nyelvi akadály következtében *nem értették meg*, mit írnak alá a műtétet, kezeléseket megelőzően; a gyógyszerek használatához kapcsolódó instrukciókat; hogy mikor kell a következő kemoterápiára jönniük; a műtét előtti és utáni kezelésekhöz, vizsgálatokhoz kapcsolódó instrukciókat (például nyújtsa ki a karját, hogy vért vegyenek), vagy hogy sikeres volt-e a műtét; hogy döntött a bizottság (ezt végül csak akkor tudta meg az interjúalany, mikor postán megérkezett az értesítés Bukarestből Gyergyószentmiklósról, és valaki lefordította neki), illetve hogy melyik emeleten van a kezelőorvos, akit keresnek.

Néhány esetben *megalázásban, megszégyenítésben* volt részük a nyelvi akadályokhoz kapcsolódóan:

„S a néni nem igazán tudott. És hát neki minden nap egy kínszenvedés volt attól eltekintve, hogy bármit mondtak, akkor nem igazán értette, hogy mit kell csinálni, csak következtetett. Az orvossal a kommunikáció is úgy folyt, hogy az orvos mondta, tudod, a vizitet. A viziten is amit értett, értett, s amit nem, nem. Úgyhogy nem volt az, hogy... Családja távol volt, nem igazán tudtak minden nap felmenni, hogy akkor kommunikáljanak. És azé' volt neki teljes mértékben nehéz, mert bent volt 7 napot. S a 7 nap alatt volt is, aki elmondta neki csúnyán, hogy szégyen: Romániában él, és nem tud kommunikálni.” (nő, daganatos beteg, Gyergyószentmiklós)

„Hát, tudja, az orvosokkal nem volt baj. Nem volt baj. A személyzettel volt a baj. (...) Ugye, ha valamit mondtak, ugye a takarítónő vagy valaki, mit értettem meg, s mit nem értettem meg. S akkor azt mondták nekem, hogy milyen kenyeret eszek... S aztán az orvos megszidta őket. (...) De kaptam, kaptam. Csak nagyon durvák voltak. Aztán sírtam, s az orvos kérdezte, métt, s mondtam, hogy métt, s akkor megszidta.” (nő, kardiovaszkuláris beteg, Gyergyószentmiklós)

Két másik alkalommal is jelezték az interjúalanyok, hogy inkább a nők részéről érte őket vagy más hátrányos megkülönböztetés. Ennek számos magyarázata lehet releváns (iskolázottság vagy a kommunikáció mennyisége – az orvosokkal csak rövid konzultációk keretében találkoznak, míg a nővérektől kapnak meg minden instrukciót az adminisztrációval kapcsolatban, a kezeléseik során, stb.), egy következő kutatásban mindenképp hasznos volna részletesebben kitérni erre.

Emellett beszámoltak a megkérdezettek néhány olyan esetről is, amikor nem konkrétan a nyelv használata jelentette a hátrány vagy diszkrimináció tárgyát, hanem az etnikumuk. Két interjúalanyom említette, hogy a várakozás során a programálásuk ellenére más pácienseket hívtak be előttük, véleményük szerint azért, mert ők román etnikumúak voltak, akárcsak az ellátók. Egy megkérdezett pedig jelezte, hogy ő úgy gondolja, a megfelelő orvosságot azért nem írta fel neki az orvos, mert ő magyar.

A fent összefoglalt hátrányok első csoportjának esetében, amikor a páciensek valamit nem értettek meg az ellátás során, a nemzetközi szakirodalom által másik leggyakrabban említett nyelvi akadályokhoz kapcsolódó negatív következménybe ütköztek, azaz sérültek az informáláshoz és a tájékoztató beleegyezéshez kapcsolódó jogaik. A sajtóban (például az olasztelevízió lány esete kapcsán) megjelenő botrányos diszkriminációs helyzetekhez hasonlókról is beszámolnak interjúalanyaim, ezek azonban nem olyan gyakoriak, mint a kommunikációs nehézségek. Azokban a példákban pedig, amikor nem direkt módon jut főszerep a nyelvi akadálynak, azt figyelhetjük meg, hogy a kétnyelvű kommunikációs helyzet egyes mozzanatai etnicizált, etnicizáló értelmezést nyernek az interjúalanyok narratívájában.

Összegezve, egyetlen megkérdezett sem számolt be arról, hogy a tapasztalt hátrány, félreértés vagy diszkrimináció direkt módon, negatívan befolyásolta volna az egészségügyi ellátás kimenetelének alakulását.

Megküzdési stratégiák

Jelen feltáró jellegű vizsgálatban arra vállalkoztam, hogy egy kezdeti leírását nyújtsam a páciensek megküzdési stratégiáinak. A Carver és mtsai (1989), illetve a Lazarus és Folkman-féle (1984) osztályozási szempontokat követve összegzem az eredményeket, kitérve a sajátos jelenségekre is.

A vizsgált populáció körében mindhárom típusú (probléma- és érzelemközpontú, illetve diszfunkcionális) megküzdési stílus megjelenik a kétnyelvű orvos-beteg szituációkban, de nem használják valamennyi, a szakirodalom által említett stratégiát.

Az interjúalanyok leggyakrabban (társas) támogatást próbáltak keresni a kétnyelvű egészségügyi kommunikációs helyzetekben (funkcionális stratégia), és az egyéb megküzdési stratégiákat akkor mozgósították, amikor a társas támogatás nem volt elérhető számukra.

Az úgynevezett instrumentális (problémamegoldó) társas támogatás igénylése jelenik meg leggyakrabban körükben (22 interjúalanyánál), többször még az első, kétnyelvű orvosi konzultációt megelőzően, máskor pedig az éppen zajló orvos-páciens kommunikáció során. A megkérdezettek számos esetben elhívtak magukkal egy barátot, de leggyakrabban közeli hozzátartozót, aki náluk jobban beszélt a román nyelvet, így tulajdonképpen együtt mozgósították a tervezés és társas támogatás igénylése típusú megküzdési stratégiákat. Máskor – ha nem volt előrelátható a román nyelvű kommunikáció szükségessége, vagy nem mérték fel az ebből adódó

nehézségek jelentőségét – a már zajló szituációban kértek meg egy nővert, kapust, a takarítósze-mélyzet egy tagját, vagy ha más lehetőség nem volt, egy másik páciens, hogy segítsen lefordít-tani, amit az orvos vagy a nővér közöl velük.

„Egyetlenegy akadályba akkor ütköztem, amikor ez az orvos, aki megműtött, ő teljesen román volt, ő nem tudott semmit magyarul. És akkor, amit én nem értettem meg, azt nagyon szépen megkértem, hogy fordíttassa le. S akkor volt neki egy nővére, az bejött, ő lefordíttatta. Mert ott, ugye, többet kellett kommunikálnunk, hogy miért kell levenni a mellemet, miért kell... több volt a kommunikáció.” (nő, daganatos beteg, Gyergyószentmiklós)

Ahogy azt az elméleti részben már jeleztem, a nemzetközi szakirodalom a képzett fordítók bevonását tartja a leghatékonyabb megoldásnak, ugyanakkor Elaine Hsieh (2017) az úgyneve-zett informális vagy ad hoc fordítókra úgy tekint, mint amolyan elég jó megoldásokra, lévén szó egy költséghatékony és gyakran használt stratégiáról. Képzett fordítók hiányában a vizsgált populáció körében ez bizonyult a legnépszerűbb és legbiztonságosabb megoldásnak.

Egy interjúalany arról számolt be, hogy emocionális okokból kérte lányát, hogy elkísérje az onkológiai kezeléssorozatra (érzelemközpontú megküzdés). Annak ellenére, hogy ő maga két-nyelvűként tökéletesen boldogult volna a román nyelvű kommunikációval, a helyzet érzelmileg megterhelő volta miatt többször megtörtént, hogy nem jutottak eszébe a szavak, nem tudta magát románul kifejezni. Illetve volt példa arra is, hogy a megkérdezett két személyt kért meg, hogy elkísérje őt egy vizsgálatra: egy helyi (marosvásárhelyi) rokont, aki jól beszélt a román nyelvet (tervezés és instrumentális társas támogatás, problémaközpontú stratégia), illetve édes-anyját, aki a román nyelvet nem beszélte, de érzelmileg tudta őt támogatni abban a helyzetben, amikor egy hosszabb vizsgálatosorozat végén diagnosztizálták a betegségét (társas támogatás ér-zelmi okokból).

Amikor az interjúalanyak főként a földrajzi távolság miatt nem volt lehetősége megszervez-ni a társas támogatást még a konzultációt megelőzően, akkor az orvos-beteg kommunikációt magát próbálta megtervezni (problémaközpontú megoldás). Az ún. *health literacy*, az egészség-ügyi kommunikációs helyzetekről való tudása készítette arra az egyik interjúalanyt, hogy készül-jön a román anyanyelvű kezelőorvosával való találkozást megelőzően:

„A szakmám, az ugye az egészségüggyel összeköthető. S engemet az érdekelt, mindig visszaemlékszem, hogy mondták, hogy az orvosnál hogy kell viselkedni. (...) S akkor mindig próbáltam (...), hogy úgy menjek oda, hogy tudom, hogy kevés az idejük, nagyon sok munkájuk van, nagyon sok beteg van. (...) S ezért készültem azért elég sokszor arra, hogy teszem fel ezt a kérdést, mit fogok kérdezni. Ha így reagálnak, ho-gyan akarok reagálni. Azért én nem úgy mentem be sosem, hogy akkor bejöttem, s akkor feltettem egy hirtelen kérdést.” (nő, daganatos beteg, Gyergyószentmiklós)

Arra törekedett, hogy a lehető legegyszerűbben, rövid mondatokban, rövid idő alatt mond-a el kérdéseit, megjegyzéseit.

Szintén a problémamegoldó stratégiák között említett konfrontáció kétféleképpen jelent meg a gyűjtött anyagban: amikor nem értettek meg valamit, többen helyben visszakérdeztek (5

megkérdezett), illetve amikor egy válaszadó azt tapasztalta, hogy az ellátószemélyzet tagja beszél az ő anyanyelvén is, de valamilyen módon a nyelvi akadályok ellenére is románul kommunikál, akkor „provokálta”, hogy magyarul szólaljon meg:

„Az a nővér is értett annyit, hogy magyarul, hogy az az igazság, hogy ha én észrevettem, hogy ők értenek magyarul, és tudnak beszélni, csak ők ... a diszkrimináció az, ami elválasztja őket, hogy ne beszéljenek, akkor én mindig magyarul szólaltam meg, mert tudtam azt, hogy jogom van betegként magyar anyanyelven beszélgetni. Nem utasítható vissza.” (nő, daganatos beteg, Gyergyószentmiklós)

Emellett a fenti interjúalany volt az egyetlen, aki említette, hogy tudomása van egészségügyi nyelvi jogairól, illetve megpróbálta érvényesíteni is azokat.

A már említett emocionális alapú társas támogatás igénylése mellett szintén érzelmközpontú, de funkcionális stratégiának számít a humor bevonása és a pozitív jelentéstulajdonítás, amelyeket egy megkérdezett mozgósított az egészségügyi alkalmazottakkal való találkozás során.

„És a ragokkal volt a baj, s én aztán mondtam. Én most is... Én most se veszek el.(...) S a román tudásom, azzal a kicsi román tudással is szerencsém volt, mert nagyon tetszett, ahogy beszéltem. Én kikurkálom most is magamot! Szavakat azokat tudok, s nekem ha románul mondanak valamit, vagy filmet nézek, mindent megértek. Mindent megértek, de beszélni nehéz.” (nő, izületi betegséggel diagnosztizált, Gyergyószentmiklós)

A diszfunkcionális stratégiák közül hármat említettek. Néhány alkalommal jelent meg az elkerülés stratégiája (3 megkérdezett esetében), jellemzően amikor az interjúalany úgy ítélte meg, hogy a nyelvi kompetenciáit meghaladná az orvosi román nyelvű kommunikációs helyzet. Ilyenkor más (magyarországi vagy magán-) ellátást választottak a páciensek a kézenfekvő, helyi és ingyenes verzió helyett.⁹ Egyetlen megkérdezett beszélt arról, hogy ez a választás (hazai ellátás helyett magyarországi) pontosan milyen mértékű többletkiadást (1 millió forint körüli összeget¹⁰) jelentett számára, de több interjúalany esetében tematizálódott, hogy magyar, magánszektorbeli rendelőt keresett fel a nyelvi hátrány elkerülése végett, az állami ellátás helyett.

Az úgynevezett kikapcsolás-stratégia két formában jelent meg a megkérdezettek körében. A diszkriminációról és hátrányokról szóló fenti részben már idézett hölgy esetében, aki, habár egyáltalán nem beszélte a román nyelvet, egy olyan román nyelvű ellátást választott Kolozsvá-

9 Két interjúalany is beszélt arról, hogy inkább magyarországi ellátást választott. Egyik esetben a nyelvi kérdés nem tematizálódott a döntés kapcsán, csupán arra hivatkoztak, hogy mikor kislányuk beteg lett, úgy érezték, hogy egy magyarországi ellátás színvonalasabb lenne. Azonban mikor ezt igénybe vették, az orvosok jelezték, hogy a marosvásárhelyi szakemberek az ő esetükben kiválóak, a földrajzi távolság miatt a kislány szempontjából mindenképp azt javasolják, hogy ott igényeljék a kezeléseket. A fent említett helyzetben a minőség keresését mint a döntést meghatározó központi vagy háttértervezőt nem említette a válaszadó, csak azt, hogy a bukaresti ellátást elsősorban nyelvi okok miatt nem akarta választani.

10 Kb. 15 000 RON.

ron, ahol végül sem a személyzet, sem a páciensek körében nem akadt hosszú ideig senki, aki fordítson neki. Emellett három interjúalany is beszámolt arról, hogy a konzultáció során nem értették meg a gyógyszeres kezeléshez kapcsolódó instrukciókat, azonban ez csak otthon tudatosult bennük. Ezt követően nem keresték fel újra román etnikumú kezelőorvosukat (a kikapcsoláshoz az elkerülési stratégia társult), hanem választottak egy magyar anyanyelvű, magán-szektorban rendelő orvost, akinek azért fizettek, hogy elmagyarázza nekik a gyógyszerek helyes használatát. Azok az interjúalanyok tehát, akik az elkerülési stratégiát (is) mozgósították, a későbbiekben többletkiadásokkal szembesültek.

A címben kiemelt idézetet egy olyan, bukaresti kivizsgáláson résztvevő hölgy osztotta meg az interjú keretében, akit az osztályon dolgozó nővérek napi rendszerességgel sértegettek román nyelvtudása miatt. A diszkrimináció akkor csökkent, amikor a hölgy sírva elpanaszolta ezt az orvosának (ézelmekre fókuszálás), aki kérdőre vonta a nővéreket, illetve kiemelt figyelmet szentelt a páciensnek. Az idézetben jól érezhető az irónia, ez azonban nem a páciensre célozza, hanem a helyzetet. Interjúalanyom a román nyelvi korlátai és a folyamatos diszkrimináló megnyilvánulások ellenére nem érzékelt olyan jellegű, jelentős hátrányt, amely kihatással lett volna az egészségügyi kimenetre. Az orvos részéről tapasztalt nyitottság és segítőkészség azonban nem tudta kivédeni az összes nyelvi akadállyal járó nehézséget. Így például a nyelvi diszkrimináció okozta növekedett distresszt sem, ahogy azt sem, hogy az egészségügyi bizottság döntését csak hetekkel később tudta meg az érintett, amikor azt elküldték neki postán. Helyben ugyanis nem találtak senkit, aki fordítani tudott volna.

Összefoglalva tehát, a funkcionális megküzdési stratégiákat használták leggyakrabban a megkérdezettek. A problémamegoldók közül a társas támogatás igénylését (22 alkalommal), a tervezést (1 alkalommal), illetve a konfrontációt vagy aktív szerepvállalást (5 alkalommal) mozgósították. Az ézelmekközpontúak közül pedig ugyancsak a társas támogatás igénylése (2 alkalommal), illetve a humor és a pozitív jelentéstulajdonítás (1-1 alkalommal) jelentek meg a vizsgált anyagban. A diszfunkcionális stratégiák közül a kikapcsolással (2 alkalommal), az ézelmekre fókuszálással (1 alkalommal), illetve az elkerüléssel (3 alkalommal) találkozhattunk a vizsgálat során.

KÖVETKEZTETÉSEK

A célpopuláció körében nem beszélhetünk az alapellátások szintjén nyelvi hozzáférési vagy igénybevételi akadályokról, ezek a betegutak későbbi fázisában, a szakorvosi ellátások és kezeléseik során jelennek meg, ott is epizódyszerűen. Dominánsan román többségű nagyvárosok klinikai környezetében ütköznek a nyelvi akadályok veszélyét hordozó kétnyelvű kommunikációs helyzetekbe a páciensek, de volt arra is példa, hogy tömbmagyarságbeli kisvárosban kellett a betegnek román nyelvű ellátást igénybe vennie. Ugyanakkor több olyan eset is bekerült a kutatásba, amikor a krónikus betegség eredményes menedzselése nélkül zajlott, hogy az interjúalanyok román nyelvű ellátást vettek volna igénybe.

Két döntési mintázat rajzolódott ki a megkérdezettek körében annak hátterével kapcsolatban, hogy miért azt az orvost, miért azt a betegutakat követik, amelyről beszámoltak a beszélgetés keretében. Az egyik variáns, amikor orvosait ajánlásait követik, azaz tulajdonképpen az orvos

döntésén múlik a következő ellátás nyelve. Ezzel kapcsolatban csupán egy interjúalany jelezte, hogy véleménye szerint orvosa figyelembe vette a hiányos román nyelvtudását ajánlaskor. A megkérdezettek másik csoportjába azok sorolhatók, akik számára nem orvosuk ajánlása volt a számottevő befolyásoló tényező a következő ellátó kiválasztása során. Itt a nyelvhasználati igény vagy központi mozgatórugója a döntésnek, vagy meghatározó háttértényezője. Az első választási stratégia esetében a nyelvhasználattal kapcsolatos döntés meghozatalában passzív fél az érintett interjúalany, míg a második variáns esetében egy aktív, participatív páciensi minta figyelhető meg. A vizsgált populáció körében a passzív páciensi minta bizonyult abszolút dominánsnak.

A tapasztalt nyelvi akadályokhoz kapcsolódóan az interjúalanyok három csoportba sorolható, háromféle hátrányt fogalmaztak meg: amikor nem sikerült megérteniük valamit az ellátások, kezelések során (például a kemoterápia következő időpontját, a gyógyszerek szedéséhez kapcsolódó utasításokat stb.), amikor a nyelvi akadályokhoz szegény, megszégyenítés vagy megalázás társult, illetve amikor nem konkrétan a kommunikációs elakadás okozta a problémát, hanem elmondásuk szerint magyar etnikumuk ténye volt, ami hátrányt jelentett az ellátások során. Azokban a helyzetben, amikor nem sikerült megérteniük valamit, vagy a nyelvi akadályhoz megszégyenítés vagy megalázás társult, azt figyelhetjük meg, hogy sérültek az érintettek informáláshoz és a tájékoztatott beleegyezéshez kapcsolódó jogai.

Az akadályok és hátrányok leküzdése során néhány kivételt leszámítva, funkcionális, többségében problémamegoldó megküzdési stratégiát mozgósítottak az interjúalanyok, ezek közül is leggyakrabban *ad hoc* fordítók támogatását választották. A diszfunkcionális stratégiák körében az elkerülés valamennyi előfordulása kapcsán megjelentek olyan többletkiadások, amelyek egy problémamegoldó stratégiával elkerülhetők lettek volna, ezért további kutatások keretében érdemesnek tartom erre kiemelten figyelni.

A negyvenöt interjúalany közül egy említette, hogy orvosa gondolt a nyelvhasználati kérdés problematikájára, és egy említette, hogy ismerte egészségügyi nyelvi jogait, valamint használta is azokat. Az egészségügyi nyelvi jogok, illetve a nyelvi akadályok kérdésével kapcsolatos tudatosság és reflektáltság nagyon alacsonynak mondható a megkérdezettek körében. Túlnyomó többségük úgy ítéli meg, hogy a következő ellátás nyelve véletlenül vagy a „sorson” múlik, nem számolva saját és az ellátó erőforrásaival (például az igény megfogalmazása, kapcsolatok aktivizálása stb.), amelyek mozgósíthatóak lennének egy anyanyelvű egészségügyi ellátás igénybevételének érdekében.

BIBLIOGRÁFIA REFERENCES

1. Európa Tanács (1992). *A Regionális vagy kisebbségi nyelvek európai chartája*. Strasbourg
Forrás: <http://adattar.adatbank.transindex.ro/nemzetkozi/921002h.htm>. Letöltés dátuma: 2017. április 29.
2. Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly. A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy*, 83(4), 95–124., <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
3. Bird, C. E., Conrad, P., Fremont, A. M., & Timmerman, S. (2010). *Handbook of Medical Sociology*. Nashville, Vanderbilt University Press.
4. Bowen, S. (2015). *The Impact of Language Barriers on Patient Safety and Quality Care* (Kutatásjelentés a Société Santé en français megrendelésére.) Forrás: <https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/SSF-Bowen-S.-Language-Barriers-Study.pdf>. Letöltés dátuma: 2017. június 29.
5. Baqutayan, S. M. S. (2015). Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(2): 479–478. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n2s1p479>
6. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2): 267–283 <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
7. Chauhan, U., Baker, D., Lester, H., & Edwards, R. (2010). Exploring Uptake of Cardiac Rehabilitation in a Minority Ethnic Population in England: A Qualitative Study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1): 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.10.003>
8. Hsieh, E. (2017). Conceptualizing Bilingual Health Communication: A Theory-based Approach to Interpreter Mediated Encounters. In E.A. Jacobs & L.C. Diamond (szerk.): *Providing Health Care in the Context of Language Barriers. International Perspectives* (35–56. o.). Bristol, UK: Multilingual Matters.
9. Jacobs, E. A., & Diamond, L. C. (2017). *Providing Health Care in the Context of Language Barriers. International Perspectives*. Bristol, UK: Multilingual Matters.
10. Karliner, L. S. (2017). Three Critical Steps to Enhance Delivery of Language Services in Health Care. In E. A. Jacobs & L. C. Diamond (szerk.), *Providing Health Care in the Context of Language Barriers. International Perspectives* (20–35. o.). Bristol, UK: Multilingual Matters.
11. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. In W. D. Gentry (szerk.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (282–325.). New York, Guilford.
12. Sándor, K. (1999). Szociolingvisztikai alapismeretek. In Galgóczi László (szerk.), *Nyelvtan, nyelvhasználat, kommunikáció* (133–171.) JGYF Kiadó: Szeged.
13. Schwei, R., Rhodes, M., & Jacobs E. A. (2017). Understanding the Advantages and Disadvantages of the Diversity of Approaches to Overcoming Language Barriers in Medical Encounters. In E. A. Jacobs & L. C. Diamond (szerk.), *Providing Health Care in the Context*

of Language Barriers. International Perspectives (93–102. o.). Bristol, UK: Multilingual Matters.

14. Squires, A. (2017). The Drivers of Demand for Language Services in Health Care. In E.A. Jacobs & L.C. Diamond (szerk.), *Providing Health Care in the Context of Language Barriers. International Perspectives* (1–20. o.). Bristol, UK: Multilingual Matters.
15. Toró T. (2016). Egy helyben topogva? Kisebbségi nyelvi jogok alakulása Romániában 2008 és 2015 között. *Magyar Kisebbség*, 80(2): 19 –53.
16. Zamble, E., & Gekoksi, W. L. (1994). Coping. In V. S. Ramachandron (szerk.), *Encyclopedia of Human Behaviour* (3. kötet) (1–10. o.). New York, Academic Press.