NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM
BENEDEK ELEK PEDAGÓGIAI KAR

AKIKRE BÜSZKÉK VAGYUNK I.

**Válogatás
a Benedek Elek Pedagógia Kar szociálpedagógia szakos hallgatóinak XXXI. OTDK-ra benyújtott dolgozataiból**

SOPRON
2013

NYUGAT-MAGYARORSZÁGI EGYETEM
BENEDEK ELEK PEDAGÓGIAI KAR

Szerkesztette:
Kissné Zsámboki Réka

Lektorálta:
Dr. Varga László

Nyugat-magyarországi Egyetem Kiadó

ISBN 978-963-334-099-8

A kiadvány a TÁMOP 4.2.2. B-10/1-2010-0018 számú projekt támogatásával valósult meg a Palatia Nyomda és Kiadó Kft. közreműködésével.

A 2012-13. tanév Kari Tudományos Diákköri Konferencián továbbjutott hallgatói pályamunkák

Szociálpedagógia szekció

Nyugat-magyarországi Egyetem
Benedek Elek Pedagógiai Kar

Dr. Varga Szabolcs
egyetemi docens

A BURN-OUT JELENSÉGE A SOPRONI RENDŐRKAPITÁNYSÁGON

A dolgozat a TALENTUM – Hallgatói tehetséggondozás feltételrendszerének fejlesztése a Nyugat magyarországi Egyetemen c. TÁMOP – 4.2.2. B – 10/1 – 2010 – 0018 számú projekt keretében, az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

Sopron, 2012

Németh Csaba
Szociálpedagógia

1. Bevezetés

2005 júliusa óta dolgozom a Sopron Rendőrkapitányság állományában. Egyenruhát öt éven keresztül viseltem. Ez azt is jelenti egyben, hogy öt évig szolgáltam a közterületen. Kezdetben gyalogos járőrként szolgáltam. Emellett, illetve a gyalogos járőri tevékenységet követően városi gépkocsizó járőr tevékenységet is elláttam. Itt az volt a dolgunk, hogy az ügyelet utasításait követően kellett a meghatározott címre vonulni, ahol rendszerint a legkülönfélébb szituációkkal találtuk magunkat szembe. Éles és jelentős különbségek voltak – vannak e két szolgálati forma között. Gyalogjárőrként a segítő tevékenység az állampolgárok útbaigazításával ki is merült. Alapvető feladat egyébként is a "látható rendőrség" szlogen tartalommal kitöltése volt, vagyis a fő cél az volt, hogy az állampolgárok, turisták biztonságérzetét növeljük azzal, hogy a közterületen megjelenünk. Azonban gépkocsizó járőrként valóban ott jelentünk meg, ahol igazán elkelt a segítség. Nap, mint nap találkoztunk bajba jutott emberekkel.

2005-ben, amikor kikerültem az iskolapadból és munkához láttam az eltúlzott idealizmus nem munkált bennem. Ebben nagy szerepe volt rendőrszakmai tanáraimnak, akik igyekeztek erre a hivatásra megfelelően felkészíteni, a valóságot, a tényeket nem elkendőzni. Társaimmal akár azt is gondolhattuk volna, hogy csak a kedvemet akarják szegni. Az első hónapokban, de talán még az első 1-2 évben is gyakran eszembe jutottak tanáraim egykori intő figyelmeztetései a pályán rám leselkedő buktatókkal kapcsolatban. Azt is mindenképpen ki kell emelni, hogy a katonai pályák (a rendőrség ebből a szempontból ilyen) parancsuralmi rendszer szerint működnek. Vagyis, amit az elöljáró, a felettes, a vezető utasításba ad, illetve feladatként meghatároz, azt végre kell hajtani, a feladatot el kell végezni. Nincs és nem is lehet helye a kreativitásnak, az ötleteknek. Nincs helye, mert a parancsot végre kell hajtani és nem lehet helye, mert akkor nem működhetne hatékonyan a rendszer. Eddigi pályám során olyannal, akit a túlzott idealizmus jellemezne nem találkoztam.

A hazánkra nehezedő migrációs nyomás miatt Sopronban 2010-ben megnyitották az úgynevezett Őrzött szállást, ahol szintén szolgáltam, mint őr, illetve kisérőőr. Itt jellemzően Észak- Afrika országaiból (Algéria, Tunézia) és a Közel-Keletről (Afganisztán) hazánkba érkező illegális bevándorlók egy csoportja volt őrizve. Ebben a 2005-2010 közötti időszakban gyakran, nap, mint nap kellett néhány másodperc alatt nagyon fontos döntést meghozni a munka során. A negatív stressz folyamatos és nagy nyomás alatt tartott. A közterületen szolgálatot teljesítők minden egyes szolgálatban többféle stresszhatással kell, hogy szembesüljenek. Egyrészt meg kell felelni a parancsnoki elvárásoknak, az utasításokat végre kell hajtani. Másrészt tekintettel kell lenni a folyamatos civil kontrollra is. Hisz vegyük csak példának a tilosban várakozó rendőrautó látványát. A teljes szolgálat alatt folyamatosan ún. kirakatban vannak. Harmadrészt olyan helyen kell helyt

állniuk, rendet tenniük a hatályos jogszabályok betartásával és betartatásával amelyek mindenképpen embert próbálóak. Az egyenruhát nem viselő hivatásos állomány nyilvánvalóan nincs ekkora reflektorfényben. Ezzel szemben a bűnügyi osztály állománya jellemzően civil öltözetben, civil gépjárművel látja el feladatát.

2010 őszén kerültem a Bűnügyi Osztályra, ahol jelenleg is dolgozom. Szakmám iránt a kezdetektől kezdve elkötelezett voltam és vagyok. A bűnügyi területen viszonylag rövid időt töltöttem el eddig. Szakmai szempontból legalább 5 évet kell eltöltenem, amíg rutinosnak nevezhetnek majd. Ez a munka több szempontból is különbözik a járőr tevékenységtől. Itt abszolút mértékben megjelenik a segítő tevékenység és megjelenik a kliens is, hiszen minden egyes ügynek van sértettje. A bűnügyi pályafutásom során, így visszagondolva jobban megjelennek a kiégés egyes fokozatai. Alapvetően ügyfeldolgozással foglalkozok, vagyis a sértett (kliens) ügyének alakulását mindenképpen nyomon követem, nyomon kell, hogy kövessem. Az üggyel a kezdetektől egészen annak befejezéséig foglalkozom, jellemzően hónapokon keresztül, így az üggyel és ezen belül a sértettel kapcsolatban is kialakul egyfajta kapcsolat. Kezdetben, az első hónapokban lelkesen láttam munkához. Az eredmények sem maradtak el. Azonban időnként némi csalódottság érzése keletkezett, keletkezik bennem. Ez az érzés szinte kivétel nélkül akkor jelenik meg, amikor egy ügy sikeres befejezését követően a kliens nem értékeli kellőképp a több hónapi munkámat. Tehát itt a kliens részéről az elismerés hiánya okoz frusztrációt.

Eddigi pályafutásom során számos olyan, akár életveszélyes helyzetben, szituációban kellett helyt állni, melynek során jelentős stresszt éltem át. A célom az, hogy a lehető legtovább tudjak ép pszichével, mentálisan és fizikailag is minél egészségesebben még hosszú időn keresztül szolgálni. Ehhez azonban mindenképpen szükséges a negatív stresszhatások ellensúlyozása, figyelemmel arra is, hogy a szakma legfőbb stresszorténye zői nem zárhatók ki teljesen. A folyamatos és jelentős mértékű negatív stresszhatás kiégéshez vezethet, ami azonban mind a munkahelyi teljesítményre, mind pedig a magánéletre nézve romboló hatású. Ezt számos kutatás bizonyítja.

Szükségesnek és fontosnak láttam, hogy a kiégés szindrómával mind mélyebben megismerkedjek, illetve kollégáim kiégés szintjéről is minél pontosabb képet kapjak. A Soproni Rendőrkapitányság állományának jelentős részét sikerült bevonnom a kutatásba, így megítélésem szerint pontos képet kaphatok.

2. A kiégés szindróma bemutatása szakirodalmi kitekintéssel

A kiégés „kimerültség és frusztráció állapota, amelyet egy olyan életformához vagy viszonyuláshoz való ragaszkodás vált ki, amely nem hozta meg az elvárt jutalmat" (Freudenberger 1974, 13. o.)

A „burnout (kiégés) szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stressz nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek." (Freudenberger 1974, 159. o.)

A burnout (kiégési) szindrómával foglalkozó írások a szakirodalomban az 1970-es években jelentek meg. A veszélyeztetett csoportba azok az emberek sorolhatók, akik hosszú időn át emberekre irányuló, állandó koncentrálást és emocionálisan is megterhelő munkát végeznek és munkájuk során ritkán számíthatnak látványos, egyértelmű, gyors eredményekre. Emellett csekély a sikerélmény. A tünetei a fizikai kimerülésben és az empátiás készség teljes leredukálódásában jelenhetnek meg és a munkából való mind gyakoribb kimaradást, sűrű munkahelyváltást, különböző (alkohol, drog stb.) függőségeket, családi és munkahelyi konfliktusokat okozhatnak. A humán szférában dolgozókon óriási a nyomás, mely a "nem hibázhatok" kifejezésből fakad. A személyiségromboló, negatív fő tényezők közül az egyik a hátrányos munkakörülmények (megterhelés, tempó), a másik az autonómia hiánya. (Vajda 2002)

A kiégettségig vezető út 12 lépcsőből áll, melyek a következők:

1. A bizonyítási akarástól a bizonyításkényszerig
2. Fokozott erőfeszítés
3. A személyes igények elhanyagolása
4. A személyes igények és a konfliktusok elfojtása
5. Az értékrend megváltozása
6. A fellépő problémák tagadása
7. Visszahúzódás
8. Magatartás és viselkedésváltozás
9. Deperszonalizáció
10. Belső üresség
11. Depresszió
12. Teljes kiégettség (Freudenberger 1974)

Hézser Gábor szintén tizenkét lépcsős folyamatként írja le a kiégést. A szakaszokat nem éles határ választja el; a szakaszok különböző erősséggel és intenzitással jelentkezhetnek (élet- helyzettől és személyiségtől függően).

1. A folyamat a bizonyítani akarástól a bizonyítási kényszer felé tart.
2. Fokozott erőfeszítés: a bizonyításkényszer növeli a feladatok mennyiségét.
3. A munka kerül az élet középpontjába, a személyes igények háttérbe szorulnak.
4. A személyes szféra elsorvadása, melyet túlteljesítéssel lepleznek.
5. A természetes értékrend felborulása, az ítélőképesség deformációja.
6. A fellépő problémák tagadása, a kapcsolatok és érdeklődés beszűkülése.

7. Visszahúzódás, a másokkal való eszme- és érzelemcsere megszűnése.
8. Viselkedésváltozás a külső véleményekkel és kapcsolatokkal szemben.
9. Deperszonalizáció: a belső világgal tartott kapcsolat megszűnése.
10. Belső üresség, szorongás, pszichoszomatikus tünetek.
11. A kétségbeesés és depresszió állandósul.
12. Teljes kiégettség: a pszichés veszélyeztetettség az életveszélyig fokozódik. (Hézser 1996)

Edelwich Brodsky és Georg E. Becker öt fázisba tagolta a burnout kialakulását (Brodsky patológiás fázisai közé Becker beillesztette a realizmus egészséges fázisát):

1. Az idealizmus szakasza: szakmai lelkesedés, intenzív fáradozás a kliensért, jó kapcsolattartás, irreális célok és elvárások, feltétlen és azonnali változtatni akarás, a kliens és a segítő közti, valamint a szakmai és privát határok feloldódása.
2. A realizmus fázisa: elkötelezett, kooperatív munka, tervek és kezdeményezések.
3. A stagnálás fázisa: csökkenő teljesítőképesség, érdeklődés, nyitottság; beszűkülés.
4. A frusztráció fázisa: visszahúzódás, elégedetlenség, ingadozó kapcsolati stílus, értelmetlenség-érzés.
5. Az apátia fázisa: minimalizálódó kliens-kapcsolat, sematikus szakmai munka, ellenséges hangulat, emberkerülés. (Ónody 2001)

A burnout szindróma majdnem minden foglalkozásnál előfordulhat. Azonban vannak olyan humán szolgáltatások, ahol a későbbi frusztráció szinte eleve kódolt. Ezért „a segítők gyakori nagy kezdeti lelkesedése, magas aspirációs nívója mellett a teljesítmények mérésének hiányzó kritériumai, alacsony jövedelem, hosszú munkaidő, extra igénybevétel mellett nagy felelősség – ugyanakkor elégtelen intézményi támogatás, adminisztratív terhek, a karrier, az előrejutási lehetőségek limitjei, kérdésesnek megélhető megbecsülés mind a kliensek, mind a gyakran hipokrita társadalom részéről." (Fekete 1991, 24. o.)

A munkahelyi kiégés kis időn belül fellép, ha a dolgozó a munkát és a magánéletét összekeveri. A gyakori túlórázás, a munkaidőn túli otthoni munkavégzés, a hétvégi, munkával kapcsolatos szabadidős programok mind a munkával kapcsolatos házasságkötés jellemzői. Ez a viselkedésforma stresszes szituációkat okozhat. Ki kell alakítani olyan szabadidős tevékenységeket, elfoglaltságokat melyek újratermelik a munka által elhasznált energiákat. Fontos továbbá annak a felismerése is, hogy a problémák a munkahelyen gyökereznek és nem a munkavállaló a hibás. A kiégés valójában nem más, mint az emberi természet sokfélesége által befolyásolt élmények és tapasztalatok összessége. Napjainkban egyre többen szenvednek a kiégéstől, stressztől. Majdnem minden munkakörben megjelenhetnek ezek a jelenségek, de nem mindegy, hogy a kiégett dolgozó emberekkel vagy gépekkel

dolgozik. A kiégett humán szakember negatívan befolyásolja kliensei közérzetét. A kiégés kapcsolatban van a stresszel, a megküzdéssel, szerepkonfliktussal, külső-belső kontrollal, önbizalommal, önbecsüléssel, munkahelyi elégedettséggel, krízissel, mentálhigiénével, segítő identitással, motivációval stb. A kiégés több év alatt, fokozatosan alakul és a korai, kezdeti pszichés tüneteket, baljós jeleket jellemzően nem vesszük komolyan. A későbbiekben akár testi zavarok is jelentkezhetnek. A kiégés tünetei azonosak a depresszióéval vagy a szorongáséval. A különbség a környezeti feltételekben van, ugyanis a humán szférában az emberekkel való kapcsolatnak kiemelkedő intenzitása van. Ha az intenzitás lecsökken, akkor beszélünk kiégésről. (Petróczi 2007)

A burnout egy – számos szakmában, nem csak a segítő szakmában- általánosan használt kifejezés, amely a munkahelyi stressz különböző formáit írja le. Számos tényező vezethet a kiégéshez. A legtöbb ember számára a saját kiégés felismerése ösztönös megérzésen, élményszerű felismerésen alapul. A kutatások szerint a kiégés együtt jár a reménytelenség érzésével és nehéz, megterhelő munkákkal, foglalkozásokkal, illetve olyan személyeknél jelentkezik, akik az ilyen munkát nem hatékonyan végzik. A negatív érzések általában fokozatosan alakulnak ki. Ezek a negatív érzések tükrözik azt az érzést, hogy az egyén minden feladatra ugyanolyan nagy erőfeszítést tesz vagy nagyon magas a megterhelés, de tükrözheti a nem támogató munkahelyi környezetet is. (Babette Rotschild 2006)

A lelki egyensúly: „pozitív életérzéssel járó belső folyamategyensúly és ebből következő viselkedés, mellyel az egyén biztosítja belső stabilitását és a társadalomban elfoglalt megfelelő helyét a szüntelen változások – nehézségek, zavarok, terhelések, sőt, olykor szomatikus betegségek és fenyegetettség – közepette is." (Tomcsányi 2003, 20. o.)

3. Kiégés kutatás a Soproni Rendőrkapitányság dolgozói körében

Kutatásomat a Soproni Rendőrkapitányság dolgozói körében végeztem. A Soproni Rendőrkapitányság alárendeltségébe 5 objektum tartozik. A központi épület Sopronban, a Lackner Kristóf utcában található. Dolgoznak kollégák a Kossuth utcai és a Táncsics utcai objektumban is. Ezen kívül Fertődön őrs működik és van egy objektum Lövőn is. A fertődi és a lövői kollégák a földrajzi elhelyezkedésüknek megfelelően látják el szolgálati feladataikat.

A Soproni Rendőrkapitányságot a Kapitányságvezető vezeti. Ez az elérhető legmagasabb beosztás a kapitányságon. A kérdőív megszerkesztése során arra törekedtem, hogy a felsorolt beosztások hierarchikus rendben kövessék egymást. A kérdőíven 1. sorszám alatt a kapitányságvezetői beosztás szerepel, azonban kapitányságvezető általi kérdőív kitöltésére nem került sor.

A Soproni Rendőrkapitányság főbb szervezeti egységekből, úgynevezett Osztályokból és egy további fő szervezeti elemből, az úgynevezett Hivatalból épül fel.

Osztályból 4 van, melyek a következők: Bűnügyi Osztály, Igazgatásrendészeti Osztály, Közrendvédelmi és Határrendészeti Osztály valamint a Közlekedési Osztály.

A soproni központi épület fő szárnyában működik a kapitányság Hivatala. A hivatal feladatköre: minden, a Kapitányság működésével kapcsolatos logisztikai feladat ellátása, a kiszolgáló személyzet (takarítók, gépjármű karbantartót, épület karbantartók) irányítása, a fogyó eszköz utánpótlás, a személyügy és az informatikusok/ rendszergazdák irányítása. A Kapitányságí Hivatalhoz tartozik az ún. segédhivatal. A segédhivatal fő profilja az irattározás, ahol a dokumentumokat 1 évtől NS (NS= nem megsemmisítendő, gyakorlatilag időtlen időkig) ideig tárolják. A számítógépes adatfeldolgozás ellenére minden irat 1 példánya papír alapon irattározásra is kerül, ahonnan a tárolási időn belül bármikor kikérhető és felhasználható. A segédhivatal emellett a kapitányság postai küldeményeit is kezeli.

A Hivatal vezetője, illetve a Hivatal munkatársai nem kerültek bevonásra a kérdőíves kutatásomba.

A Bűnügyi Osztály a nevéből is adódóan bűnügyekkel, az ismeretlen tettesek által elkövetett bűncselekmények nyomozásával és az ismert elkövetős bűnügyek védelőkészítésével, illetve a bűnügyi látencia csökkentésével foglalkozik. Vezetője a Bűnügyi Osztályvezető. A Bűnügyi Osztály csaknem teljes állománya bevonásra került a kérdőíves kutatásba. Bűnügyi Osztályvezető általi kérdőív kitöltésére nem került sor (Osztályvezető a kérdőíven 2.).

A Bűnügyi Osztály kisebb szervezeti egységekből, úgynevezett Alosztályokból épül fel, az Alosztályokat az Alosztályvezetők irányítják. A Bűnügyi Osztály állományából Alosztályvezető töltött ki kérdőívet. Az Osztályon három Alosztály működik, ezek a következők:

Nyomozó Alosztály. Ezen az osztályon az ismeretlen elkövetők felderítése történik. Bűnügyi szempontból ez az alosztály reagál legelőször, aminek alapfeltétele a lehető legnagyobb humán rugalmasság. A humán rugalmasság kifejezés alatt azt értem, hogy az itt dolgozó állomány gyakorlatilag a nap 24 órájában elérhető, noha erre nincs kötelezve (pl.: az állomány tagjai a mobiltelefonjukat soha sem kapcsolják ki).

Védelőkészítő Alosztály vagy más néven Vizsgálati Alosztály az ismert elkövetős bűnügyi eljárások nyomozati szakaszának lefolytatása az Alosztály feladata. Ide kerülnek az ismeretlen elkövető ellen indult, de az eljárás folyamán ismertté vált eljárások is. A cél az, hogy az adott ügy ún. vádképessé váljon, tehát a bírósági tárgyalásra alkalmassá kell tenni az ügyiratot.

Az Igazgatásrendészeti Osztály fő profilja a szabálysértési ügyek, azaz a bűncselekményekhez képest csekélyebb súlyú normaszegések vizsgálata, melyeket a szabálysértési előadók végeznek. A szabálysértési ügyek befejezése a Védelőkészítő Osztály bemutatásánál megismert módon történik annyi különbséggel, hogy a bíróság elé kerülő ügyekben a ”vádat” nem az ügyészség, hanem a Szabálysértési Osztály erre kijelölt kollégája képviseli. 2012. április 15-től a szabálysértési értékhatár

húszezer forintról ötvenezer forintra emelkedett. Az új helyzet kezelhetősége miatt a Közrendvédelmi és Határrendészeti Osztály alá rendelve 2012. április 15-től megkezdte működését egy ún. Szabálysértési Előkészítő Csoport is. Ennek a csoportnak a feladata a nevéből adódóan is egyfajta előkészítő eljárás lefolytatása a sikeres szabálysértési eljárás lefolytatása céljából. A Fegyverügyi Előadó is ezen az osztályon dolgozik és munkája speciális területet fed le. A fegyvertartási engedéllyel rendelkező magánszemélyek (vadászok, sportlövők) fegyvertárolását ellenőrzi. Elbírálja a fegyverügyi kérelmeket, ellenőrzi a fegyveres, sportlövő klubok szabályszerű működését, a biztonsági, a biztonság technikai szabályok betartását. A vagyonőri igazolványok, engedélyek kiadása és ellenőrzése is az ő feladata. Közalkalmazotti munkaviszonyban titkárnők is dolgoznak az Alosztályon (a kérdőíven 9.).

A Közrendvédelmi és Határrendészeti Osztály feladata egészen 2008. január 01-ig a közrend, közbiztonság szavatolása volt. Ekkor, azaz 2008. január 01-ét követően, a Határőrség Rendőrségbe történő integrálásakor az osztály feladatai az államhatár őrizeti és egyéb, korábban a Határőrség által elvégzett feladatokkal is kiegészültek. A 2008. január 01-ével a rendőrség nem csak a feladatokat, hanem az aktív állományt is átvette a megszűnő határőrségtől. Aki a kérdőíven 4, vagy 5 évet jelölt pályán eltöltött időre, az kivétel nélkül az integrációval került a rendőrséghez, tehát azt megelőzően is már fegyveres szervnél, a rendőrségnél is megtalálható, azonos törvényi szabályzók és törvényi háttér szerint látta el feladatát. Az Osztály további feladatok a bűncselekmények lehetőség szerinti megelőzésén túl a „Látható rendőrség" szlogen tartalommal megtöltése, a minél nagyon fővel és óraszámban a közterületen megjelenő egyenruhás szolgálat megvalósítása, általános járőrözés, különféle rendezvények biztosítása és a szabálysértések felfedése és szankcionálása. Ez az osztály - akár csak a Bűnügyi Osztály – kisebb szervezeti formákból, ún. Alosztályokból épül fel. Ilyenek az Őr- járőr Alosztály, a Körzeti Megbízott Alosztály, de a Közrendvédelmi és Határrendészeti Osztály irányítása alá tartozik a Fertődi Rendőrörs és az Ügyeleti Csoport is, ahol a területünkről beérkező segítségkérő telefonhívásokra reagálnak. A fent említett Szabálysértési Előkészítő Csoport is ennek az Osztálynak van alárendelve. A fogda üzemeltetése is a Közrendvédelmi és Határrendészeti Osztályon történik, ahol legfeljebb 72 óra időtartamban van lehetőség a fogvatartottak személyes szabadságának korlátozására.

Közlekedésrendészeti Osztályhoz kizárólag a közlekedéssel összefüggő esetek, események, cselekmények tartoznak. Itt vizsgálják a közlekedési baleseteket a közlekedési balesetvizsgálók, akik a szabálysértési ügyek vizsgálatával azonos metódus alapján tevékenykednek. A közlekedési balesetek vizsgálatára akkor kerül sor, ha a közlekedési balesethelyszínelő a helyszínen a balesetet helyszíneléssel zárja le. Itt dolgoznak a közlekedési járőrök is. Az osztály további feladatai többek között: ittas vezetők, gyorshajtók kiszűrése és velük szemben az eljárás indítása és lefolytatása.

3.1. Kutatás célja, kérdései és hipotézisei

A kutatás célkitűzése annak vizsgálata, hogy a kiégés jelensége hogyan és milyen módon érinti a rendőri szakterületen dolgozók mentális egészségét.

További célom annak a kérdésnek a feltárása, hogy a Sopron Rendőrkapitányság állományát mekkora mértékben érinti a kiégés, az állomány tagjai mennyire vannak kiégve.

3. 2. Hipotézisek

1. A vizsgált állomány kiégési szintje magas, mivel a stressz és a megterhelés a rendőri hivatásban állandóan jelen van és magas fokú mentális megterhelés alatt tartja az egyént. A periodikussága meghatározhatatlan, semmiféle szabályszerűséget sem követ.
2. Az alacsonyabb beosztású rendőrök kiégési szintje magasabb, mint a vezető beosztású kollégáké.
3. A nők kiégési szintje magasabb, mint a férfiaké.

3. 3. A kutatás módszertana

3.3.1 Vizsgálati eszközök

A Soproni Rendőrkapitányság alkalmazottai között végzett kutatás eszköze egy önkitöltős, anonim, papír alapú (papír-toll) kérdőív, mely két fő részből tevődött össze.

Első rész alegységei: a lakóhelyre, nemre, életkorra, a pályán eddig eltöltött időre, a beosztásra, iskolai végzettségre, családi állapotra, gyerekszámra, a főállás on kívüli tevékenységre, a pályaelhagyásra és a bérezésre irányuló kérdésekből tevődtek össze.

A kérdőív második része a kiégés tünetegyüttes mérését célozta meg, melyhez az MBI (Maslach Burnout Inventory) Maslach-féle Kiégés Kérdőívet használtam. A kiégést mérő 22 kérdés három dimenzióra irányul: az érzelmi (emocionális) kimerülésre, a deperszonalizációra és a személyes teljesítmény csökkenésére irányul.

3.3.2 A felvétel módja

A felvétel személyes megkeresésen keresztül történt, önkitöltős, papír-toll kérdőívvel.

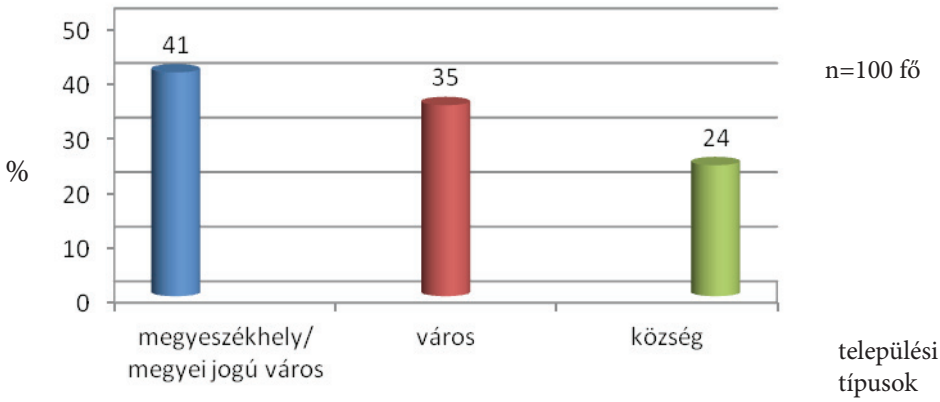
A kérdőívek kitöltetése megközelítőleg 6 hónapot vett igénybe és 2011. év harmadik negyedéve és 2012. év első negyedéve között zajlott.

A célom az állampolgárokkal közvetlen kapcsolatba kerülő kollégák (végrehajtó állomány) kutatási mintába történő bevonása volt. A végrehajtó állomány munkáját a következők jellemzik. Alacsony létszámmal kell magas szaktudást igénylő feladatokat végrehajtani, problémákat megoldani. Mindezt több műszakos munkarendben, a civilekénél alacsonyabb bérekért. A kliensek szinte kivétel nélkül olyan emberek, akik a problémáikat önmaguk megoldani nem tudják, ezért hívnak rendőrt. Az úgynevezett problémamentes átlagemberekkel a kollégák a szolgálat során nagyon ritkán találkoznak. A legalább 12 órás szolgálat (gyakori a kényszerű túlóra) letöltését követően további problémákkal szembesülnek. Az előbb említett alacsony bér miatt megoldást kell találni arra, hogy a családjuknak miként tudnak megfelelő életkörülményeket biztosítani. Az ehhez szükséges többletjövedelmet természetesen legális forrásból kell előteremteni. Mindezek tükrében látható, hogy az állomány a rendelkezésére álló, biztosított pihenőidőt gyakran nem a pihenésre, szórakozásra, regenerálódásra tudja fordítani. A kutatás adatainak statisztikai feldolgozásához az Excell táblázatkezelő programot használtam.

3. 4. A vizsgálati minta

A kutatás elvégzéséhez, a vizsgálati minta gyűjtéséhez a Soproni Rendőrkapitányság Vezetőjétől engedélyt szereztem be. Ezt követően a kutatáshoz szükséges kérdőíveket az Őrsparancsnoknak és az Alosztályvezetőknek eljuttattam, így a mintavétel fél év alatt teljesen lezajlott és a kitöltött kérdőívek visszaérkeztek. 115 kiküldött kérdőívből 100 érkezett vissza, így a válaszadó megkérdezettek száma: 100 fő (100%).

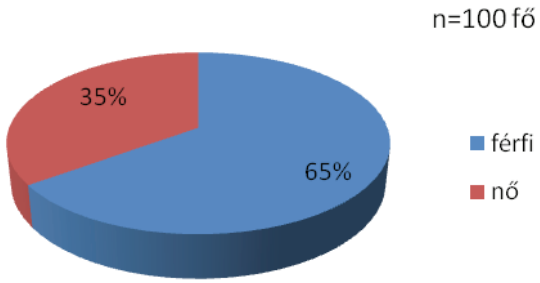
1. sz. grafikon A válaszadók lakhelye települési típus szerinti megoszlásban



forrás: szerző műve

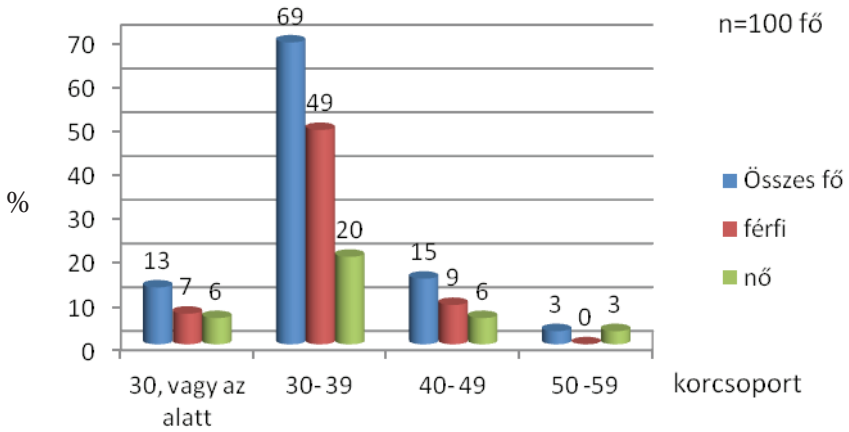
A válaszadók szolgálati helye a Soproni Rendőrkapitányság, ezen belül előfordulnak a fentebb említett földrajzi okokból következő különbségek.

2. sz. grafikon A válaszadók nem szerinti megoszlása



forrás: szerző műve

3. sz. grafikon A válaszadók korcsoport és nem szerinti megoszlása



forrás: szerző műve

A fenti eredményből kitűnik, hogy a vizsgált mintát nagyrészt, 69 százalékban a 30-39 éves korosztály alkotja. A legfiatalabb válaszadó 20 éves, a legidősebb 58 éves.

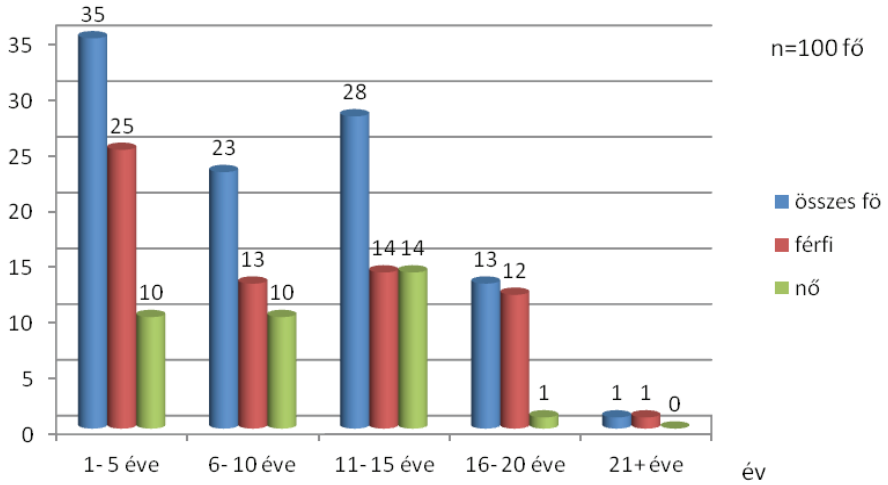
A 20 éves válaszadó neme férfi és egy éve dolgozik a rendőrségen járőrként közrendvédelmi területen. Nőtlen, gyermektelen és nem végez egyéb tevékenységet a főállásán kívül. Soha sem foglalkozott a pályaelhagyás gondolatával és bérezésével elégedett. A Maslach-féle Kiégés kérdőívben adott válaszaiból kiderül, hogy a rendőri pályán eddig eltöltött egy évét értékelve nem érzi magát

kiégettnek, a munkájából érzelmileg ki tudja magát kapcsolni. Gyakran (heti átlag egy alkalommal) a munkanap végére elhasználódik és a munkája miatt havonta átlagosan egy alkalommal frusztráltnak is érzi magát. A kitöltött kérdőívéből abszolút kitűnik, hogy az empátiás képessége magas és az ügyfelei problémáit maximális hatékonysággal oldja meg. Az ügyfelekkel végzett munka során fellépő érzelmi problémákat maximális nyugodtsággal oldja meg, mialatt jókedvű és vidám. Szinte kivétel nélkül minden ügyfelével törődik, erre utal a beírt 1-es szám (1=Néhányszor egy évben vagy kevesebbszer) is.

A 58 éves válaszadó neme nő és 3 éve dolgozik a rendőrségen közalkalmazottként igazgatásrendészeti területen. Elvált, egy gyermek édesanyja. Nem végez egyéb tevékenységet a főállásán kívül. Soha sem foglalkozott a pályaelhagyás gondolatával és bérezésével elégedettlen. A Maslach-féle Kiégés kérdőívben adott válaszaiból kiderül, hogy a rendőri pályán eddig eltöltött három évét értékelve néhányszor egy évben érzi magát kiégettnek, a munkájából érzelmileg néhányszor egy évben vagy kevesebbszer tudja magát kikapcsolni. Ennek ellenére néhányszor egy évben vagy kevesebbszer a munkanap végére elhasználódik, de a munkája miatt minden nap frusztráltnak érzi magát. Az ügyfelei problémáit maximális hatékonysággal oldja meg. Az ügyfelekkel végzett munka során fellépő érzelmi problémákat közepesen nyugodtan oldja meg. Nem érzi magát jókedvűnek és vidámnak, ennek ellenére minden ügyfelével törődik.

3. 5. A válaszadók pályán eltöltött ideje

4. sz. grafikon A válaszadók pályán eltöltött ideje



forrás: szerző műve

A rendőrségnél eltöltött szolgálati idő és a hivatásos (rendőrség, katonaság, határőrség) pályán eltöltött idő nem egyenlő. Fentebb már kifejtettem, hogy 2008. január elsejével, a határőrség rendőrségbe történő integrálásával a rendőrség nem csak a feladatokat, hanem az aktív állományt is átvette a megszűnő határőrségtől. Az integráció a volt határőröket meglehetősen érzékenyen érintette. Aki a kérdőíven 4, vagy 5 évet jelölte be a pályán eltöltött, az kivétel nélkül az integrációval került a rendőrséghez, tehát azt megelőzően is már fegyveres szervnél, a rendőrségnél is megtalálható, azonos törvényi szabályzók és törvényi háttér, parancs uralmi rend, hierarchikus, alá- fölé rendeltség szerint látta el feladatát. Személyes meglátásom az, hogy az integráció a volt határőröket meglehetősen érzékenyen érintette. A rendőrséghez a határőrségtől érkező kollégák véleménye és szemlélete meglehetősen homogén. A határőrség rendőrségbe történő integrálásának témája jelenleg is aktuális, noha bő két év eltelt azóta. Személyes tapasztalataimra alapozva kijelenthetem, hogy valójában a Határőrség megszűnésével úgy váltak rendőrré, hogy ezt a folyamatot nem önként vállalták. Azonban más választásuk nem volt arra, hogy hivatásos pályán maradhassanak. Elmondták, hogy ha rendőrök szerettek volna lenni, akkor önként keresték volna annak lehetőségét. A válaszadók közül 16 fő 4 éve, és 3 fő 5 éve dolgozik a rendőrségen, tehát az integrációval a rendőrséghez átkerült kollégák a válaszadók 19 százalékát teszik ki.

A fentiek függvényében megvizsgálom a rendelkezésre álló mintát az alábbi szempontok szerint.

Az integrációval a rendőrséghez átkerült kollégák magasabb arányban foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával, magasabb arányban elégedetlenek a bérezésükkel és kiégettebbnek érzik magukat, mint az eredetileg is a rendőri pályára készült és lépett kollégák. Ezt az előzetes várakozást a saját tapasztalataimra, a volt határőr kollégák beszámolóira építem, mivel az integrációt jómagam is figyelemmel kísérhettem rendőrjárőri szolgálataim során. A pályaelhagyással, a bérezéssel és a kiégéssel kapcsolatos integrációs kérdésekre az kérdések kielemzésénél térek ki.

3. 6. A válaszadók beosztása

A Bűnügyi Osztályon belül a Nyomozó Alosztályon dolgozók beosztása a következő lehet: Alosztályvezető, Főnyomozó és Nyomozó. Az írásos munka ezen az Alosztályon az ismeretlen elkövető felderítésével lezárul. Amennyiben az eljárás indulásakor az elkövető ismert vagy az ismeretlen elkövető felderítése a Nyomozó Alosztályon realizálásra kerül a munka a Védelőkészítő Alosztályon folytatódik. A Védelőkészítő Alosztályon dolgozók beosztása a következő lehet: Osztályvezető, Alosztályvezető, Fővizsgáló és Vizsgáló. Felderítő Alosztály feladata a bűncselekményi látencia csökkentése. A Felderítő Alosztályon dolgozók nem kerültek bevonásra a kérdőíves kutatásomba. A Bűnügyi Osztályon dolgozik továbbá körözési előadó, kiemelt bűnmegelőzési főelőadó, panaszfelvevő előadó is. Közalkalmazotti munkaviszonyban titkárnők is dolgoznak az Osztályon.

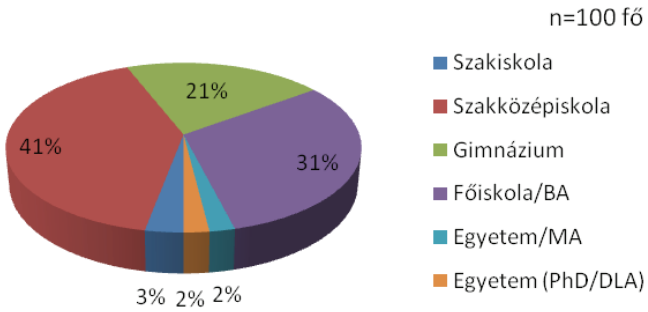
Az Igazgatásrendészeti Osztályon sor került Osztályvezető, Előadó és Közalkalmazott általi kérdőív kitöltésre.

A Közrendvédelmi és Határrendészeti Osztályon Alosztályvezető / Alosztályvezető- helyettes, Fővizsgáló, Körzeti Megbízott, Járőr, Előadó és Közalkalmazott általi kérdőív kitöltésére került sor.

A Közlekedésrendészeti Osztályon Vizsgáló, Helyszínelő és Járőr általi kérdőív kitöltésére került sor.

3. 7. A válaszadók iskolai végzettsége

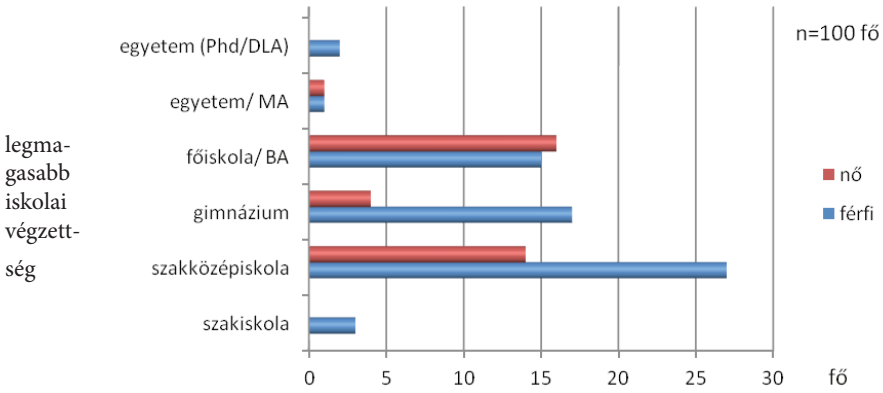
5.sz. grafikon A válaszadók legmagasabb iskolai végzettsége



forrás: szerző műve

A válaszadók 65 százaléka középfokú végzettséggel, 35 százaléka felsőfokú végzettséggel rendelkezik.

6. sz. grafikon A válaszadók nem szerinti és legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlása



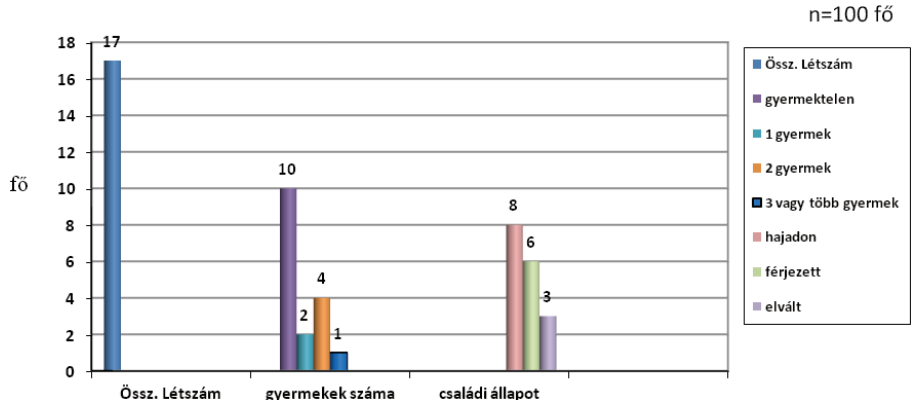
forrás: szerző műve

Szakiskolát 3 fő férfi, szakközépiskolát 27 fő férfi és 14 fő nő, gimnáziumot 17 fő férfi és 4 fő nő, főiskolát (BA) 15 fő férfi és 16 fő nő, egyetemet (MA) 1 férfi és 1 nő, egyetemet (PhD/DLA) 2 férfi végzett. A fenti grafikonból kitűnik, hogy több női alkalmazott végzett főiskolát, mint férfi. A Soproni Rendőrkapitányság – kutatásba bevont – női alkalmazottai jellemzően magasan képzettek, főiskolát és egyetemet a megkérdezett nők közel fele (48,57%) végzett el.

3. 8. Családi állapot, gyermekek száma

Napjainkban több nő választja a karrierépítés lehetőségét nyújtó munkahelyet, amelyek magas követelményt támasztanak a nőkkel szemben. A nőknek a háztartásban és a munkahelyen egyaránt meg kell tudniuk felelni. Mindkét szintér jelentős stressz faktor, mely szerepkonfliktushoz is vezethet. (Petróczi, 2007)

7. sz. grafikon Az egyetemet (MA) és főiskolát (BA) végzett nők családi állapota és gyermekeinek száma



forrás: szerző műve

Egyetemet (MA), vagy főiskolát (BA) végzett nők (17 fő/ 48,57 %) közül 10 fő (58,8%) gyermektelen, 2 fő (11,7 %) 1 gyermek, 4 fő (23,5 %) 2 gyermek és 1 fő (5,8 %) három vagy több gyermek édesanyja.

A válaszadó egyetemet vagy főiskolát végzett 17 nő közül 8 nő (47%) hajadon, 6 nő (35%) férjezett és 3 nő (17 %) elvált.

Az egyetemi (MA), vagy főiskolai (BA) végzettségű nők közül senki sem tölt be vezető pozíciót, míg az egyetemet (MA), vagy főiskolát (BA) végzett, vagy doktori fokozatot szerzett férfiak 50 %- a vezető pozícióban van. A rendőrségen a vezető beosztás betöltésének feltétele a szakirányú felsőfokú végzettség megléte vagy a polgári felsőfokú végzettség és a szakirányú felsőfokú szaktanfolyam elvégzése.

A válaszadók 36 százaléka hajadon / nőtlen, 53 százaléka férjezett/ nős és 11 százaléka elvált.

A hajadon/ nőtlen válaszadók közül mindössze 1 főnek van egy gyermeke, a fennmaradó 35 fő, vagyis a hajadon/ nőtlen válaszadók 97,22 százaléka gyermektelen.

A férjezett/ nős válaszadók 15 százaléka (8 fő) gyermektelen, 34 százalékának (18 fő) egy, 37,8 százalékának (20 fő) kettő gyermeke és 13 százalékának (7 fő) három vagy több gyermeke van.

Az elvált válaszadók 27,3 százaléka (3 fő) gyermektelen, 45,4 százalékának (5 fő) egy gyermeke, 18,2 százalékának (2 fő) kettő gyermeke és 9,1 százalékának (1 fő) három vagy több gyermeke van.

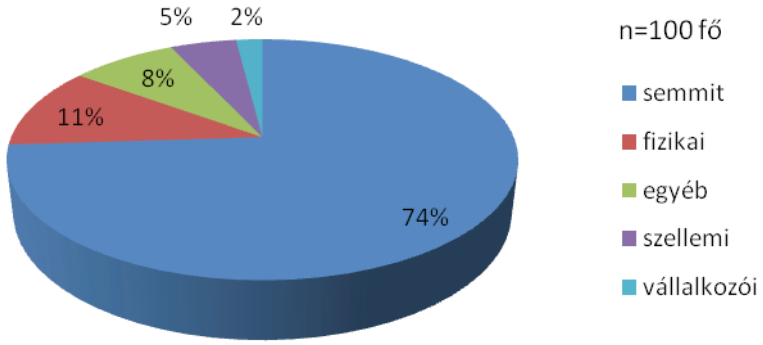
A válaszadók családi állapotának és gyermekeik számának összefüggését megvizsgálva megállapítható, hogy a férjezett/ nős válaszadók rendelkeznek a legmagasabb gyermekszámmal, míg a legalacsonyabb gyermekszámmal a hajadon/ nőtlen válaszadók rendelkeznek, annak ellenére, hogy a válaszadók több, mint egyharmadát teszik ki. Az elvált válaszadók közel egyötöde kettő gyermekkel, közel fele egy gyermekkel és közel egytizede három vagy több gyermekkel rendelkezik. Az elvált, gyermekkel rendelkező válaszadók az elvált válaszadók 72,7 százalékát és a teljes vizsgált állomány 8 százalékát (8 fő) teszik ki. Ebből kitűnik, hogy a házasságon kívül nevelkedő gyermekek száma jelentős.

Ma Magyarországon minden tízedik felnőtt ember elvált a házastársától, vagyis minden tízedik felnőttre egy válás jut. (valasinfo.hu)

Kutatásom elvált válaszadói a vizsgált száz fős minta 11 százalékát teszik ki, vagyis minden kilencedik válaszadóra jut egy fő elvált válaszadó. A magyarországi átlagnál magasabb válási arány, amely több magánéleti kudarcot feltételez, illetve a teljes állomány közepes kiégési szintje a szupervizor szakember beavatkozásának szükségességét jelzi. Magas kiégési szint esetén már pszichiáter szakember beavatkozása válhat szükségessé.

3. 9. A főálláson kívül végzett egyéb tevékenység, pályaelhagyás gondolata

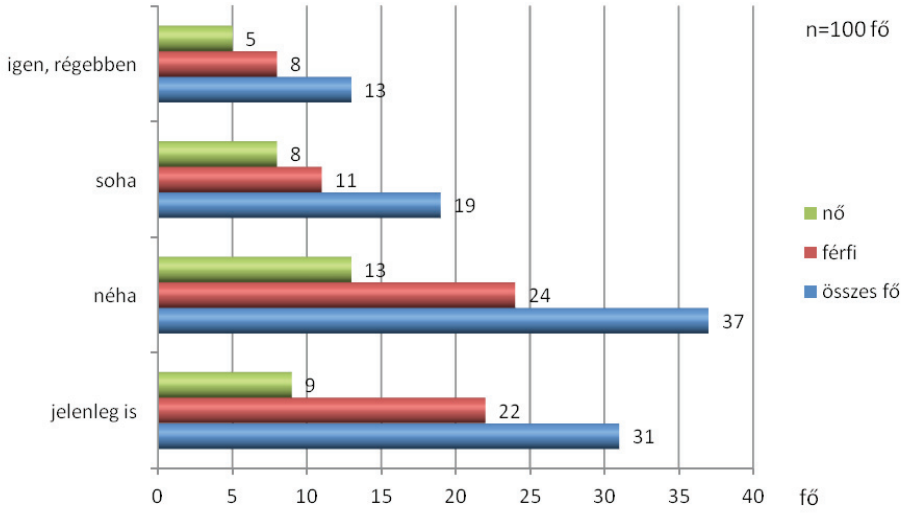
8. sz. grafikon A főálláson kívül végzett egyéb tevékenység



forrás: szerző műve

A válaszadók 74 százaléka semmilyen egyéb tevékenységet sem végez főállásán kívül. 11 százalékuk fizikai tevékenységet, 8 százalékuk egyéb tevékenységet, 5 százalékuk szellemi tevékenységet és 2 százalékuk vállalkozói tevékenységet folytat. Ügynöki vagy kereskedelmi tevékenységet a válaszadók közül senki sem végez. A válaszadók 26 százaléka végez valamilyen (szellemi, fizikai, ügynöki, kereskedelmi, vállalkozói vagy egyéb) főálláson kívüli tevékenységet. A főálláson kívüli tevékenységet végzők 84,6 százaléka elégedetlen főállásának bérezésével, míg a főálláson kívüli tevékenységet nem végzők esetében ez az érték 73 százalék. A főálláson kívüli tevékenységet végzők 42,3 százaléka jelenleg is foglalkozik a pályaelhagyás gondolatával, ezzel szemben a főálláson kívüli tevékenységet nem végzők esetében ez az érték mindössze 27 százalék. A főálláson kívüli tevékenységet végzők 81 százaléka a nyomozók, körzeti megbízottak és a járőrök közül kerülnek ki. A fennmaradó 19 százalékot az alosztályvezetők, főnyomozók és a közalkalmazottak csoportja teszi ki. A vezető beosztásúak közül senki sem végez egyéb tevékenységet a főállásán kívül. Minél alacsonyabb tehát valakinek a beosztása, annál nagyobb a valószínűsége, hogy mellékállást fog vállalni.

9. sz. grafikon A pályaelhagyás gondolata



forrás: szerző műve

A válaszadók közül 5 nő és 8 férfi régebben, 8 nő és 11 férfi soha, 13 nő és 24 férfi néha/ alkalmanként és 9 nő és 22 férfi jelenleg is foglalkozik a pályaelhagyás gondolatával.

A válaszadók 13 százaléka régebben foglalkozott, 19 százaléka soha, 37 százaléka néha/ alkalmanként, 31 százaléka jelenleg is foglalkozik a pályaelhagyás gondolatával.

1. sz. táblázat A kérdésekre adott nem szerinti válaszok százalékos megoszlásban

	Nők	Férfiak
Igen, régebben:	38,4 % (5 fő)	61,6% (8 fő)
Soha:	42 % (8 fő)	58% (11 fő)
Néha/ alkalmanként:	35% (13 fő)	65% (24 fő)
Jelenleg is:	29% (9 fő)	71% (22 fő)

forrás: szerző műve

A pályaelhagyás gondolatával korábban foglalkozó nők a főnyomozó/ fővizsgálók, előadók és közalkalmazottak közül kerülnek ki. Azon férfiak között, akik régebben foglalkoztak a pályaelhagyás gondolatával az alosztályvezetők keresztül a nyomozón és a körzeti megbízotton kívül járőr is megtalálható. Egyedül az alosztályvezetői beosztás tekintendő vezető pozíciónak, nem szabad azonban megfeledkezni arról, hogy a válaszadó nők közül senki sem tölt be vezető tisztséget. Azok a nők, akik eddig még nem foglalkoztak a pályaelhagyás gondolatával a főnyomozó/ fővizsgálók, nyomozók/ vizsgálók, járőrök, előadók és közalkalmazottak közül kerülnek ki. Azok a férfiak, akik eddig még nem foglalkoztak a pályaelhagyás gondolatával az osztályvezetők/ őrsparancsnokok, alosztályvezetők, nyomozók/ vizsgálók, körzeti megbízottak/ helyszínelők és a járőrök csoportja alkotja. Azok a nők, akik néha, alkalmanként foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával a főnyomozó/ fővizsgálók, nyomozók/ vizsgálók, járőrök, előadók és közalkalmazottak is megtalálhatóak. Azok a férfiak, akik néha, alkalmanként foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával az alosztályvezetők, főnyomozó/ fővizsgálók, nyomozók/ vizsgálók, körzeti megbízottak/ helyszínelők és a járőrök közül kerülnek ki. Azon nők csoportját, akik jelenleg is foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával a nyomozók/ vizsgálók, járőrök, előadók és közalkalmazottak teszik ki. A pályaelhagyás gondolatával jelenleg is foglalkozó férfi válaszadók között alosztályvezetők, főnyomozó/ fővizsgálók, nyomozók/ vizsgálók, körzeti megbízottak/ helyszínelők és a járőrök is megtalálhatók.

2. sz. táblázat A kérdésekre adott nem szerint válaszok a beosztások viszonylatában

Pályaelhagyás gondolata								
	Igen, régebben (fő)		Soha (fő)		Néha/alkalmanként (fő)		Jelenleg is (fő)	
	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi
Osztályvezető/ Őrsparancsnok	-	0	-	2	-	0	-	0
Alosztályvezető/ Alosztályvezető- helyettes	-	2	-	2	-	2	-	1
Főnyomozó/ Kiemelt főnyomozó/ Fővizsgáló/ Kiemelt fővizsgáló	1	0	2	0	5	2	0	1
Nyomozó/ Vizsgáló	0	1	1	2	4	3	3	6
Körzeti megbízott/ Helyszínelő	-	3	-	2	-	7	-	11
Járőr/ Járőrvezető	0	2	2	3	1	10	3	3
Előadó	2	-	1	-	2	-	2	-
Közalkalmazott	2	-	2	-	1	-	1	-

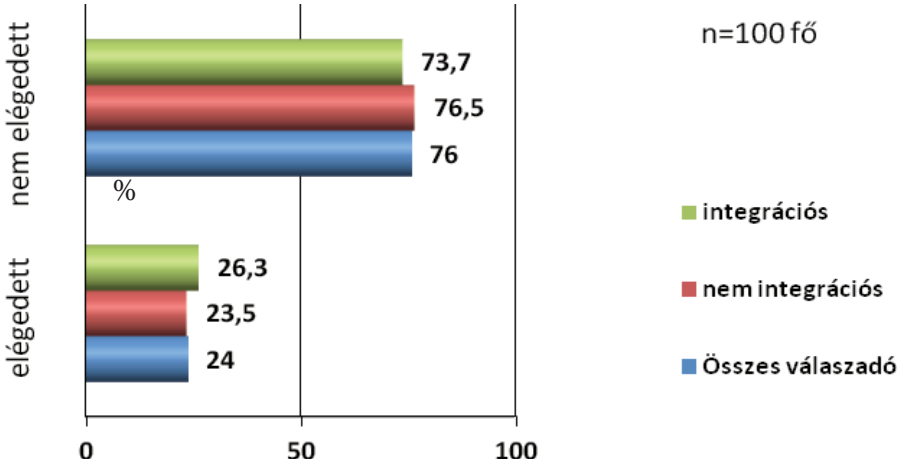
forrás: szerző műve

Az átlagostól eltérő, hogy az osztályvezetők/ őrsparancsnokok 100 százaléka soha sem foglalkozott, a főnyomozók, kiemelt főnyomozók, fővizsgálók, kiemelt fővizsgálók mindössze 9 százaléka, a nyomozók, vizsgálók 45 százaléka és a körzeti megbízottak, helyszínelők 47,8 százaléka foglalkozik jelenleg a pályaelhagyás gondolatával.

3. 10. Bérezés

Bérezésükkel a válaszadók 24 százaléka elégedett, 76 százaléka nem elégedett. Bérezésükkel 9 nő és 15 férfi elégedett, 26 nő és 50 férfi nem elégedett. A válaszadó nők 25,7 százaléka bérezésével elégedett, 74,3 százaléka nem elégedett. A válaszadó férfiak 23 százaléka elégedett, 77 százaléka nem elégedett bérezésével. A válaszadók közül az olyan kollégák, akik nem az integrációval kerültek a rendőrséghez a válaszadók 81 százaléka (81 fő) teszik ki. Közülük 19 fő (23,5 %) elégedett, 62 fő (76,5 %) nem elégedett a bérezésével. A válaszadók közül 16 fő 4 éve, és 3 fő 5 éve dolgozik a rendőrségen, tehát az integrációval a rendőrséghez átkerült kollégák a válaszadók 19 százalékát (19 fő) teszik ki. A válaszadó, az integrációval a rendőrséghez átkerült volt határőr kollégák közül 5 fő elégedett, míg 14 fő elégedetlen a bérezésével. A volt határőr kollégák 26,3 százaléka elégedett, 73,7 százaléka nem elégedett a bérezésével.

10. sz. grafikon Az integrációs és a nem integrációs kollégák bérezéssel kapcsolatos elégedettségének összehasonlítása



forrás: szerző műve

A fenti eredmény alapján nem igazolódott be az a feltételezésem, miszerint a volt határőr kollégák elégedetlenebbek a bérezésükkel a teljes állományhoz, vagy a nem integrációs kollégákhoz képest.

3. sz. táblázat Az egyes beosztásokban dolgozók bérezéssel kapcsolatos kérdésre adott válaszai

Bérezésével		
	Elégedett (fő)	Nem elégedett (fő)
Osztályvezető/ Őrsparancsnok	2	-
Alosztályvezető/ Alosztályvezető- helyettes	2	5
Főnyomozó/ Kiemelt főnyomozó/ Fővizsgáló/ Kiemelt fővizsgáló	1	10
Nyomozó/ Vizsgáló	5	15
Körzeti megbízott/ Helyszínelő	4	19
Járőr/ Járőrvezető	7	17
Előadó	2	5
Közalkalmazott	-	6

forrás: szerző műve

Bérezésükkel a válaszadó Osztályvezetők, Őrsparancsnokok 100 százaléka, Alosztályvezetők, Alosztályvezető- helyettesek 28,5 százaléka a Főnyomozók, Kiemelt főnyomozók, Fővizsgálók, Kiemelt fővizsgálók mindössze 9 százaléka, a Nyomozók, Vizsgálók 25 százaléka, a Körzeti megbízottak, Helyszínelők 17,4 százaléka, a Járőrök, Járőrvezetők 29,17 százaléka, az Előadók 28,5 százaléka elégedett és a Közalkalmazottak 100 százaléka elégedetlen.

Az átlagostól eltérő, hogy az osztályvezetők/ őrsparancsnokok 100 százaléka soha sem foglalkozott, a főnyomozók, kiemelt főnyomozók, fővizsgálók, kiemelt fővizsgálók mindössze 9 százaléka, a nyomozók, vizsgálók 45 százaléka és a körzeti megbízottak, helyszínelők 47,8 százaléka foglalkozik jelenleg a pályaelhagyás gondolatával.

A pályaelhagyás és a bérezés összefüggését megvizsgálva megállapítottam, hogy a vezető beosztásúak közül az Osztályvezetők/ Őrsparancsnokok mindegyike elégedett a bérezésével és egyiküket sem foglalkoztatja a pályaelhagyás gondolata. A szintén vezető beosztásúnak számító Alosztályvezetők/ Alosztályvezető-helyettesek 71,5 százaléka elégedetlen a bérezésével és 71,4 százalékuk foglalkozik vagy foglalkozott korábban a pályaelhagyás gondolatával.

A magasabb beosztásúnak számító Főnyomozók/ Kiemelt Főnyomozók/ Fővizsgálók és Kiemelt Fővizsgálók mindössze 9 százaléka elégedett a bérezésével, ennek ellenére pontosan 9 százalékuk foglalkozik jelenleg is a pályaelhagyással.

Az alacsony beosztású körzeti megbízottak és helyszínelők 82,6 százaléka elégedetlen a bérezésével és a pályaelhagyással 91 százalékuk foglalkozik vagy foglalkozott. A járőrök 70 százaléka elégedetlen a bérezésével és ennél magasabb százalékban (79 %) érinti vagy érintette őket a munkahely változtatási gondolat. A közalkalmazottak esetén a bérezéssel elégedetlenség teljes mértékben (100 %) jelen van, ennek ellenére a pályaelhagyás múltbéli vagy jelenlegi gondolata a közalkalmazott válaszadók valamivel több, mint felét (66 %) érinti.

Ezért, bár elsőre egyszerűnek tűnne a képlet, mégsem minden esetben igaz az, hogy ha valamelyik munkavállaló csoport elégedetlen a bérezésével, akkor az egyértelműen a munkahely változtatás gondolatát veti fel, mint ahogy az sem minden csoport esetén igaz, hogy a minél magasabb bérezéssel elégedetlenség annál magasabb munkahely változtatási gondolatokat eredményez. Tehát az alacsony bér még nem egyértelmű oka a pályaelhagyásnak.

4. A Maslach-féle kiégés kérdőív eredményei és az eredmények kielemzése

Az állomány kiégésének mérésére a Maslach-féle (Maslach Burnout Inventory), 22 kérdésből álló kiégés kérdőívet használtam úgy, hogy a kérdőívet a rendőri hivatást végzők számára szerkesztettem át és ezt követően töltettem ki papír-toll alapon. A kérdőív adatait a Microsoft Excell programba vittem fel és itt történt az adatok kielemzése is.

A kérdőív 22 kérdésből áll, a kérdések a kiégés 3 dimenzióját (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, személyes teljesítmény) mérik. A kérdésekre adható válaszok egy 7 fokozatú (0-6) ordinális, Likert-skálán mérhetők.

A kérdőíven alkalmazott 7 fokozatú Likert-skála fokozatai a következők:

0: Soha
1: Néhányszor egy évben vagy kevesebbszer
2: Egyszer egy hónapban
3: Néhányszor egy hónapban
4: Egyszer egy héten
5: Néhányszor egy héten
6: Minden nap

Az érzelmi/ emocionális kimerülést 9, a deperszonalizációt 5, a személyes teljesítményt 8 kérdés méri.

Az emocionális kimerülés faktorba a Maslach-féle kiégés kérdőív 1, 3, 4, 8, 11, 13, 16, 18, 21. számú kérdéseit soroltam. (lásd 2. sz. melléklet)

Az egyes válaszok értékelésénél a fordított Likert-skála alkalmazását éreztem célszerűnek. Pl.: a normál Likert-skála alapján a ”8. Kiégettnek érzem magam a munkám miatt.” állításnál a legoptimálisabb esetben a 0 (Soha) válasz jegyezhető be. Azonban, ha az egyén a 6 (Minden nap) számadatot alkalmazta, akkor ezt a válaszát -6 pontnak értékeltem, vagyis az elért, normál Likert értékből a fordított Likert értékeket levontam. Így az érzelmi kimerülés kérdéseire adott válaszokkal a legoptimálisabb esetben, azaz a legkisebb emocionális kimerülés esetén 24 pontot, a legmagasabb érzelmi kimerülés esetén -30 pontot lehetett elérni. Ugyanezt a módszert alkalmaztam a deperszonalizáció és a személyes teljesítmény faktoroknál is.

A deperszonalizáció faktorba a Maslach-féle kiégés kérdőív 2, 5, 10, 15, 22. számú kérdéseit soroltam. (lásd 2. sz. melléklet)

A deperszonalizáció faktor kérdéseire adott válaszokkal a legoptimálisabb esetben, azaz a legkisebb deperszonalizáció esetén 0 pontot, a legmagasabb deperszonalizáció esetén -30 pontot lehetett elérni.

A deperszonalizáció faktorba a Maslach- féle kiégés kérdőív 6, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 20. számú kérdéseit soroltam. (lásd 2. sz. melléklet)

A személyes teljesítmény faktor kérdéseire adott válaszokkal a legoptimálisabb esetben, azaz a legnagyobb személyes teljesítmény esetén 30 pontot, a legalacsonyabb személyes teljesítmény esetén -18 pontot lehetett elérni.

Az egyes faktorokon belül az elérhető legalacsonyabb és a legmagasabb összpontszámot, mint két szélső értéket alapul véve, a közöttük lévő számsor harmadolásával három osztályt (33,3%) alakítottam ki. E három osztály a következő: alacsony, közepes, magas.

A következőképp alakultak az egyes faktorok osztályainak pontértékei:

4. sz. táblázat Az emocionális kimerülés faktor osztályainak pontértékei

	Alacsony emocionális kimerülés	Közepes emocionális kimerülés	Magas emocionális kimerülés
Minimum pontérték	6	-12	-30
Maximum pontérték	24	6	-12

forrás: szerző műve

5. sz. táblázat A deperszonalizáció faktor osztályainak pontértékei

	Alacsony deperszonalizáció	Közepes deperszonalizáció	Magas deperszonalizáció
Minimum pontérték	-10	-20	-30
Maximum pontérték	0	-10	-20

forrás: szerző műve

6. sz. táblázat A személyes teljesítmény faktor osztályainak pontértékei

	Alacsony személyes teljesítmény	Közepes személyes teljesítmény	Magas személyes teljesítmény
Minimum pontérték	-18	-2	14
Maximum pontérték	-2	14	30

forrás: szerző műve

7.sz. táblázat Az egyes faktorok osztályértékeinek és a teljes állomány faktorértékeinek összehasonlító táblázata

		Emo. kimerülés	Depersz.	Szem. telj.	Teljes állomány		
					Emo. kimerülés	Depersz.	Szem. telj.
Magas	Maximum érték	-12	-20	30			
	Minimum érték	-30	-30	14			
Közepes	Maximum érték	6	-10	14	4,91	-11,97	13,22
	Minimum érték	-12	-20	-2			

		Emo. kimerülés	Depersz.	Szem. telj.	Teljes állomány		
					Emo. kimerülés	Depersz.	Szem. telj.
Alacsony	Maximum érték	24	0	-2			
	Minimum érték	6	-10	-18			

forrás: szerző műve

A fenti táblázat alapján megállapítottam, hogy a vizsgált állomány kiégése nem magas, hanem közepes eredményt mutat, annak ellenére, hogy a rendőri hivatásban a megterhelés és a stressz állandóan jelen van és magas fokú mentális megterhelés alatt tartja az egyént. Ezek alapján az 1. számú hipotézisem nem igazolódott be. A személyes teljesítmény a felsőhatárhoz közelít, és kevéssel, mindössze 0,78 századdal marad el a legnagyobb személyes teljesítmény osztályától. (lásd 7. sz. táblázat)

8. sz. táblázat Az egyes faktorok szintjeinek és a nők, illetve a férfiak faktorértékeinek összehasonlító táblázata

	Emocionális kimerülés		Deperszonalizáció		Személyes tejlesítmény	
	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak
Magas						
Közepes	5,2	4,7	-10,25	-12,89	13,14	13,26
Alacsony						

forrás: szerző műve

A nők és férfiak összehasonlító vizsgálata kimutatta, hogy a nők helyzete hátrányosabb a férfiakénál. A vizsgálat a nők magasabb és gyakoribb kiégését mutatta a férfiakéhoz képest. A nők munkájukat kevésbé látják pozitívnak, változatosnak. (Petróczi, 2007)

A nők, férfiak faktorértékeinek kiszámítását követően megállapítottam, hogy a teljes állomány és a nők, illetve a férfiak faktorszintjei azonos, közepes értéket mutatnak. A nők kiégése (emocionális kimerülés, deperszonalizáció és személyes teljesítmény eredményeinek összevont értéke) 8,09, míg a férfiak kiégése 5,07. Minél magasabb az összevont érték, annál kisebb a kiégés. A nők kiégési szintje alacsonyabb, mint a férfiaké. A 3. számú hipotézisem nem igazolódott be.

A vörös jelölőszín az emocionális kimerülés és a deperszonalizáció esetén a magas, a narancs jelölőszín a közepes, a világoszöld jelölőszín az alacsony értéket mutatja, míg a személyes teljesítmény esetén a vörös jelölőszín az alacsony, a narancs jelölőszín a közepes, a világoszöld jelölőszín a magas értéket jelzi. A következő táblázatok mindegyikénél ezt a jelölési rendszert alkalmaztam.

9. sz. táblázat Az egyetemet (MA), vagy főiskolát végzett (BA) nők faktorértékeit mutatja az alábbi táblázat.

Emocionális kimerülés	Deperszonalizáció	Személyes tejlesítmény	MA- t , vagy BA- t végzett nők (fő)
8,64	-9,58	15,76	17

forrás: szerző műve

10. sz. táblázat Az egyes beosztások faktorértékei

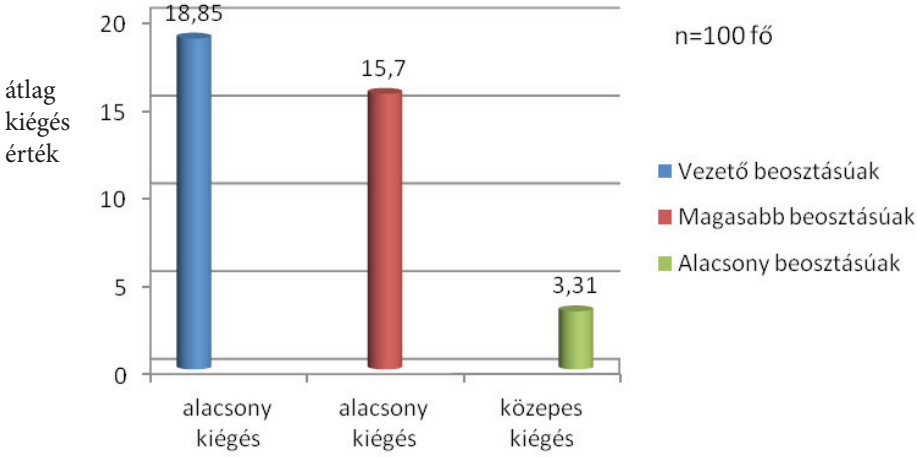
Emocionális kimerülés	Deperszonalizáció	Személyes tejlesítmény	Beosztás
12,5	-6,5	18	Osztályvezető/ Őrsparancsnok
7,4	-8,1	14,4	Alosztályvezető/ Alosztályvezető-helyettes
8,3	-9,9	17,3	Főnyomozó/ Kiemelt főnyomozó/ Fővizsgáló/ Kiemelt fővizsgáló
4,3	-11,5	10,95	Nyomozó/ Vizsgáló
2,1	-15,2	12,8	Körzeti megbízott/ Helyszínelő
6,1	-12	14	Járőr/ Járőrvezető
3,5	-12	12	Előadó
2,3	-10,6	9,8	Közalkalmazott

forrás: szerző műve

A fenti táblázatból általánosságban megállapítható, hogy a vezető és a magasabb beosztású kollégák emocionális kimerülése és deperszonalizációja kisebb, személyes teljesítménye magasabb, mint az alacsony beosztású kollégáké. Mindenképp kiemelendő, hogy egyik faktor sem magas, illetve személyes teljesítmény esetén alacsony értékű.

Mindhárom faktor osztályainak határszámainál átfedést alkalmaztam és amennyiben határszám kalkulálódott a faktorértékek vizsgálatánál, akkor mindig a kedvezőbb osztályba történt a besorolás. Ilyen határszámok kalkulálódtak a nők deperszonalizációja, a járőrök emocionális kimerülése, a közalkalmazottak deperszonalizációja és az alosztályvezetők és a járőrők személyes teljesítménye esetén. Az előbb felsoroltak közül egyedül a nők deperszonalizációja esetén döntött a magas és közepes osztály közül a közepes osztály javára az alkalmazott kedvezőbb osztályba sorolás.

11. sz. grafikon A vezető, a magasabb és az alacsony beosztásúak kiégési szintje



forrás: szerző műve

Az alacsonyabb beosztású kollégák kiégési szintje magasabb, mint a vezető beosztású kollégáké. A 2. sz. hipotézisem beigazolódott. Vezető beosztású válaszadók azok, akik beosztásuknak az Osztályvezetőt / Őrsparancsnokot, illetve az Alosztályvezetőt / Alosztályvezető- helyettest jelölték. Magasabb beosztásnak kell tekinteni a Főnyomozó / Kiemelt Főnyomozó / Fővizsgáló / Kiemelt Fővizsgáló beosztások. Alacsony beosztásnak tekintendő a Nyomozó / Vizsgáló, a Körzeti megbízott / Helyszínelő, a Járőr/ Járőrvezető, az Előadó és a Közalkalmazott beosztás.

11 sz. táblázat A korcsoportok faktor étékeinek összehasonlító táblázata

Emocionális kimerülés	Deperszonalizáció	Személyes tejlesítmény	Korcsoport (év)
9,69	-9,02	17,15	<30
3,24	-12,94	12,31	30-39
7,1	-11,2	12,66	40-49
11,33	-3	19,66	50-59

forrás: szerző műve

Kiemelendő adatok a 30-39 év közötti korcsoport emocionális kimerülése, illetve az 50-59 év közötti korcsoport deperszonalizációja. Ezek a többi korcsoporthoz képest többszörösen magasabb értékek, az emocionális kimerülés esetén negatív, a deperszonalizáció esetén pedig pozitív értelemben.

Osztályváltást eredményező eltérések tapasztalhatók az egyes korcsoporton belüli férfiak és nők faktor értékei között is. A legjelentősebb eltérés a 40-49 év közötti korosztályon belül a férfiak és nők emocionális kimerülésénél tapasztalható, ahol a nők emocionális kimerülése 7,72- el marad el a férfiak eredményétől. (lásd 12. sz. táblázat)

12. sz. táblázat Az egyes korcsoportok és a nők és férfiak faktor értékei

Emocionális kimerülés		Deperszonalizáció		Személyes tejlesítmény		
Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nem / Korcsoport
7,66	11,42	-10,83	-8,8	12,33	21,28	<30
4,5	2,73	-11,25	-13,63	13,45	11,85	30-39
2,5	10,22	-10	-12	9,66	14,66	40-49
11,33	-	-3	-	19,66	-	50-59

forrás: szerző műve

13. sz. táblázat A válaszadók pályán eltöltött idejének faktorértékei, kiegészítve az integrációval a rendőrséghez átkerült (volt határőr) kollégák faktorértékeivel.

Emocionális kimerülés	Deperszonalizáció	Személyes tejlesítmény	Pályán eltöltött idő (év)
6,5	-10,5	13,57	1-5
5,73	-10,84	13,42	4-5
4,47	-12,73	12,78	6-10
3,6	-12,42	13	11-15
4,76	-12,76	14,07	16-20
-3	-22	6	21

forrás: szerző műve

1 és 5 év között a válaszadók 35 százaléka, 6-10 éve 23 százaléka, 11-15 éve 28 százaléka, 16- 20 éve 13 százaléka és 21 éve a válaszadók 1 százaléka dolgozik a rendőrségen. A 4, illetve 5 éve a rendőrségnél dolgozók a válaszadók 19 százalékát teszik ki, ők 19-en az integrációval a rendőrséghez átkerült, volt határőr kollégák. A törzskorcsoportjukhoz (1- 5 év) képest osztályérték tekintetében mindössze az emocionális kimerülés esetén tapasztalható eltérés. A korcsoportok faktorértékeinek vizsgálatánál jól látható, hogy zömmel közepes értékek kalkulálódtak ki, az átlagostól (közepes érték) 3 esetben mutatható ki eltérés, köztük kiemelendő a 21 éve a pályán lévő kolléga mínusz 22-es faktorértékű, magas osztályú deperszonalizációja. Az MBI tesztek elemzésénél ebben az egy esetben kalkulálódott magas deperszonalizációs érték. A vizsgált állomány kiégési szintje nem magas, hanem jellemzően közepes, esetenként pedig alacsony értéket mutat.

Az 1. számú hipotézis alapján várt magas eredmény egyedül a 21 éve pályán lévő rendőr deperszonalizációja esetén jelentkezett. (lásd 13. számú táblázat). Negatív értelemben vett magas eredmény a teljes kutatás során szintén csak ebben az egy esetben keletkezett.

14. sz. táblázat A válaszadók pályaelhagyás gondolatára adott válaszai és az egyes válaszcsoportok faktorértékei

Emocionális kimerülés	Deperszonalizáció	Személyes tejlesítmény	Pályaelhagyás gondolata
5,92	-11,15	14,76	igen, régebben
8,63	-9,31	14,89	soha
6,83	-11,16	14,78	néha/ alkalmanként
-0,1	-14,9	9,67	jelenleg is

forrás: szerző műve

Azon kollégák, akik soha sem foglalkoztak a pályaelhagyás gondolatával, az emocionális kimerülésük és a deperszonalizációjuk alacsony, személyes teljesítményük magas faktorértékű. Azok a kollégák, akik jelenleg is foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával közepes faktorértéket produkáltak. Személyes teljesítményük például 5,22 ponttal marad el a pályaelhagyás gondolatával soha sem foglalkozó kollégákétól. Még ennél is nagyobb a különbség e két válaszcsoport faktoreredménye között, ha az emocionális kimerülést vizsgáljuk, ahol a különbség 8,64 pont.

Az igen, régebben, a soha és a néha/ alkalmanként válaszokat adók csoportja a személyes teljesítmény faktorértékei esetén homogén csoportot alkot, a pontkülönbségek mindössze tizedes értékekben mérhetők. Egy tizedes eredménykülönbség tapasztalható az igen, régebben és a néha/ alkalmanként válaszokat adók deperszonalizációs faktorértékei között.

5. Egy rendőr önvallomása a kiégés (burn-out) jelenségéről

Panka 39 éves. 1998-ban kezdett dolgozni a határőrségnél, mint közalkalmazott. 1999-től hivatásos, tiszthelyettesi állományba kerül, mivel polgári, gazdasági felsőfokú szakképesítést szerzett. Ezt követően határrendész szervező posztgraduális képzésben vesz részt. A képzés sikeres elvégzését követően tiszti beosztásban, felelős munkakörben, gazdasági területen pénzügyi és számviteli vonalon folytatja a munkát, mint kiemelt főelőadó a parancsnok közvetlen alárendeltségében. 2004. szeptember 26-ig, gyakorlatilag az első gyermeke születése napjáig dolgozik ebben a beosztásban. További 1 gyermeknek ad életet. 2008-ban az integrációval kerül a rendőrséghez. (interjú lásd 1.sz. melléklet)

Az interjú felvételét követően az önvallomásban elhangzottakat a Hézser-féle kiégési folyamat lépcsőivel vetettem össze.

Az alábbiakban a Hézser-féle folyamatlépcsők felsorolása és az interjú kielemzése következik. Azon folyamatlépcsőket (vagy a folyamatlépcsők egyes részeit), melyek alanyomra ráillenek lila színnel jelöltem az alábbi felsorolásban.

1. A folyamat a bizonyítani akarástól a bizonyítási kényszer felé tart.
2. Fokozott erőfeszítés: a bizonyításkényszer növeli a feladatok mennyiségét.
3. A munka kerül az élet középpontjába, a személyes igények háttérbe szorulnak.
4. A személyes szféra elsorvadása, melyet túlteljesítéssel lepleznek.
5. A természetes értékrend felborulása, az ítélőképesség deformációja.
6. A fellépő problémák tagadása, a kapcsolatok és érdeklődés beszűkülése.
7. Visszahúzódás, a másokkal való eszme- és érzelemcsere megszűnése.
8. Viselkedésváltozás a külső véleményekkel és kapcsolatokkal szemben.
9. Deperszonalizáció: a belső világgal tartott kapcsolat megszűnése.
10. Belső üresség, szorongás, pszichoszomatikus tünetek.
11. A kétségbeesés és depresszió állandósul.
12. Teljes kiégettség: a pszichés veszélyeztetettség az életveszélyig fokozódik.

Az interjúm alanya nagyon szívesen kezdett bele a DADA oktatási rendszerrel kapcsolatos munkába. Örömmel tartotta az órákat. napjainkra azonban ennek a feladatnak a végzése kényszerűvé vált az oktatási rendszer túlzott monotóniája miatt. A DADA programmal kapcsolatban a feladatok mennyiségének növekedését jelezték előre. A munka nem került az élet középpontjába, azonban a személyes igények, ilyen mint szabadidő némiképp háttérbe szorult, tekintve, hogy a többletfeladatok miatt túlórázásra szorul alanyunk. A munkahelyi személyes szféra elsorvadása, a kapcsolatok beszűkülése, a visszahúzódás a kollégákkal szemben mind- mind megfigyelhetők. Csakúgy, mint a viselkedésváltozás a külső véleményekkel és kapcsolatokkal szemben, értve ezalatt például azt, hogy míg a határőrségnél voltak igazi barátai, addig a rendőrségnél nem köt mély és hosszú barátságokat. Valójában ezek a barátságok erősen felületes jellegűek. A deperszonalizáció, a belső üresség, a szorongás, a pszichoszomatikus tünetek, a kétségbeesés és depresszió, a teljes kiégettség nem jelenik meg alanyunk esetében.

6. Szupervízió, a Burnout megelőzésének, megoldásának lehetőségei

Mai modern társadalmunk egyik ismertetőjele az egyre inkább összetettebbé és az átlagember számára átláthatatlanná váló bürokrácia. Ehhez a bonyolult környezethez csak a nagyon kompetens egyének tudnak alkalmazkodni és céljaikat elérni. Meg kell tanulni bánni a terheltséggel, a személyi és strukturális

korlátokkal. Tudni kell a szervezet adta lehetőségeket kihasználni. A túlterhelés szinte elkerülhetetlen, de egyáltalán nem lehetetlen a kezelése, ha az alkalmazott megismeri a szervezetet. Ez a kezdetben stresszes szituációkhoz vezethet. Azonban a pozitív munkahelyi körülmények a stresszt sikerrel ellensúlyozhatják. Minél dolgozó központúbb egy szervezet, annál kisebb a kiégés. A kiégéssel való megbírkózás módjai a következők lehetnek:

- egyéni megküzdési módszerek a munkahelyi stresszel szemben (a pszichológiai immunrendszer erősítése)
- továbbtanulás, új tapasztalatok, élmények szerzése
- siker és célorientáltság egyéni és szervezeti színtéren egyaránt. (Petróczi 2007)

Nagy szerepe van társas támogatásnak a saját énképünk megerősítésben. A társas támogatás kapcsolatrendszere az egyént pozitívan befolyásolja, a mindennapi munkában segíti és magában hordozza annak lehetőségét, hogy mindig van olyan hozzáértő kolléga, akitől lehet és tudunk is hathatós segítséget kérni. (Vajda 2002)

A terapeuták ritkábban találkoznak a klinikán azokkal, akik rendszeres testtudat gyakorlatokat hajtanak végre, mint akik nem. Úgy találta, hogy a kiégés és a testtudatra irányított figyelem mértéke szignifikáns változó. Azoknál, akiknél az orvosok a helyettes trauma kisebb előfordulási gyakoriságát jelezték, a testtudat volt a kulcs. Ezen kívül Rothschild, Shiffar, és Turner előzetes vizsgálata jelezte, hogy a kritikus testtudat a közvetítője a helyettes trauma és a kiégés kockázatainak. Minél ügyesebben tudjuk nyomon követni az ébredésszintünket, annál jobban képesek leszünk szabályozni az ébredésünket és ez közvetlenül kihat a saját fáradtságunkra, a helyettes traumára és a kiégésre. (Babette Rothschild 2006)

A vallásgyakorlás, társas támogatás, egyéni megküzdés, kisközösségek, barátság, becsületesség, lelki harmónia, család vagy sport semlegesítik a káros stresszortényezőket és azok hatásait és pozitívan befolyásolják az egészségmegőrzést, az egyensúly fenntartását. (Pikó – Keresztes 2007)A témával foglalkozó kutatások megállapították, hogy a rendőri hivatás a stresszesebb munkák közé tartozik. Ezen változtatni nem tudunk, mert tőlünk független, külső körülmények okozzák a magas stressz szintet, mint állandó velejáróját ennek a hivatásnak. Azonban a saját pszichológiai immunrendszerünket meg tudjuk erősíteni. A másik út a pályaelhagyás, vagy a lelki és később a testi megbetegedés. Saját tapasztalataim alapján ki merem jelenteni, hogy attól a pillanattól kezdve, hogy aktív, tudatos cselekvéssel, koncentrálással kezdtem a stresszt megfelelő módon kezelni, a szolgálatok könnyedebben és gyorsabban teltek el. Nagyobb teret hagytam a szabadidő aktív eltöltéséhez és regenerálódásra is, úgymint túrázás, aktív sporttevékenység vagy akár termálfürdő, masszázs látogatása. Továbbá nagyon fontosnak érzem azt is, hogy a társak egymás között és a vezetők a beosztottakkal megfelelő módon és elegendő időt szánjanak az időszakos szóbeli, személyes szakmai beszélgetésekre,

megbeszélésekre, mert ez egyrészt segít a felmerülő szakmai problémák időhatékonyabb megoldásában, másrészt a szakmain túl a munkahelyi baráti kapcsolatokat is erősíti és segít a felmerülő konfliktusok gyors megoldásában.

Szervezetünknél főállásban alkalmaznak pszichológusokat. A szakemberek kétévente a teljes hivatásos állományt úgynevezett időszakos pszichológiai szűrővizsgálatoknak vetik alá. A vizsgálatok több, mint 400 kérdésből álló írásbeli teszt kitöltéséből és szóbeli elbeszélgetésből állnak. Alkalmatlan minősítésű kolléga nem léphet szolgálatba. Krízis esetén az egyén kérheti, illetve parancsnok elrendelheti soron kívüli pszichológiai vizsgálatát is. Felszerelésemkor az időszakos vizsgálatot 4 évente végezték, azonban néhány éve sűrűbben, immár két évente szűrik a hivatásos állományt. A Soproni Rendőrkapitányságon nincs állandó pszichológus szakember alkalmazásban, az időszakos és a rendkívüli vizsgálatra Győrből, a megyei rendőr- főkapitányságról utaznak le a szakemberek.

A rendőrség - ahogy már fentebb is írtam – egy hierarchikus, alá-fölé rendeltségi elv szerint irányított szervezet. A szabályzók rendkívül merevek. Azonban az egyes vezetők a jól megválasztott vezetői stílusukkal sokat tompíthatnak az egyébként mindenképpen végrehajtandó utasítások, parancsok a végrehajtói állományon történő leképeződésén. Véleményem szerint a parancsnokok ilyen irányú pozitív tevékenysége jó hatással van a beosztott állomány közérzetére és általános, jó hangulatot tud teremteni. Fontos feladat hárul a vezetőkre olyankor, amikor kollégák közötti konfliktust kell gyorsan és hatékonyan kezelni, igazságosan lezárni.

A pályakezdő alkalmazottak két út közül választhatnak pályaválasztásuk során. Az egyik ilyen út az olyan szervezet – a rendőrség is ilyen – kiválasztása, amely a munkavállalónak a viszonylag jó anyagi biztonságot és az abszolút védett munkahelyet, garantált öregkori ellátást nyújtja. A másik út a versenyszféra, amely a gyors és sikeres anyagi karrier lehetőségét ajánlja az alkalmazottaknak, amely azonban magában hordozza a gyakori negatív változásokat is. A rendőrségnél elképzelhetetlen a versenyszférában igen is gyakori leépítés, munkahelyek megszűnése, üzemek, egységek bezárása, a dolgozók végkielégítéssel történő elküldése. Ez a biztonságérzet azonban valamelyest rákényszerítheti a kevésbé elhivatott munkavállalót, ezáltal a belső psziché által kevésbé védett dolgozót arra, hogy állományban maradjon, ez pedig szintén életuntsághoz, jövőkép nélküliséghez, depresszióhoz és kiégéshez vezethet. Nagyon fontos tehát az, hogy a munkába állást követően, lehetőleg a pályafutás legelején a rendőri hivatást vállaló felépítse saját karrierjének tervét és azt az évek során lehetőleg mindjobban meg is tudja valósítani. Ehhez a szakirányú továbbtanulás elengedhetetlenül fontos. A szakirányú továbbtanulás lehetősége kétféle. Az egyik lehetőség a rendőrtiszti főiskola elvégzése nappali vagy levelező tagozaton. A már a rendőrséghez felszerelt kollégák munka mellett levelező képzésben kétféleképpen végezhetik el a rendőrtiszti főiskolát. Az egyik, hogy az adott megyei rendőr- főkapitánysággal,

mint munkáltatóval tanulmányi szerződést kötnek. A tanulmányi szerződés előnye, hogy elegendő szabadidőt és egyéb szolgálatkönnyítéseket ad ahhoz, hogy a tanuló a vizsgákra megfelelően fel tudjon készülni, ugyanakkor eredménytelen vizsgák esetén a szerződés tanulóra nézve hátrányos passzusai lépnek életbe. Tanulmányi szerződés nélkül is elvégezhető az iskola, ekkor azonban a saját, rendes szabadidő, szabadság terhére történik a képzésben való részvétel. A másik lehetőség a polgári diplomával rendelkező kollégákat érinti, akik egy felsőfokú, szakirányú átképzőt végezhetnek el és a többi feltétel teljesülése esetén válhatnak vezetővé.

„A szupervízió a szakmai személyiség karbantartásának, fejlesztésének eszköze, az önreflexiót középpontba helyező, a konkrét szakmai tevékenységből kiinduló és ahhoz visszacsatoló tanulási folyamat." (Bagdy 2005, 21. o.)

A szupervízió rendőrségi területen történő alkalmazásának szükségessége meglátásom szerint megkérdőjelezhetetlen, tekintve, hogy a rendőri hivatás is a humán, segítő foglalkozások közé sorolandó. Fontosnak tartom – dolgozatomban már nem először - hangsúlyozni azt a tényt, hogy a rendőrségen a hierarchikus és a kollegális viszonyok egyaránt jelen vannak. Ebből kifolyólag pedig a szupervízió alkalmazása csak speciális keretek között valósulhat meg. Jelenleg a szupervízió a maga klasszikus értelmében a rendőri pályán nincs jelen. Fontosnak érzem a szupervízió majdani – reményeim szerint – mielőbbi rendőrségi alkalmazását, mivel erre nem csak az egyéni humán segítőnek, hanem a szervezetnek is szüksége van. Minél tanulékonyabb és rugalmasabb egy egyén vagy szervezet, annál könnyedebben tudja a mindennapi feladatokat megoldani, ehhez azonban rendkívül fontos a helyes önismeret, az önmagunkról tanulás. A szellem felüdülését szolgálhatja a szupervízió egy ilyen területen, mint a rendőri hivatás, ahol a kutatásom adatai szerint a teljes állományra vetítve a kiégési értékek közepes értékeket mutatnak. A lecsökkent társadalmi elismertség – mellyel szervezetünknek nap, mint nap meg kell küzdenie - ellensúlyozására, az elismertség növelésének közvetett, de kiváló eszköze lehet a szupervízió. Érdekes kérdés, hogy ki legyen szupervizor, munkáját, szakmai tevékenységét ki irányítsa. Megoldást jelenthet a pszichológiai vizsgálat gyakoribbá tétele, esetleg a pszichológusok havi rendszerességgel szupervizori tevékenységet is elláthatnálak.

7. Összefoglalás

Dolgozatom fő célkitűzése a burn-out rendőri pályán történő felmérése volt, mellyel kapcsolatban hazánkban még nem állnak rendelkezésre gazdag kutatási minták.

Dolgozatom első része a probléma meghatározását és a témaválasztás indoklását célozta meg a szerző személyes tapasztalatainak és a rendőri pályára speciálisan jellemző szervezeti struktúra és vezetési rendszernek a bemutatásán keresztül.

A kiégés szindróma bemutatása a szakirodalmi kitekintés keretei között valósult meg.

Kutatásomat a Soproni Rendőrkapitányság alkalmazottai között végeztem, melynek eszköze egy önkitöltős, anonim, papír alapú (papír-toll) kérdőív volt. A kérdőív két fő részből tevődött össze. Az első rész a családi körülményekre, a munkahelyen betöltött státuszra és a pályaelhagyással és bérezéssel kapcsolatos elégedettségre kérdez. A kérdőív második része a kiégés tünetegyüttesét mérte, ehhez a Maslach-féle Kiégés Kérdőív került felhasználásra. A kiégést mérő 22 kérdés három dimenzióra, az emocionális kimerülésre, a deperszonalizációra és a személyes teljesítmény csökkenésére irányult. A kérdésekre adható válaszok egy Likert-skálán mértem. A skála hét fokozata a 0 (Soha) és a 6 (Minden nap) szélső értékek között helyezkedett el.

Három hipotézis került megfogalmazásra, melyek feltételezték a vizsgált állomány magas kiégés szintjét (1. sz. hipotézis), az alacsonyabb beosztású rendőrök magasabb kiégési szintjét a vezető beosztásúakéhoz képest (2. sz. hipotézis) és a nők magasabb kiégési szintjét a férfiakhoz képest (3. sz. hipotézis). Az első hipotézis nem igazolódott be, a vizsgált állomány kiégés szintje közepes szintű volt. A második hipotézis teljes mértékben beigazolódott, a vezető beosztású rendőrök kiégési szintje alacsonyabb, mint az alacsonyabbaké. A harmadik hipotézis teljes mértékben megdőlt, a nők kiégési szintje a férfiakénál alacsonyabb.

A kutatás megállapította továbbá, hogy a kiégés a vezető beosztású rendőröket nem érinti. Ők azok, akik bérezésükkel elégedettek, mellékállást nem vállalnak, így több idejük jut a szabadidőben a relaxációra, az aktív- és passzív pihenésre. A pályaelhagyás nem foglalkoztatja a vezető beosztásúak csoportjának tagjait. Emocionális kimerülésük és deperszonalizációjuk kisebb, személyes teljesítményük magasabb, mint az alacsony beosztású kollégáké. A kiégés szempontjából a leginkább veszélyeztetettnek az abszolút alacsony beosztású közalkalmazottak és előadók számítanak. Meglepő és a magasabb beosztásúakhoz közelítő eredményt produkáltak a szintén alacsony beosztású járőrök, annak ellenére, hogy az egyik leginkább, fizikailag és mentálisan egyaránt megterhelő munkát végzik. A megkérdezett járőröknél tapasztalt magas (79%) korábbi vagy jelenlegi pályaelhagyási hajlandóság fő okaként a magas (70%) bérezéssel elégedetlenségük nevezhető meg. Előzetes várakozásommal ellentétes eredmények születtek a nők és férfiak kiégésének összehasonlítása során. A nőkre, akárcsak a férfiakra a közepes fokú kiégés jellemző és a férfiak valamelyest jobban ki vannak égve, mint a nők. A vártnál jobb eredményt hoztak a volt határőrök is.

Egy rendőr a kiégés jelenségéről szóló önvallomásának interjú formában történő rögzítésére is sor került. Az interjú kielemzése során az abban elhangzottak a Hézser-féle kiégési folyamat lépcsőkkel kerültek összevetésre.

A dolgozat befejező része rávilágít arra, hogy a munkahelyi stressz elkerülhetetlen ugyan, kezelése azonban látványos és hasznos eredményeket hozhat.

Feltárásra került a rendőri pályát támogató szupervízió hiánya illetve a szupervízió szükségessé. Megoldási javaslat született e hiány pótlására és iránymutatást történt a szupervizor személyi kérdésének megválaszolására.

Felhasznált irodalom

1. Babette Rothschild, Marjorie Rand (2006) Help for the Helper – Self-Care Strategies for Managing Burnout and Stress, W.W. Norton & Company New York, W.W. Norton & Company London)
2. Bagdy Emőke- Wiesner Erzsébet (1995) Szupervízió, Print-X-Budavár Kiadó
3. Freudenberger, H. J. (1974) Staff burn-out, Journal of Social Issues 30. 13. o., 159. o.
4. Hézser Gábor (1996) Miért? Rendszerelmélet és lelki gondozói gyakorlat. Pasztorál-pszichológiai tanulmányok, Budapest, Kálvin Kiadó
5. Petróczi Erzsébet (2007) Amit a hallgatónak tudni illik a: kiégésről SZEK, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged
6. Petróczi Erzsébet (2007) Kiégés elkerülhetetlen, Eötvös József Könyvkiadó, Budapest
7. Pikó Bettina- Keresztes Noémi (2007) Sport, lélek, egészség, Akadémiai Kiadó, Budapest
8. Tomcsányi Teodóra (2003) A mentálhigiéné jelenségvilága, In: Tomcsányi T. – Grezsa F. – Jelenits I. (szerk.): Tanakodó, A mentálhigiéné elmélete, a mentálhigiénés képzés, mentálhigiéné az emberek szolgálatában, Semmelweis Egyetem – Párbeszéd Alapítvány – Híd Alapítvány Budapest, 20. o.
9. Vajda Zsuzsanna (szerk.) (2002) Pszichológia és nevelés, Akadémia kiadó, Budapest
10. Fekete Sándor (1991) Segítő foglalkozások kockázatai– helfer szindróma és burnout jelenség, Psychiatria Hungarica, 1991. március, VI. évf. 1. sz. 17-29. o.
11. Ónody Sarolta (2001) Kiégési tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei, Új Pedagógiai szemle, 2001/6.
12. http://valasinfo.hu/valas/valasok-szama-magyarorszagon-egy-kis-valas-statisztika? replytocom=1628#respond (megtekintve 2012.10.20)

Nyugat-magyarországi Egyetem
Benedek Elek Pedagógiai Kar

Dr. Závoti Józsefné Ph.D
egyetemi docens

DILEMMÁK A HOSPICE ELLÁTÁSBAN
- ELHÁRÍTOTT KÉZFOGÁS?-

A dolgozat a TALENTUM – Hallgatói tehetséggondozás feltételrendszerének fejlesztése a Nyugat magyarországi Egyetemen c. TÁMOP – 4.2.2. B – 10/1 – 2010 – 0018 számú projekt keretében, az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

Sopron, 2012 **Tóth Tímea**

BEVEZETŐ

Témaválasztásom elsődleges indoka személyes involváltságom. Egy gyermekkoromban történt családi tragédia kellő indokot szolgáltatott számomra ahhoz, hogy érdeklődésemet a halál pszichológiai vonatkozásainak vizsgálata felé fordítsam. Szociális szakember jelöltként továbbá kiemelt fontosságúnak tartom a témában folytatott társadalmi párbeszédet, szorgalmazván annak lehetőségét, hogy a halál ne legyen többé az egyik legsúlyosabb tabu, melyet még mindig igyekszünk mindnyájan elkerülni, és lehetőleg nem beszélni róla. Ez a hozzáállás ugyanis egyéni és társadalmi szinten is nagy gondokat jelent.

A korszellem azt sugallja, ami elromlott: többé használhatatlan. A hárítás – a korszellemből is adódóan – társadalmi szinten és az egyén szintjén is egyaránt megfigyelhető. Ki ne ismerné az elgondolást, hogy *„velem ez nem történhet meg”*, egy súlyos betegség vagy tragikus esemény bekövetkezésének lehetősége mindig *„mások problémája”*. Sajnos gyakori eset, hogy az arctalan tömeg, vagyis a mások problémája, melyről itt-ott hallunk, pillanatok alatt a saját problémánkká lesz, például egy súlyos daganatos betegség formájában. A súlyos betegséggel való szembesülés beletaszítja a beteget a használhatatlanság skatulyájába, miközben retteg a jövőtől, gyakran nincs elég információja sem a betegsége természetéről, sem a kezelés lehetőségeiről, sem a kilátásairól, s a bajt tetézendő, a családtagok és az őt körülvevő más személyek gyakori elhárító mechanizmusai sem kedveznek a megfelelő kommunikációnak. Így végül hamar egyedül maradhat, és könnyedén eljuthat abba a krízishelyzetbe, amelyben problémái nemcsak egészségügyi természetűek lesznek.

Hazánkban a KSH adatai szerint [1] közel évi 33.000 ember hal meg rosszindulatú daganatos megbetegedés következtében. A hospice mozgalom fő célkitűzése, hogy ezeknek a betegeknek (illetve hozzátartozóiknak) nyújtson szakszerű segítséget a holisztikus gondolkodás alapelvei mentén. Az ellátásról azonban még mindig nagyon kevés az információ a köztudatban, s ezek nagyon gyakran tévesek is. Szakmai gyakorlataim, kórházi önkéntes munkám és kutatásaim során elképesztő dolgokra lettem figyelmes: gyakran pont azoknál a (szak)embereknél figyelhetők meg olykor szélsőséges mértékben a hárítási mechanizmusok, akiknek a legnagyobb szerepük lenne abban, hogy a hospice ellátásba irányítsák mindazokat, akiknek arra nagy szükségük van. Mondhatjuk persze: ők is csak emberek, a maguk félelmeivel. Én azonban úgy gondolom, hogy az egészségügyben, illetve a szociális területeken dolgozóktól egyaránt

1 http://www.ksh.gov.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html
Letöltés: 2012. március 7.

joggal lenne elvárható, hogy a rászorulók igényeit felismerve, kompetenciahatáraik betartása mellett, saját félelmeiket megfelelő módon kezelve és keretek között tartva javasolják a betegek és hozzátartozóik számára a legmegfelelőbb ellátási formákat. Ezen a téren a jövőben sok a megoldandó feladat, mely az egészségügyi és a szociális területtel foglalkozókat éppúgy érinti, mint az egyes egyéneket össztársadalmi szinten. Az oktatásban még mindig nincs jelen megfelelő mennyiségben a hospice, így a szociálpedagógus hallgatók is vajmi keveset hallanak róla a képzésük során. Ez a tény azért baj, mert szerepük úgy a haláltabu oldásában, mint szükséges esetekben az információszolgáltatásban és a társadalmi tudatformálásban rendkívüli jelentőségű lehetne.

Fenti problémából kiindulva választottam primer kutatásom központi témájául a hospice ellátáshoz kapcsolódó, a köztudatban gyakorta felmerülő dilemmák tárgyalását végzős szociálpedagógus hallgatók körében. A kutatásom kiindulópontját Hegedűs Katalin: Tévhitek és valóság – a hospice-ról[2] című tanulmánya adta. Kérdőíves felmérések segítségével vizsgáltam, hogy azok a szolgáltatást övező téves hiedelmek, melyek a köztudatban gyakran előfordulnak, milyen mértékben vannak jelen a jövő szociálpedagógus szakemberei között, azok milyen összefüggésben állnak korábbi tapasztalataikkal, valamint a halál kérdéséről alkotott személyes nézeteikkel. Vizsgálni kívántam továbbá, hogy milyen mértékben van jelen a téma elhárítása körükben. A dolgozatom három célzott interjút is tartalmaz, melyet a hospice ellátás különböző területein, régóta dolgozó szakemberekkel készítettem el. Kíváncsi voltam, hogy ezzel összefüggésben ők – elismert, gyakorló szakemberekként - hogyan vélekednek ezekről a kérdésekről, milyen fő problémákat látnak, és miben látják azok megoldási lehetőségeit.

A kutatással azt a célt kívánom elérni, hogy felhívjam a figyelmet rá: a téma kiemelt fontosságúvá válik előbb-utóbb mindannyiunk számára vagy azért, mert mi magunk válhatunk érintetté vagy azért, mert a környezetünkben fordulhat elő súlyos betegség és/vagy haláleset. Véleményem szerint az olyan, mindannyiunk számára nehéz témák, mint a betegség, a szenvedés, a halál és a gyász témakörének társadalmi megítélése megszelídíthető; többek között az oktatásban rejlő potenciál kellő kihasználásának segítségével.

2 Hegedűs Katalin (2011): Tévhitek és valóság – a hospice-ról, In: Lege Artis Medicinae, 21 (11): 744-748.p. {online} Letöltés: 2012. február 19.
http://www.elitmed.hu/upload/pdf/tevhitek_es_valosag_a_hospice_rol-8774.pdf

I. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

1.1. A halál kérdésének megítélése a társadalomban

1.1.1. A haláltabu jelensége és lehetséges magyarázatai

A halál kérdésének megítélése mindig is élénken foglalkoztatta az emberiséget. A témával való nyílt foglalkozás mellett annak hárítása is régóta létező jelenség, azonban napjainkra talán az egyik legszignifikánsabban megjelenő társadalmi sajátossággá vált, mely mindannyiunk életében érezteti hatását. A magunk és a számunkra fontos emberek lehetséges elmúlásával megbirkózni valóban nem könnyű. A gondolat elviselésére az emberek a történelem során számtalan megoldást próbáltak találni. Ezek közös alapja a halál utáni élet képzete, mely kultúránként, vallásonként eltérő vonásokkal bírhatnak ugyan, de céljuk mégis egy: segít elviselhetővé tenni a felfoghatatlant. Nemcsak a túlvilági hitbe vetett reményünkkel kezelhetjük ezt a kérdést. Nagyon gyakori, hogy a negatív gondolatokat, amelyek nem kívánatosak a számunkra, azokat elhárítjuk, illetve elfojtjuk. Természetesen, a halál kérdését kezelhetjük úgy is, mint az emberi élet természetes, velejáró részét, életünket és kapcsolatainkat is ennek fényében próbálhatjuk alakítani, tekintetbe véve azt is, hogyha eljön az időnk, akkor annak átvészelését a környezetünk számára is és magunk számára is minél inkább megkönnyítsük. Sajnos, ez ma vajmi keveseknek sikerül (Elias, 2000). Ahogyan Elias mondja:

„A halál társadalmi problémáját azért különösen nehéz legyőzni, mert az élőknek nehezükre esik azonosulni a haldoklókkal."[3]

Míg a középkorban, a jóval alacsonyabb átlagéletkor, az orvostudomány fejletlensége, a fájdalomcsillapítási lehetőségek kezdetlegessége, a gyakori háborúk, járványok és erőszak következtében a szenvedés és a halál mindennapos, meglehetősen közeli és baljós fenyegetést jelentettek, addig a fejlett társadalmakban a betegségek kezelésének korábban soha nem látott lehetőségei adottak. Az orvostudomány folyamatosan fejlődik, jelentős mértékben megnőtt a várható élettartam és összességében az is elmondható, hogy az életveszélyt okozó fenyegetések általánosságban kiszámíthatóbbá váltak a régmúlt korokhoz képest. Jelen korunkban a probléma más irányból gyökerezik: a halál eljövetelének viszonylagosan távoli mivolta magával vonhatja a spiritualitás iránti igény csökkenését. A különböző hagyományok és rítusok egyre inkább kiszorulnak az emberek életéből. Ezek a hagyományok ráadásul a mai kor embere számára gyakran már nem hordozzák azt az üzenetet, amelyet régen jelentettek. Ha puszta formaságnak tartjuk, és elcsépeltnek érezzük őket, a funkciójukat sem tölthetik be megfelelően. A családok

3 Elias, Norbert (2000): A haldoklók magányossága, Helikon Kiadó, p.9.

szerkezete átalakult. Korábban a nagycsaládokban, az olyan események, mint a halál vagy a születés közösségi és megszokott történések voltak, melynek egyformán részeseivé váltak gyerekek, fiatalok, felnőttek és időskorúak, addig manapság ez a legritkább esetekben elképzelhető. A társadalmi szintű hárítás is erőteljesen jelen van. Szinte mindannyian félünk kapcsolatba kerülni haldoklóval, hiszen igyekszünk kerülni mindazokat a helyzeteket, amelyek saját elmúlásunkra emlékeztetnek (Elias, 2000).

A súlyos betegségeket közelebbről megvizsgálva elmondható, hogy egyes fajtáji – mint amilyenek a daganatos megbetegedések is – stigmatizációs hatásúak. Az emberek képzeletében a daganatos beteg gyakran a gyötrő fájdalom által szenvedő, magáról gondoskodni nem képes, de mindenekelőtt rendkívül szánni való jelenségként jellemezhető, akit a környezet vagy feltűnő gondoskodással, erőteljes szánakozással vesz körül, vagy teljes mértékben kitaszít magából. A rák körül kialakult kollektív félelmek és annak erőteljes tabuizálása szoros összefüggésben áll a haláltól való félelem tényével (Muszbek (szerk.), 2006). Ráadásul a köztudatban mindez egyenlő a halálos ítélettel és meglehetősen sok misztérium veszi körül, ebből adódóan pedig nagy félelmeket kelt. Úgy gondolhatjuk, jobb titkolózni, könnyebb nem beszélni róla, hiszen a hosszadalmas szenvedésnek még a lehetősége is félelmetes: a mai kor embere számára az ideális halál gyors és fájdalommentes, legideálisabb pedig az az eset, amikor úgy esünk át rajta, hogy fel sem fogjuk azt (Sontag, 1983).

További nehézséget jelent ebben a problémakörben, hogy a rákbetegség körül kialakult és masszívan tartja magát annak fertőző jellegének elképzelése. (Kórházi önkéntes munkám során is bebizonyosodott ez, mikor az egyik beteg mély felháborodásának adott hangot azzal kapcsolatban, hogy a környezetében élők nagy többsége úgy gondolja, hogy a rákbetegség fertőző és észrevette, hogy ezért kerülik őt.) A daganatos beteg jelentős hátrányt szerezhet élete fontos területein: a munkahelyén, a párkapcsolatában, a családi és baráti kapcsolataiban. Ismerősei kerülni kezd(het)ik és hazud(hat)nak neki. A rák szó maga is szemléletesen érzékelteti, hogy mit is gondolunk erről a betegségről: valami olyat, amitől igen rossz érzésünk támad. Egy régi, Oxford szótárban megtalálható értelmezés fejezi ki ezt, véleményem szerint talán a leginkább szemléletes módon, miszerint:

> *„Anything that frest, corrodes, corrupts, or consumes slowly and secretly.*
> *(Mindaz, ami lassan és titokban rág, szétmar, rohaszt és felemészt.)”* [4]

A szóhasználatokra is érdemes kitérni, melyek a daganatos megbetegedések kapcsán a mindennapokban, általánosan elterjedtek. Nemcsak a betegség maga, de annak kezelési módjairól is úgy tudjuk, meglehetősen brutálisak.

Ahogyan Sontag írja, figyeljük csak meg ezeket a militarista kifejezéseket:

4 Sontag, Susan (1983): A betegség, mint metafora. Európa Könyvkiadó, Budapest, p.13.

*„A betegség a beteg teste ellen indított **támadás,** az egyetlen gyógymód az **ellentámadás**…a rákos sejtek nem egyszerűen sokasodnak, hanem **„megtámadják"** a testet…a rákos sejtek az eredeti daganatból kiindulva **„szétszóródnak"** a test távolabbi pontjaira is: először apró **„előőrsöket" („mikroáttételeket")** létesítenek…ritkán olyan erős a test védekező rendszere, hogy elpusztítsa a daganatot, amely már kiépítette saját vérellátását és amely **romboló** sejtek milliárdjaiból épül fel. Legyen a sebészi beavatkozás mégoly **„radikális", „pásztázza"** megannyi röntgensugár a test tájait… mindig fennáll a veszély, hogy a **sejtinvázió** folytatódik…"*[5]

Talán fel sem merül bennünk, hogy a szóhasználatnak is milyen negatív attitűdformáló hatása lehet (Sontag, 1983). Már az ókori Görögországban kialakultak a ma is használatos kifejezések, vagyis nem új keletű jelenségről van szó. Empirikus úton közelítettek a kérdéshez, s ilyen módon igyekeztek a szóhasználatban is elkülöníteni az átlagos duzzanatokat **(onkosz)** a rosszindulatú daganatoktól **(karkinosz, vagyis rák)**. A daganatra utalt továbbá az –oma utótag, így kialakítva a kifejezést: **karkinoma (vagyis rosszindulatú, daganatos szövetszaporulat)**. Jóval később került a köznyelvi használatba a **cancer** kifejezés, egyébiránt az **onkosz** szó is elfogadottá vált a tumorok jelölésére. A karkinoma okaként egyébként a régmúlt korokban a fekete epe (melan: fekete, khole: epe) pangását látták igazoltnak, s valójában ezeknek a betegeknek a melankolikus mivoltához nem férhetett kétség, hiszen élethelyzetük igencsak indokolttá tette lelkiállapotukat. Galénosz értelmezése szerint ez a kóros szövettömeg olyan, mint:

„a rák, amelynek lábai minden irányba kinyúlnak a testéből." [6]

Szemléletesen érzékelteti a fenti hasonlat is a betegség élősködő mivoltát, mely folyamatosan pusztítja szerencsétlenül járt áldozatát. A folyamatnak gyakran nincs kezdete, amelyet az érintett időben, magától felismerne, s mikor a ráeszmélés megtörténik: gyakran már túl késő (Nuland, 2002).

A félelmekből gyökerező, kialakult tabukat tovább vizsgálva: a mai korra olyannyira jellemző kórházi halál gyakori előzménye a sok esetben értelmetlen időhúzás, a halál időpontjának mesterséges eltolása, tekintet nélkül a beteg és a hozzátartozói akaratára. A másik, ami gondokat okozhat, az a kórházakban elszeparált haldokló betegek magára hagyása. Mindkét esetben a probléma az, hogy a betegek lelki értelemben véve egyedül maradnak, ezért nem is maga a halál pillanata, hanem az odáig elvezető út az, amely ezt a folyamatot igazán félelmetessé teszi (Polcz, 1998). A szülők is féltik a témától gyermekeiket, ezért inkább nem beszélnek róla. Ezek azok a jelenségek, melyek végül oda vezetnek, hogyha mégis olyan helyzetbe kerülünk, hogy súlyos beteggel, illetve haldoklóval kerülünk

5 Sontag, Susan (1983): A betegség, mint metafora. Európa Könyvkiadó, Budapest, p.77.

6 Nuland, Sherwin B. (2002): Hogyan halunk meg?, Akkord Kiadó, p.218.

kapcsolatba; nem tudunk mit kezdeni a helyzettel, és legszívesebben elmenekülnénk a szituáció elől. Ezt nyilvánvalóan a beteg is megérzi, s joggal alakulhat ki benne az a keserű érzés, hogy még az életében elhagyták. Társadalmi szinten tovább nehezíti a helyzetet, hogy a környezet sem nézi jó szemmel a túláradó érzelmi megnyilvánulásokat, a hosszadalmas gyászmunkát. Sírni is csak legfeljebb a nőknek szabad, bár nekik sem ajánlatos túl sokáig úgymond sajnáltatni magukat anélkül, hogy előbb vagy utóbb kínossá ne válna az ügy (Elias, 2000).

A téma kétségtelen, hogy nem könnyű. Miért fontos mégis, hogy nyíltan foglalkozzunk ezzel a kérdéssel, és ne hárítsuk el? Azért, mert mindnyájunkat, előbb-utóbb érinteni fog. Mert nem kerülhetjük ki, pusztán azért, mert próbálunk nem gondolni rá és nem beszélni róla. Mert az élet utolsó szakasza - beleértve a haldoklást és a halál pillanatát is – bár küzdelem és szomorú esemény, de lehetőség is egyben arra, hogy lényeglátókká váljunk. (Erőss; Veér, 2001).

1.2. A beteg és a hozzátartozók helyzete

1.2.1. A psziché reakciói, a haldoklás stádiumai

A halálhoz való viszonyulásunkat nagyban meghatározzák a kora gyermekkori tapasztalataink. Van, aki képes az emberi élet természetes részeként tekinteni rá és viszonylagos nyugalommal veszi tudomásul annak közeledését, míg mások erőteljes és nehezen kordában tartható félelmeket élnek át. A betegséggel és a közeledő halál gondolatával való megküzdést ezért a psziché egész sor elhárító mechanizmussal igyekszik elviselhetőbbé tenni (Elias, 2000). Ezek az elhárító mechanizmusok – mint azt Sigmund Freud és lánya, Anna Freud óta tudjuk – egész életünket végigkísérik, s funkciójuk abban áll, hogy megvédjék az egót mindazoktól a káros behatásoktól, amelyek elfogadhatatlanok a számára. Ezek a mechanizmus a következők lehetnek: elfojtás, tagadás, fantáziálás, projekció, racionalizálás, reakcióképzés, intellektualizálás, meg nem történté tevés, regresszió, identifikáció és szublimáció (Comer, 2005).

A krízisre adott reakciók ugyan egyénenként eltérőek lehetnek, de a válaszreakcióként tekinthető viselkedési mintázatokban mégis megfigyelhetőek alapvető törvényszerűségek. A betegséggel való szembesüléstől a bekövetkező halálig tartó időszakban a beteg (és a hozzátartozók is!) öt fő szakaszon mennek át. Ezek a szakaszok természetesen nem feltétlenül kőbe vésetten követik egymást.

Az első szakasz a betegséggel való szembesüléskor következik be; a legtöbben ilyenkor az **elutasítás** fázisát élik meg. Az érzést leginkább az ekkor megfogalmazódó gondolatokkal lehet jellemezni: pl. *„ez velem nem történhet meg”* vagy *„biztosan összecserélték a leleteket”* vagy *„még nem lehet kész az én eredményem”*, stb.

A következő reakció a **düh** érzése. A tehetetlen düh okozta indulatkitörésekkel, agresszív megnyilvánulásokkal, irigységgel járó folyamat, melyben a

leggyakoribb gondolatok, hogy *„miért pont velem történik ez?”* vagy *„mivel érdemeltem ezt ki?”* vagy *„XY sokkal öregebb/rosszabb/haszontalanabb, stb., mint én, neki kellene meghalnia”*, stb. Nagyon fontos a környezet részéről a felismerés, hogy a beteg ilyenkor valójában nem személyeskedni akar, ezért az ilyen jellegű vitákba belefolyni felesleges. A legtöbb, amit a környezet ilyenkor tehet az az, hogy biztosítja őt támogatásáról és arról, hogy minden helyzetben mellette áll.

Azok, akik ezen a fázison már túljutottak, a harmadik szakaszba lépve, **alkudozni** kezdenek. Tipikus az elképzelés, mely szerint, ha jól viselkedünk, azért jutalom jár, így ez a szakasz jelképezi az óhajok és ígéretek időszakát.

Hogyha a betegség már abba a szakaszba ér, amikor minden kísérlet a tagadására hiábavalónak bizonyul, a betegen úrrá lehet a teljes üresség érzése, a **depresszió**. Ezt előidézi és fokozza a számos bonyolult probléma megjelenése, amely azt az időszakot jellemezheti. Ha valakinek eltávolítják a méhét vagy a mellét, úgy érezheti, hogy megszűnt nőnek lenni. Ha valaki a betegsége miatt elveszítette a munkáját, az ezzel járó nyilvánvaló érzelmi veszteség mellett még anyagi problémákkal is szembe kell néznie. A családi kapcsolatokban bekövetkező változásokat bűntudat is kísérheti, mely szintén elősegítheti a depresszív tünetek megjelenését. Ebben a szakaszban a szociális segítők nagyon nagy szolgálatot tehetnek, hogy segítséget nyújtsanak a fenti problémák kezelésében (Kübler – Ross, 1988). Nem szabad figyelmen kívül hagyni ugyanis, hogy egy ilyen élethelyzetben a problémák mennyire szerteágazóak tudnak lenni. Holmes és Rahe összeállította az Életesemények Skáláját, melyen a lényeges események által kiváltott stressz hatását osztályozzák egy egytől százig terjedő skálán. Elgondolkodtató, hogy fent említett gondok már önmagukban is erős stressz forrást jelentenek, összeadódva pedig még inkább pusztító hatásúak (Atkinson&Hilgard et al., 2005).

A halál előtti utolsó pszichés szakasz – optimális esetben – a **belenyugvás**. Ekkor a beteg rendszerint már nagyon gyenge, sok pihenésre van szüksége, növekszik az alvásigénye. Érzelmeiben távolságtartóbbá válik, gyakran kevésbé igényel társaságot, zajt maga körül, keveset beszél, láthatóan távolodóban van ettől a világtól. Ha mégis igényli a társaságot, a legfontosabbak számára ilyenkor a legközelebbi hozzátartozói/barátai vagy segítői csendes jelenléte lehet (Kübler – Ross, 1988).

Fontos itt azt megemlíteni, hogy a fájdalom érzése is több komponensből tevődik össze: arra egyszerre hat az emocionális, a szociális, a financiális, a mentális és a spirituális állapot, ezek egésze adja a totális fájdalom erősségét, s ezek bármely összetevőjében elért pozitív változás egyúttal csökkenti is azt.

A **szomatikus, azaz a testi tüneteket** fokozza ugyanis a szorongás, mely depresszióhoz, végső soron alvászavarokhoz vezet, mely pedig egyenes út a kimerüléshez **(emocionális komponens)**. A családtól, várt látogatóktól való szeparálódás tovább fokozza a fájdalmat **(szociális komponens)**. Sajnos, a pénz itt is nagy szerepet játszik: az aggódás, a pénzügyi helyzet – ebben a helyzetben gyakran

szinte törvényszerű - romlása, megélhetési gondok, mind-mind fokozzák a fájdalomérzetet **(financiális komponens)**. A beazonosítatlan fájdalom is rossz hatással van a pszichére **(mentális komponens)**. Valamint meg kell említeni azt a tényt, hogy szinte mindenki, aki a halál kapujában van, áttekinti az életútját, s ez gyakran vezet spirituális útkereséséhez. Ez a spirituális útkeresés is gyakran negatívan befolyásolja a fájdalomérzetet **(spirituális komponens)**. (Például az olyan esetekben, amikor valaki nem talál a hitében megfelelő megnyugvást.) Ezek együttese adja tehát a **totális fájdalom** érzetét, így az egyes komponensekkel való törődés szükségessége szignifikáns (Pilling (szerk.), 2010).

Az a tény, hogy valaki hogyan tudja kezelni ezt a súlyos élethelyzetet, alapvetően a következő tényezőktől függ:

- a betegségre vonatkozó orvosi adatok,
- a beteg alapvető személyiségtípusa - coping kapacitása,
- a közelmúltjában bekövetkezett történések milyensége,
- illetve az őt körülvevő személyekkel való kapcsolata.

Gyakran jelenhet meg a betegséggel kapcsolatos szégyenérzet és/vagy bűntudat, melyet szorongás, depresszív állapot kísér, ami ráadásul a betegség ívének meghatározott pontjain – pl. metasztázis[7] megjelenésekor, kiújuláskor, tünetek súlyosbodásakor, stb. – fel is erősödhet. A daganatos betegekre jellemző az ún. Damoklész-szindróma, melynek során a beteg folyamatos fenyegetettséget és szorongást él át, illetve az állapotában bekövetkező pozitív változások is csak rövid időre nyugtatják meg.

A betegség tényével sokszor a hozzátartozók sem tudnak mit kezdeni: gyakorta zavarba jönnek, kellemetlen vagy a beteg számára bántó dolgokat mondanak merő jó szándékból, máskor kínos hallgatásba burkolóznak, miközben a valós igényeket nem ismerik fel. A családtagokra korábban nem megszokott feladatok hárulnak. Szerencsés esetben a családok ilyenkor összetartóbbakká válnak, de természetesen ennek ellenkezője is előfordulhat (Muszbek (szerk.), 2006).

Míg a sokszor hosszadalmas és testileg-lelkileg megterhelő rákbetegség végső következményeként bekövetkező halál a beteg számára adott esetben a szenvedései végét és a végső megnyugvást jelentheti, addig a hátramaradott hozzátartozók számára ekkor ez a szenvedés tovább folytatódik. A szeretett személy elvesztése után közvetlenül a hozzátartozók az akut gyász folyamatát élik meg. A krónikus gyász során a probléma a haláleset utáni hosszabb időtartamra terjed ki. Az, hogy a gyászra adott reakciók hosszabb távlatban miként változnak és alakulnak, egyénileg meghatározottak. A veszteségélményre adott gyászreakció tehát eshet a normál gyász megítélése alá, illetve hosszadalmas elhúzódáskor és a feldolgozásra való képtelenség esetén tartozhat a komplikált gyász fogalmába.

7 A rosszindulatú daganatos elváltozások meghatározó összetevője: a káros sejtek elszabadulnak a vér és a nyirokrendszer mentén, így képezve áttéteket (metasztázisokat) a szervezet távoli pontjain. Meta~görög elöljáró szó, jelentése: valamitől távol. ~sztázis: helyzet, elhelyezés.

Míg az előbbi normális reakció az élményre, addig utóbbi azért nagyon veszélyes, mert a gyászoló teljes életminőségét tartósan ellehetetlenítheti, akár olyan módon, hogy mindennapi rutinfeladatai ellátására is képtelenné válhat (Muszbek (szerk.), 2006).

1.3. De mi is az a hospice?

1.3.1. Alapelvek, tevékenység és szervezeti struktúrák

A hospice filozófiájának legfontosabb alapelvei, hogy a rászorulóknak a testi tünetek, a fájdalom hatékony csillapítása és a megfelelő ápolás mellett, a megfelelő lelki gondozás, spirituális igények kielégítése és az élet utolsó szakaszában is az emberi méltóság megőrzése biztosított legyen. Alapelv továbbá, hogy az életet mesterségesen rövidíteni, de ugyanakkor elnyújtani sem szabad, a halált az emberi élet integráns részének, természetes velejárójának kell tekinteni. Biztosítani kell a betegeknek, hogy életüket méltón fejezhessék be: problémáikról nyíltan beszélhessenek, legyen lehetőségük függőben lévő ügyeiket megoldani, végrendelkezni, adott esetekben nézeteltéréseket tisztázni, kapcsolataikon javítani, megbocsátani. Mindazok, akiknek ez megadatik, a legnagyobb valószínűséggel tudják elérni a halállal való megbékélés állapotát (Polcz, 1998). További cél, hogy biztosítani kell a segítségnyújtást és a megfelelő tanácsadást a családtagoknak is, mely a beteg halála utáni időszakra is kiterjed, segítve a gyászfeldolgozást.

Társadalmi szinten fontos az is, hogy minél több – a nemzetközi hospice standardnak megfelelően kialakított – szolgálat jöhessen létre, illetve, hogy a mozgalom minél elterjedtebbé, s megfelelő oktatási bázis talaján biztosítottá váljon, annak érdekében, hogy minél több rászoruló vehesse igénybe azt a jövőben (Hegedűs, 2000).

Az ellátás jogi háttere teljes mértékben kidolgozott úgy hazai, mint az EU szintjén (a legfontosabb jogi szabályozások listáját a mellékletben tételesen feltüntettem). Az érintettek a hospice-ok számos szervezeti formáját igénybe vehetik. Bent fekvő részlegnek tekintjük az **intézményi hospice-palliatív osztályt**, illetve a **hospice otthonokat**. A kórházi, illetve az attól függetlenül működő hospice otthonok igénybevételére abban az esetben lehet szükség, amikor a beteg ellátása otthonában nem megoldható és/vagy egyedül él, vagy a család átmeneti tehermentesítése vált szükségessé. Átmeneti gondozási forma alatt az **ambuláns ellátást** (fájdalomklinikát), a **mobil team-eket** (kórházak és ápoló-gondozó intézményekben működő konzultatív csoportot), a **gyászcsoportot** (hozzátartozókat segítő gyászfeldolgozó csoportot) és **nappali kórházat** (nappali ellátást nyújtó intézményeket) értjük. A hospice ellátás további fontos részét képezi a házi gondozás, mely során a beteg otthonában, szerettei körében töltheti el életének utolsó időszakát, szakértő segítséggel körülvéve (Hegedűs, 1999).

1.4. Problémák és etikai nehézségek a hospice-ban

1.4.1. A hospice szolgáltatást övező tévhitek a köztudatban

Bár a hospice hazánkban már húsz éve jelen van – elsősorban a tabukból fakadóan – még mindig nagyon sok a téves elgondolás róla. Ez azért probléma, mert ezek a tévhitek csorbítják a hospice hírnevét, általánosításhoz és előítéletekhez vezetnek, mely kezeletlenül hagyva odáig fajulhatnak, hogy esetleg az ellátási forma nem fogja tudni megfelelően betölteni a feladatát sem egészségügyi, sem társadalmi szinten. Nyilvánvalóan nem segít ebben a média által sugallt, halállal kapcsolatos torz kép állandó közvetítése sem (László, 2008).

A köztudatban felmerülő leggyakoribb tévhiteket Hegedűs Katalin vizsgálta 2011-es tanulmányában. Ő is rávilágított a szemléletformálás fontosságára, melynek sarkalatos pontja a tabuk és a belőlük táplálkozó tévhitek oldása. Kutatása során arra a következtetésre jutott, hogy a köztudatban gyakran felmerülő téves elképzelések a hospice-ról, hogy:

- *"a terminális stádium az élet utolsó néhány napja,*
- *a hospice egy ház, ahová beteszik a haldoklókat,*
- *nem kell mást tenni, csak fogni a haldokló kezét,*
- *a hospice-ellátásért fizetni kell,*
- *Magyarországon még nem létezik igazán,*
- *nincs mit tenni a haláltabu ellen."*[8]

Tanulmánya is bizonyítja, valamint dolgozatom teljes terjedelmében igyekszem magam is minél inkább rávilágítani arra, hogy ezek az elképzelések menynyire nincsenek így.

Hiszen a terminális stádium nem az utolsó néhány napja az életnek, hanem legtöbbször több hónapban (esetenként akár évben is) mérhető időszaka.

A hospice-oknak számos szervezeti formája segíti szigorú szakmai követelményrendszer szerint sokoldalúan a rászorulókat, tehát nem tekintendő elfekvőnek és nem is egy *"ház ahová beteszik a haldoklókat"*.

A haldoklók hospice szellemű ellátása speciális képzettségű szakmai team szoros együttműködését igénylő munka, tehát jóval több annál, mint hogy *"csak fogni kell a haldokló kezét"*.

A hospice ellátás ingyenes, TB által finanszírozott egészségügyi szolgáltatási forma, pontosan azon okból kifolyólag, hogy elérhetősége (legalábbis elvileg) minden társadalmi réteg számára biztosított kell, hogy legyen.

A hospice szolgáltatók számának fejlesztése fontos jövőbeni feladat, azonban az a feltételezés, hogy *"Magyarországon még nem létezik igazán"*: téves, hi-

8 Hegedűs Katalin (2011): Tévhitek és valóság – a hospice-ról, In: Lege Artis Medicinae, 21 (11): 744-748.p. {online} Letöltés: 2012. február 19.
http://www.elitmed.hu/upload/pdf/tevhitek_es_valosag_a_hospice_rol-8774.pdf

szen napjainkban 6-7000 terminális állapotú daganatos beteget lát el a közel 80 szolgáltató.

Végül, de nem utolsó sorban megjegyzendő, hogy a haláltabu elleni harc ugyan nehéz és fáradtságos munka, de nem lehetetlen feladat. Bizonyítja ezt az a tény, hogy a nehézségek ellenére is már sok elért eredmény született. Természetesen az eddig elért sikerek megtartása és újabbak elérése a jövő szakembereinek lényeges feladata (Hegedűs, 2011).

1.4.2. Etikai konfliktusok

A közelmúltban, hazánkban – ahogy Polcz Alaine is írja 1998-as tanulmányában – a bevett gyakorlat a rákbetegség diagnózisának közlésével kapcsolatban az volt, hogy az orvosra volt bízva, hogy mikor, hogyan, mit és mennyit mond el. Mivel ebben az időben az oktatásban a pszichológiai ismeretek sokáig nem kaptak megfelelő teret, ez leggyakrabban oda vezetett, hogy az orvos elkendőzte a diagnózist. Gyakori jelenség volt a malignus megbetegedésekre[9] alkalmazott különböző fedőnevek kitalálása és alkalmazása, melyeket azonban egy idő után a betegek is megtanultak. Ez a folyamat azt eredményezte, hogy nagyfokú gyanakvás, fokozott rákfóbia alakult ki az emberekben (Polcz, 1998).

Jelen pillanatban az orvosokat ugyan törvényi előírás kötelezi pácienseik megfelelő tájékoztatására, sajnos a diagnózis szándékos elkendőzésének, illetve elferdítésének jelensége a mai napig megfigyelhető. Ennek hátterében lehet félelemből adódó hárítás, tapintatosságra való törekvés, vagy akár a kellemetlen szituáció elkerülésének igénye is az orvos részéről. Természetesen, a közlés körülményeit minden esetben figyelembe kell venni, a szakmai irányelvek mindenkori betartása, illetve a jatrogén ártalmak[10] okozásának elkerülése mellett (Muszbek (szerk.), 2006; Polcz, 1998; Pilling (szerk.), 2008). Az orvosnak nagyon kell figyelnie ugyanakkor a metakommunikatív jelzésekre is, amit közvetít betege felé, pontosan azért, hogy ne fordulhassanak elő olyan esetek, mint amiről Simkó Csaba is ír:

„Egy idős, a cukorbetegség többszörös szövődményeit magán viselő beteg könnyeivel küszködve mesélte, hogy nagyvizit során a főorvos megállt az ágya végében, átfutotta az eléje tett leleteket, és szó nélkül legyintett. „Én már csak ennyit érek, hogy legyintsenek fölöttem?!" – panaszolta elkeseredetten."[11]

---

9 Rosszindulatú daganatos megbetegedés.

10 Orvosi tevékenység során okozott pszichés ártalom.

11 Simkó Csaba (2004): Súlyos beteg a családban, In: Kharón Thanatológiai Szemle, XIII. évfolyam 4. {online}
http://www.kharon.hu/docu/2004-4_simko-sulyos.pdf
Letöltés: 2012. június 4.

Védelmükben mondva, ennek hátterében az is áll, hogy rossz hírt közölni valóban óriási lelki teher, illetve a kapott reakcióktól való félelem erőteljesen jelen van. Éppen ezen okoknál fogva a psziché kialakítja a hírközlőben a különböző védekezési mechanizmusokat, ami lehet: elhalasztás, csomagolás, rávezetés vagy önigazolás. (Németh, 1999).

Még tovább fokozza ezt a problémát, ha az orvosok időhiánya és túlterheltsége következtében nem fordítanak elegendő figyelmet betegeik pszichés támogatására, ráadásul egyesek szerint az nem is tekinthető feladatuknak (Muszbek (szerk.), 2006). Ennek a problémakörnek egy másik összetevője az, hogy az orvosok úgy érezhetik, nem a sikertelenségre hivatottak. A sikeres orvos kihívásként tekint ugyanis a különböző betegségekre, s ha a tudása és rátermettsége révén sikerül felettük győznie, az a szakmai beteljesülés egyértelmű és nyilvánvaló jele. Ő gyógyítani szeretne, de mi történik akkor, ha ez már nem lehetséges? Nuland is osztja azt a nézetet, hogy a reményt sosem szabad elvenni, de a túlzott mértékű reménykeltés is rendkívül veszélyes, hiszen hamis illúziókat ad. (Nuland, 2002).

Ki kell térni a fogalmi meghatározások között jelen lévő zűrzavarra, hiszen ez számos etikai konfliktusnak a forrása. Abban az esetben például, hogyha a háziorvos és az onkológus orvos nem képes megfelelően definiálni a terminális állapotot, nem fogják tudni azt sem meghatározni, hogy mikor éri el betegük azt, azaz hogy a hospice rendszerébe mikor lesz irányítható. Így könnyen előfordulhat, hogy a beteg túl későn kerül be abba, ha egyáltalán bekerül…

További problémát jelent, hogy a hospice-okban dolgozóktól úgy követelnek meg magas szakmai elvárásokat, hogy közben az erkölcsi és anyagi megbecsültségük ezzel nem konvergál, tehát ha szeretnének megélni, másodállást kell vállalniuk, miközben főállásban ezt a nagyon nehéz és lelkileg igen megterhelő munkát végzik; magas a kiégés (burn out) veszélye. Ez rombolja a munkamorált, továbbá szakemberhiányhoz és magas fluktuációhoz vezet. Ugyanakkor a személyzet munkáját és az érintettek pszichés jólétét támogató önkéntesek egészségügyi rendszerbe való befogadása nehézkes.

Az onkológiai osztályok mellett kevés a hospice szolgáltatást nyújtó intézmény. Ez azért probléma, mert így nehezen alakul ki e két szervezet között szoros együttműködés, aminek szintén az érintettek látják a kárát. Ugyanakkor a szociális hálóval való kapcsolat sem kielégítő: a házi betegápolás és a családsegítés nem kellően megoldott, pedig erre – elvi szinten legalábbis – volna lehetőség.

A közismert problémák, mint amilyen a forráshiány, valamint a forrásteremtési képesség gyenge lábakon állása szintén előidézhet alacsonyabb hatékonyságot (László, 2008).

II. A HOSPICE MEGÍTÉLÉSE A PRIMER KUTATÁSBAN

2. 1. A kutatás célja

A kutatásom célja annak vizsgálata, hogy a hospice ellátást övező téves elképzelések milyen mértékben vannak jelen végzős szociálpedagógus hallgatók körében, illetve hogy válaszaikban milyen mértékben lelhető fel a hárítás. Kutatásomban szeretnék rámutatni annak fontosságára, hogy a hospice filozófiájának megjelenése nagyon fontos eleme kellene, hogy legyen a szociális professzióknak, így a szociálpedagógus szakmának is. Ugyan, ez a folyamat már elindult, hiszen a hospice-ban szociális munkások részt vesznek, de szociálpedagógus szakemberek nem, holott az - véleményem szerint legalábbis – nagyon fontos lenne. Szerencsére, a hospice megjelenése az oktatásban (igaz, főképp az egészségügyi képzésekben) egyre nagyobb teret kap, azonban a szociálpedagógus képzésnek nem igazán része, a téma iránt érdeklődő hallgatók is csak kis mértékben hallhatnak róla a képzés keretein belül. Pedig - amint arra dolgozatomban többször utalást teszek - véleményem szerint azért nagyon fontos, hogy a hospice megjelenjen a szociálpedagógusok körében is, mert lényeges szerepük lehet a közvélemény formálásában, a haláltabu oldásában és adott esetekben a klienseiknek való információszolgáltatásban.

2. 2. Hipotézisek

2. 2. 1. Hipotézis 1.

Feltételezésem szerint a megkérdezendő, végzős szociálpedagógus hallgatók szignifikáns csoportja nem rendelkezik kellő mennyiségű és helyes információval a hospice ellátásról, ezáltal egyértelműen megfigyelhetőek lesznek körükben is a téves elgondolások. Úgy gondolom, a válaszadók nagy többsége esetében tapasztalható lesz a téma hárítása.

2. 2. 2. Hipotézis 2.

Feltételezem továbbá, hogy azok a hallgatók, akik már kapcsolatba kerültek korábban a hospice filozófiával/ellátással, a halál kérdésével hatékonyabban tudnak megbirkózni, mint azok, akiknek egyáltalán nincs ilyen irányú tapasztalatuk. Elképzelésem szerint, az előbbi csoport tagjainak válaszaiból a téma kisebb mértékű elhárítása fog kitűnni.

2. 3. A kutatás mintája

A kérdőíves felmérésben a kutatás mintáját végzős szociálpedagógus hallgatók képezik. A felmérésben nyolc képző intézményben tanuló hallgatók (nappali és

levelező tagozat) vettek részt, összesen 127 fő. Esti munkarendben tanulók nem töltötték ki a kérdőívet.

Dolgozatom, a kérdőíves felmérés mellett tartalmaz célzott interjúkat is, melyeket a hospice ellátásban régóta dolgozó szakemberekkel készítettem el, név szerint Dr. Hegedűs Katalinnal, Balogh Gyöngyivel és Markó Máriával.

Dr. Hegedűs Katalin a téma elismert szakértője, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének munkatársa, egyetemi docens, számos könyv és tanulmány szerzője, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület vezetőségi tagja, a magyarországi hospice mozgalom meghatározó személyisége.

Balogh Gyöngyi, mentálhigiénikus szakember, a budapesti Korányi Kórház Hospice - Palliatív osztályának munkatársa.

Markó Mária szociális munkás, a budapesti Irgalmasrendi Kórház lelkigondozója, a Magyar Hospice Alapítvány önkéntes munkatársa.

2. 4. A kutatási módszerek és eszközök

A kérdőíves felmérés országos szintű, minden olyan magyarországi képző intézményt igyekeztem megkeresni, ahol szociálpedagógus képzés folyik. Ebben a www.felvi.hu oldalon informálódtam, majd felvettem az érintett intézmények HÖK vezetőivel a kapcsolatot, hogy segítségüket kérjem a kérdőívek hallgatókhoz való eljuttatásában.

Ez a módszer nagyrészt sikeresnek bizonyult, mindössze három intézmény esetében volt szükség további utánajárásra.

A kérdőív elektronikus alapú, webes felületen került kialakítása a www.kerdoivem.hu weboldal segítségével.[12] A link kiküldésre a NEPTUN rendszeren, illetve a hallgatók saját levelezőrendszerén keresztül került sor. A kérdőív kitöltése során, a képernyőn egyszerre egy kérdés volt látható. (A kérdőívet a 2. számú melléklet tartalmazza.)

Az interjúk elkészítéséhez időpont egyeztetéshez az érintett szakembereket e-mailen, illetve telefonon kerestem meg. Mind a hármójukkal Budapesten - Dr. Hegedűs Katalinnal a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen, Balogh Gyöngyivel a Korányi Kórház Hospice – Palliatív osztályán, Markó Máriával otthonában - találkoztam az interjúkészítés céljából. Az interjúkat diktafon segítségével rögzítettem, az érintettek beleegyezésével. Felvételük személyenként nagyságrendileg körülbelül egy órát vett igénybe.

12 Az elkészített kérdőív linkjére - www.kerdoivem.hu/kerdoiv/534284901/ - kattintva volt elérhető a felület.

2. 5. Kérdőíves vizsgálat

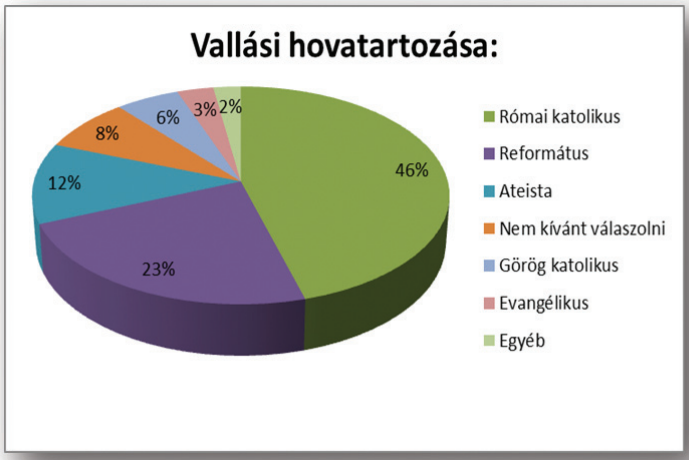
2.5.1. A kérdőíves vizsgálat eredményei

A kérdőíves vizsgálatot 2012. március. 17-én tettem közzé és 2012. június 6-án zártam le. A kérdőívet összesen 127 fő töltötte ki, ebből mindössze 1 fő válaszai bizonyultak értékelhetetlennek. 126 értékelhető kérdőív nemek szerinti megoszlásban ez 14 férfit és 112 nőt jelentett. A válaszadók életkorát tekintve a legfiatalabb kitöltő 19, a legidősebb 60 éves, az átlagéletkor 28,1 év volt. Foglalkozásukat tekintve megoszlásuk a következő:

- adminisztrációs/titkári területen 7 fő,
- állami adminisztrációban/igazgatásban 4 fő,
- bankban 1 fő,
- honvédelemben 1 fő,
- egészségügyi/szociális területen 30 fő,
- emberi erőforrások területén 2 fő,
- háztartásbeliként 4 fő,
- információs technológia/elektronika területén 1 fő,
- kereskedelemben 2 fő,
- oktatásban/tudományos területen 12 fő,
- pénzügyi vonalon 1 fő,
- szolgáltatásban 4 fő,
- turizmusban/vendéglátásban 2 fő,
- egyéb helyen 48 fő,
- munkanélküli 7 fő.

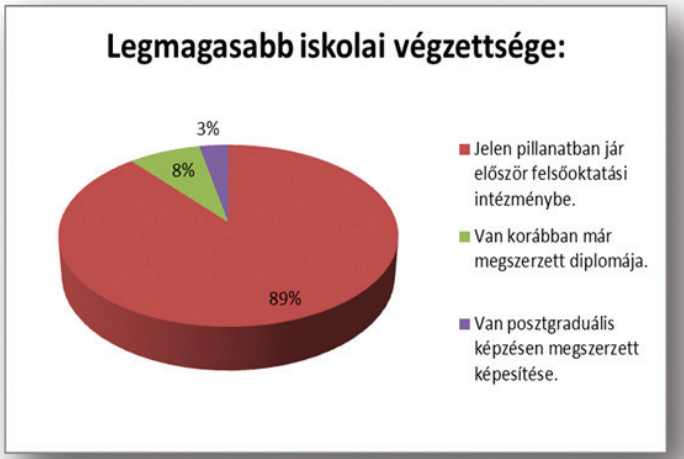
A területi megoszlásukat tekintve a legaktívabbak a Közép-magyarországi régió (Pest megye/főváros) válaszadói voltak, míg a legkevesebben Veszprém megyéből töltötték ki a kérdőívet. Családi állapotukat tekintve 28 fő egyedülállónak, 5 fő élettársi kapcsolatban élőnek, 3 fő elváltnak, 1 fő jegyességben élőnek, 24 fő házasnak, 40 fő hajadonnak, 18 fő párkapcsolatban élőnek, 7 fő nőtlennek vallotta magát. A válaszadók döntő hányadának, 95 főnek nincsen gyermeke, 8 főnek egy, 15 főnek kettő, 5 főnek három, 2 főnek négy gyermeke van. További egy fő jelenleg várandós.

A válaszadók legtöbbször vallási hovatartozásukként a római katolikus lehetőségét jelölték meg (57 fő). Őket követik a reformátusok (29 fő), az ateisták (15 fő), a görög katolikusok (7 fő), az evangélikusok (4 fő), majd az egyéb választ megjelölők (3 fő). Utóbbiak közül ketten pünkösdi karizmatikus kereszténynek, 1 fő pedig Krisna hívőnek vallotta magát. A vallási hovatartozást vizsgáló kérdésre 10 fő nem kívánt válaszolni. (Lásd: 2. számú diagram)



2. számú diagram

A kitöltők legnagyobb többsége (112 fő) jelen pillanatban jár először felsőoktatási intézménybe, korábban már megszerzett diplomája (10 fő), illetve posztgraduális képzésen megszerzett képesítése a válaszadók elenyésző hányadának van (4 fő). (Lásd: 3. számú diagram)



3. számú diagram

4. számú diagram

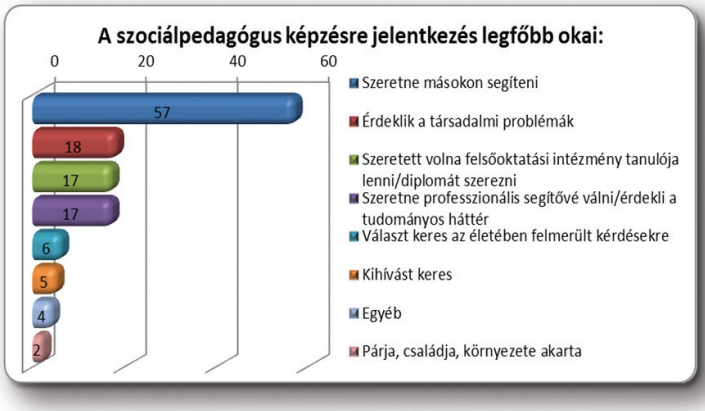
A kérdőíveket összesen nyolc képző intézmény, végzős szociálpedagógus hallgatóihoz juttattam el. A leginkább aktívak az egri Eszterházy Károly Főiskola tanulói voltak (összesen 33 fő). Őket a Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Felnőttképzési Karán tanulók (összesen 24 fő), a Nyugat-magyarországi Egyetem Benedek Elek Pedagógiai Karán tanulók (összesen 19 fő), a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Vitéz János Karán tanulók (összesen 15 fő), az Apor Vilmos Katolikus Főiskola hallgatói (összesen 12 fő) és a Nyíregyházi Főiskola Pedagógusképző Karának hallgatói követték (összesen 9 fő).

A legkevesebb válasz a Nyugat-magyarországi Egyetem Apáczai Csere János Karán és a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző karán tanulóktól érkezett (összesen 7-7 fő). (Lásd: 4. számú diagram).

5. számú diagram

A válaszadók képzési munkarendjét tekintve megfigyelhető, hogy nagyobb többségük nappali munkarend szerint (79 fő), kisebb hányaduk levelező munkarend szerint (47 fő) tanul. Esti munkarendű képzésről a kérdőívet senki sem töltötte ki. (Lásd: 5. számú diagram).

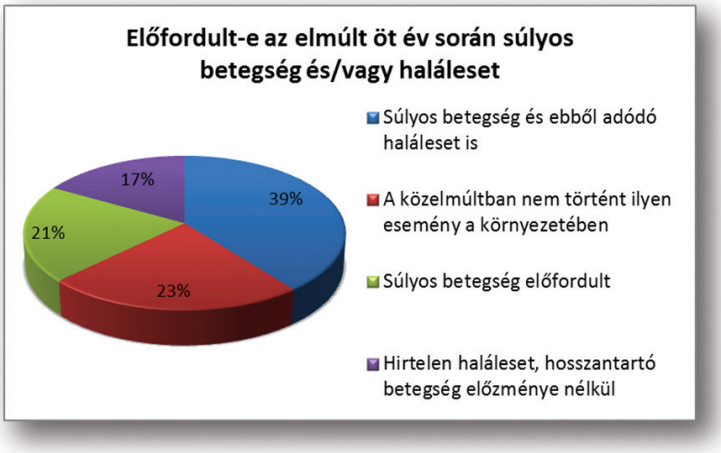
A képzésválasztásnál megjelölt elsődleges motivációkra is kíváncsi voltam. A legtöbb válasz a *„mert személyiségemből adódóan szeretnék másokon segíteni”* lehetőségre érkezett (57 fő). 18 fő számára legfontosabb hajtóerő, hogy *„érdekelnek a társadalmi problémák”*. 17-17 fő választotta a *„mert szerettem volna felsőoktatási intézmény tanulója lenni/diplomát szerezni”* és a *„mert szeretnék professzionális segítővé válni/érdekel a tudományos háttér”* lehetőségeket. 6 fő keres *„választ az életében felmerült kérdésekre”*, 5 fő *„kihívást keres”*, 2 főnek a *„párja, családja, környezete akarta”*. Az *„egyéb”* válaszlehetőséget 4 fő jelölte meg.



6. számú diagram

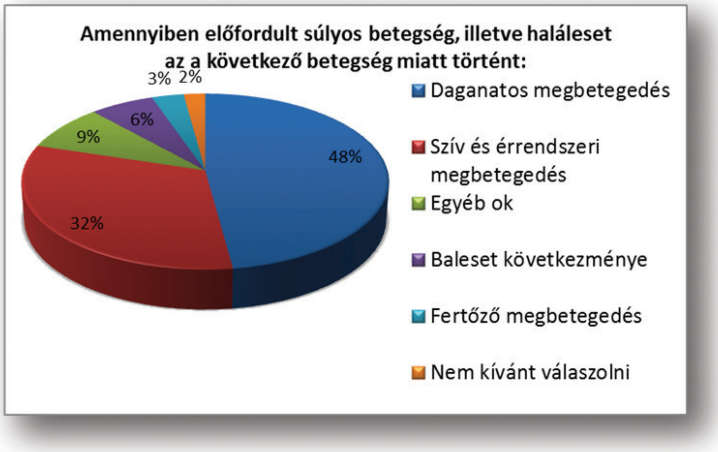
A válaszok megoszlásából kitűnik számomra, hogy a kitöltők döntő többsége valódi motivációval, illetve a segíteni akarás szándékával vágott neki a szociálpedagógus képzésnek. Elenyésző azoknak a száma, akik külső nyomásra és nem valamilyenfajta belső indíttatásból tanulják hivatásukat. (Lásd: 6. számú diagram).

A 7. számú diagramban látható kérdésem arra vonatkozott, hogy a válaszadók közvetlen környezetében előfordult-e az elmúlt öt év során súlyos betegség és/vagy haláleset. Itt több válasz megjelölésére is volt lehetőség. A kapott eredmények lesújtóak. 28 esetben súlyos betegség előfordult, 54 esetben súlyos betegség és ebből adódó haláleset is, további 23 esetben hirtelen haláleset, hosszantartó betegség előzménye nélkül. A 126 válaszadóból mindössze 32 fő nyilatkozott úgy, hogy a közelmúltban nem történt ilyen esemény a környezetében. Ez az eredmény a téma mindenkori időszerűségét jelzi egyértelműen a számomra.



7. számú diagram

Érdekelt továbbá az is, hogy azok a válaszadók, akik megjelöltek az előző kérdés során súlyos betegséget és/vagy halálesetet a közelmúltjukban, a környezetükben, azok vajon milyen okokból következtek be. Válaszadási lehetőségként itt is több alternatíva volt lehetséges. Érdekelt, hogy vajon a közismert statisztikai adatok prognózisa beigazolódik-e majd az én felmérésemben is. Itt visszautalnék a szakirodalmi áttekintésben hozott KSH alapú diagramra, hiszen az azt mondja ki, hogy ma, Magyarországon az egyik vezető halálok a rosszindulatú daganatos megbetegedés, és ez az én felmérésemben is beigazolódott (45 esetben).



8. számú diagram

Hogy további gyakori probléma a szív és érrendszeri megbetegedések. Ezt magam is így találtam az általam vizsgált mintán (30 esetben). Viszonylagosan sokan választották az *„egyéb okok miatt”* lehetőségét (28 esetben), azonban ezt sem szerettem volna bővebben firtatni előbbi oknál fogva. A fennmaradó lehetőségeket egyébként meglehetősen kevésszer választották (*baleset következménye* – 6 esetben, *fertőző megbetegedés* – 3 esetben, *nem kíván válaszolni* – 2 esetben). Úgy gondolom, a kapott eredmények önmagukért beszélnek; a probléma jelen van. (Lásd: 8. számú diagram).

A 9. számú diagramon látható kérdésemmel arra kerestem a választ, hogy a kitöltők hogyan viszonyulnak a halál kérdéséhez. Ez esetben is több válasz megadására volt lehetőség, ha valaki szerette volna árnyalni a véleményét. Nagyon meglepett az eredmény! A legtöbb válasz szerint ugyanis (56 esetben) a szóban forgó válaszadók el tudják fogadni a halált az élet természetes velejárójának és kevésbé is félnek tőle. A többi válaszlehetőségben már kisebb-nagyobb mértékben ott lapul a téma hárításának lehetősége:

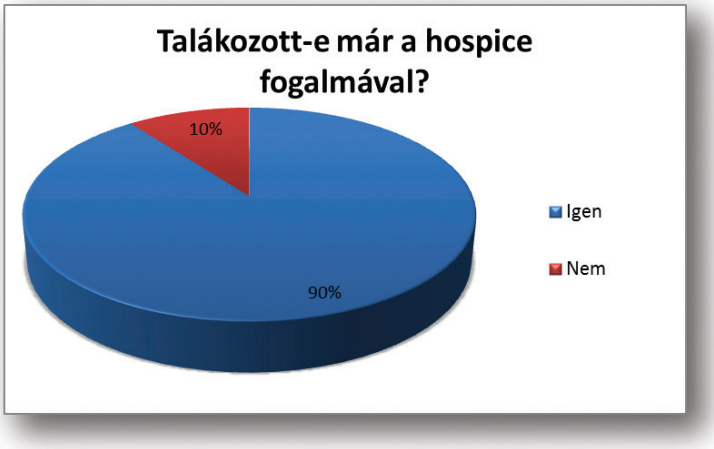
- *„csak bizonyos esetekben gondolok rá”* – 49 választás
- *„nem gondolkodtam ezen, távol van még”* – 10 választás
- *„nagyon félek tőle és nem igazán tudom kezelni”* – 15 választás

Az „egyéb” válaszlehetőséget 6 esetben választották, az indoklások különösen érdekesek, ezekből idézek:

- *„Gyakran gondolok az elmúlásra és nem szomorít el, inkább motivál! (Hogy hasznosabb és boldogabban éljek)”*
- *„Nem félem, várom. A halál, mint egy soron következő fejlődési szintlépcső nálam.”*
- *„Nem félek tőle egyáltalán, Istenbe vetett hitem nem ad erre okot.”*

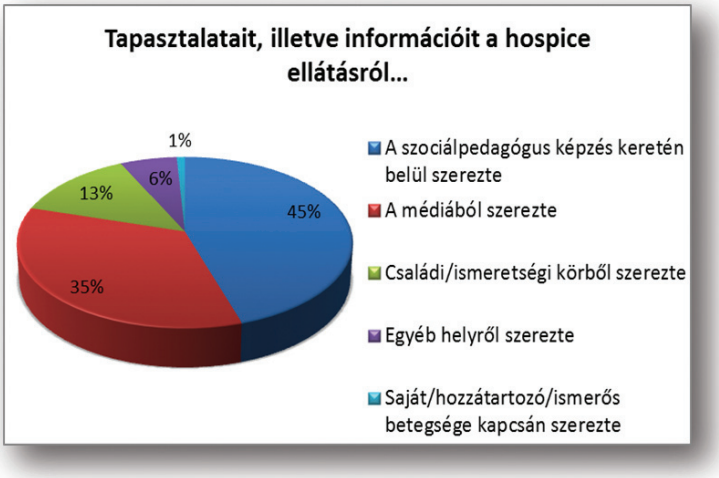
9. számú diagram

Soron következő kérdésem már a hospice-ra irányult. 113 fő találkozott már a hospice fogalommal, 13 fő nem. (Lásd: 10. számú diagram).

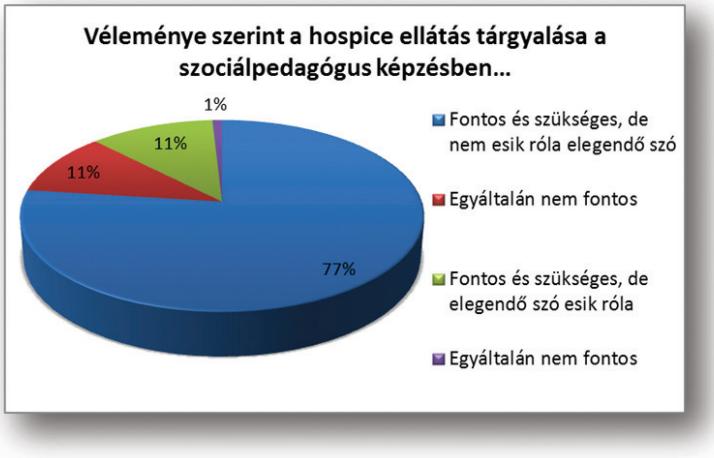


10. számú diagram

Rákérdeztem, hogy akinek már van tapasztalata a hospice-ról, azt hol szerezte. A legtöbb válaszadó (51 fő) a szociálpedagógus képzést jelölte meg, mint ismeretei forrását, ezt követően a médiából (39 fő), családi körből (15 fő), saját vagy ismerőse betegsége kapcsán (1 fő), illetve egyéb helyekről (munkájából kifolyólag, tanulmányok miatt, előadáson vett részt) szerezte azt. Ez az eredmény a következő kérdésre kapott válaszok fényében igazán érdekes. (Lásd: 11. számú diagram).



11. számú diagram



12. számú diagram

Hiszen a hallgatók nagy többsége bár a szociálpedagógus képzés során szerzett tudomást a hospice-ról, mégis úgy gondolja, hogy annak tárgyalása a képzésben *„fontos és szükséges, de nem esik róla elegendő szó”* (87 fő) szemben azzal a 12 fővel, aki szerint „egyáltalán nem fontos” és azzal a 13 fővel, aki szerint ugyan *„fontos és szükséges, de elegendő szó esik róla”*. Ebből az eredményből egyértelművé vált számomra, hogy a diákok részéről nagy igény lenne rá, hogy a szociális területen erőteljesebben megjelenjen a hospice. (Lásd: 12. számú diagram).

13. számú diagram

Következő kérdésem a halálhoz való viszonyulásra irányult, a hospice-szal való találkozás figyelembevételével. A válaszadók legnagyobb része (79 fő) úgy nyilatkozott, hogy a hospice-szal való találkozása nem változtatta meg a halálhoz való viszonyulásának attitűdjét. A válaszadók elenyésző hányada (3 fő) nyilatkozott úgy, hogy negatívan befolyásolta azt. Hozzáteszem, hogy itt bővebben nem vizsgáltam, hogy ez a negatív tapasztalat pontosan miből fakadt. Természetesen nem kizárt, hogy ezek a válaszadók valamilyen rossz élményt, tapasztalatot éltek meg a hospice ellátással kapcsolatosan, hiszen hibák mindenhol előfordulnak. Szeretném viszont ezzel párhuzamba állítani annak a 31 főnek a véleményét, akinek a halálhoz való viszonyulása a hospice-szal való találkozás miatt pozitív irányt vett. (Lásd: 13. számú diagram).

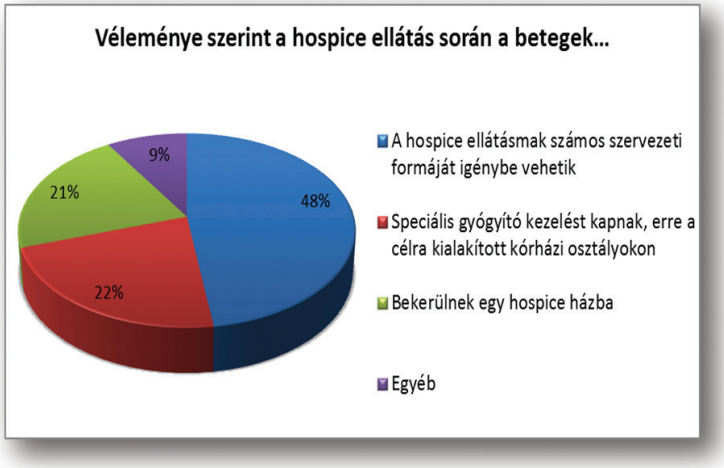
A soron következő kérdésem már a hallgatók körében jelen lévő tévhitekre fókuszált. A tévhitekre vonatkozó kérdések lehetséges válaszaiban minden esetben a zárt válaszokból volt kiválasztható a helyes alternatíva, azonban általában hagytam egy „egyéb" válaszlehetőséget is, abból a célból, hogyha a megkérdezetteknek valamilyen más, téves elképzelésük van az adott kérdésről, azt ide írják le.

Első, tévhitekre vonatkozó kérdésem a hospice tevékenységére irányult. A *„speciális gyógyító kezelést kapnak, erre a célra kialakított kórházi osztályokon"* lehetőséget beugratós válasznak szántam, hiszen nem gyógyító kezelés folyik, hanem tüneti. Várakozásomnak megfelelően elég sokan (25 fő) ezt választották. Szinte ugyanennyien (24 fő) gondolták úgy – ezzel is megerősítve Hegedűs Katalin tanulmányában foglaltakat, s újfent bebizonyítva, hogy ez a tévhit is mennyire jelen van -, hogy a betegek *„bekerülnek egy hospice házba"*. Természetesen, léteznek hospice házak, ahová be lehet kerülni, de ez az állítás, így önmagában, nem állja meg a helyét. A megkérdezettek közül további 10 fő választotta az *„egyéb"* lehetőséget és bár válaszaikban néhol érezhető bizonytalanság, hellyel-közzel helyesen fontos pontokat emeltek ki az ellátásból.

Szeretném felhívni azonban a figyelmet néhány igazán elgondolkodtató válaszra is:

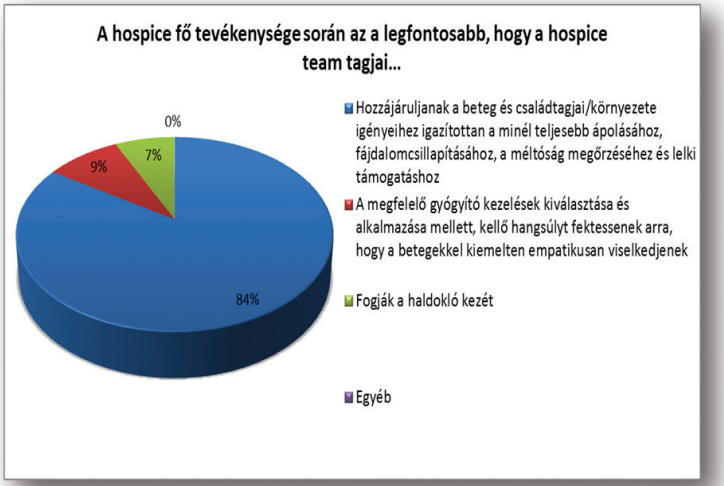
- *„Kórházi osztályokon látják el őket, de ahelyett, hogy békében meghalhatnának, tovább tartják őket életben a kezelések által."*
- *„Nem igazán tudom, hogy pontosan mit is takar a hospice ellátás."*

A helyes választ, tehát azt, hogy *„a hospice ellátásnak számos szervezeti formáját igénybe vehetik"* összesen 54 fő választotta. (Lásd: 14. számú diagram).



14. számú diagram

A 15. számú diagramon látható kérdésben kíváncsi voltam arra is, hogy a megkérdezettek a hospice fő tevékenységében mit tartanak a legfontosabbnak. Szerencsére, a válaszadók legnagyobb többsége (95 fő) a helyes lehetőséget jelölte meg válaszként. Ők azok, akik úgy gondolták, hogy a legfontosabb a hospice tevékenysége során, hogy *„hozzájáruljanak a beteg és családtagjai/környezet igényeihez igazítottan a minél teljesebb ápoláshoz, fájdalomcsillapításhoz, a méltóság megőrzéséhez és a lelki támogatáshoz”*. Ehhez képest elenyésző szám érkezett a többi válaszlehetőségre.



15. számú diagram

8 fő gondolta úgy, hogy a legfontosabb, hogy *„fogják a haldokló kezét”* és 10 fő szerint *„a megfelelő gyógyító kezelések kiválasztása és alkalmazása mellett kellő hangsúlyt fektessenek arra, hogy a betegekkel kiemelten empatikusan viselkedjenek.”* Az *„egyéb”* lehetőséget ez esetben senki sem jelölte meg.

Az ellátásért való térítés kérdésében meglehetősen vegyes a kép. 38 fő gondolta úgy – helyesen -, hogy az ellátásért *„nem kell fizetni”*. 49 fő szerint *„szociális helyzet alapján meghatározott díjat kell fizetni”*, míg 21 fő gondolja úgy, hogy *„havonta, jelképes összeget kell fizetni”*. A nyitott válaszlehetőséget 5 fő jelölte meg, s véleményként leggyakrabban megfogalmazva, hogy *„nem tudom, mennyit kell érte fizetni”*. (Lásd: 16. számú diagram).

16. számú diagram

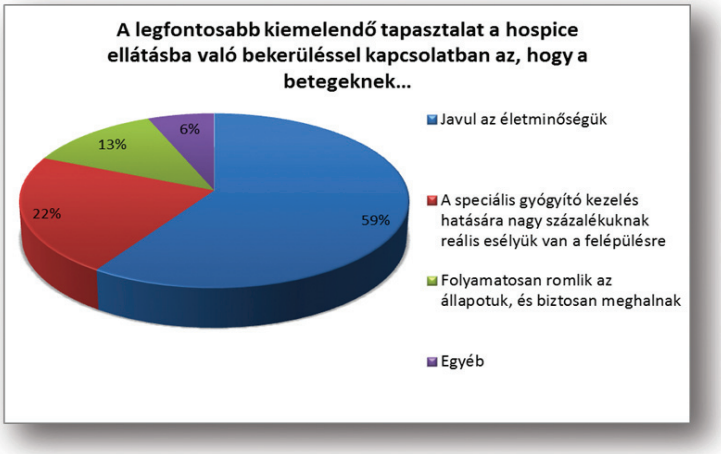
A válaszadók szignifikáns többsége (93 fő) helyesen ítélte meg, hogy a hospice *„jelen van”* hazánkban. Elenyésző számú kitöltő gondolta úgy, hogy *„jelen van, de én biztosan nem engedhetem meg magamnak”* (7 fő) és, hogy *„nincs jelen”*(7 fő). (Lásd: 17. számú diagram). A nyitott válaszlehetőséget megjelölők (6 fő) legfigyelemreméltóbb hozzászólásai az alábbiak voltak:

- *„Jelen van, de sokan félnek tőle, mert úgy gondolják, aki ebbe bekerül, az már biztosan nem gyógyul meg.”*
- *„Jelen van, de nem kellően ismert a lehetőség.”*
- *„Jelen van, de kevesen jutnak hozzá, mert kevés van belőle.”*
- *„Nem tudom, mennyire van jelen.”*

17. számú diagram

Vegyes képet mutat a legfontosabban kiemelendő tapasztalatra vonatkoztatott kérdés is. A válaszadók közül 67 fő gondolta úgy, hogy a betegeknek *„javul az életminőségük”*. 25 fő szerint *„a speciális gyógyító kezelés hatására nagy százalékuknak reális esélyük van a felépülésre”*. 14 fő szerint *„folyamatosan romlik az állapotuk és biztosan meghalnak”*. Az *„egyéb”* lehetőséget 7 fő választotta. (Lásd: 18. számú diagram). A legérdekesebb válaszokból:

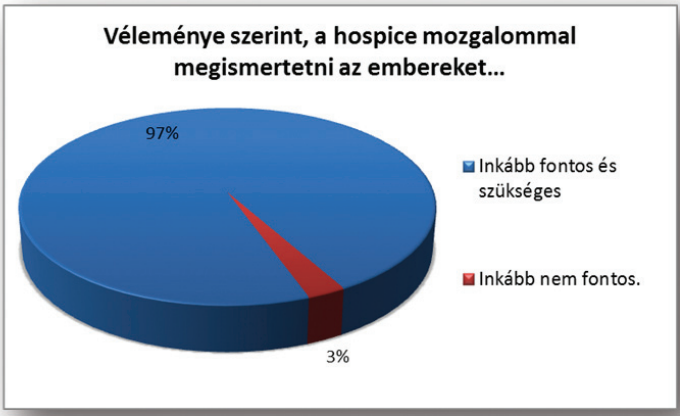
- *„Nincs befolyással az állapotukra.”*
- *„A megfelelő testi és lelki ápolás hatására a halál bekövetkezte is elfogadhatóbbá válhat.”*
- *„Emberek lehetnek egy gyógyító intézményben.”*



18. számú diagram

A kérdőívet ezen részét is kitöltő 113 főből 110 fő gondolta úgy, hogy a hospice mozgalommal megismertetni az embereket *„fontos és szükséges”*, szemben azzal a mindössze 3 fővel, akik szerint *„inkább nem fontos”*. (Lásd: 19. számú diagram). Válaszát összesen 34 fő indokolta meg, melyek közül a leginkább figyelemre méltóak az alábbiak voltak véleményem szerint:

- *„Nem szabad félniük tőle, hiszen ez nem halálos ítélet, innen a gyógyulás felé is vezethet az út.*
- *„Fontosnak tartom, hogy tudjanak róla az emberek, a családok, hogy reménytelen, nehéz helyzetükben (betegség, halál) nincsenek egyedül, hanem van egy szolgálat, akihez bizalommal fordulhatnak, segítségért, lelki támogatásért.”*
- *„Aki ezt akarja, az tud is ennek létezéséről.”*
- *„Mert sokszor nem tudják/tudjuk, hogy milyen ellátások léteznek, amelyek talán nekünk is segíthetnek. A hospice ellátás egy olyan terület amelyről, mint szociális területre készülő diák sem tudom pontosan meghatározni, hogy mit tesz az emberekért.”*

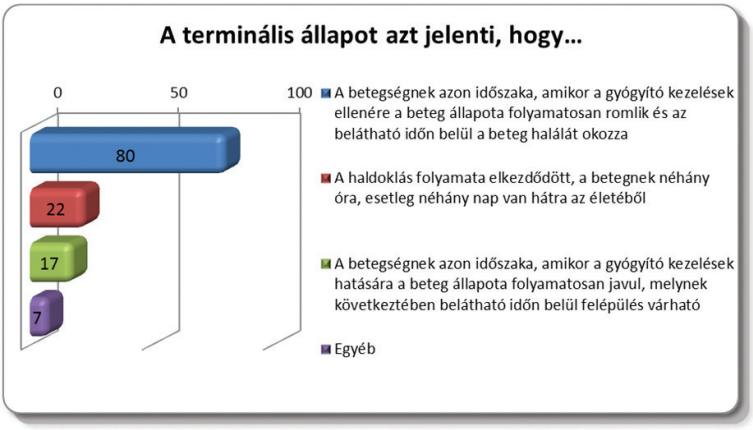


19. számú diagram

Rákérdeztem arra is, hogy a hospice-t ismerő hallgatók mennyire érzik fontosnak majdani munkavégzésük során annak megismertetését másokkal majdani munkavégzésük során. Szerencsére, a válaszolók elenyésző hányada (3 fő) gondolta úgy, hogy *„semmiképp sem az én munkaköröm része”*. Legtöbben (97 fő) úgy vélekedtek, hogy *„a szolgáltatásról rendelkezzem kellő információval, hogyha szükséges, a klienseimnek ajánlani tudjam”*, míg 13 fő szerint *„mindenkor a munkám fontos része kell, hogy legyen”*. (Lásd: 20. számú diagram).

20. számú diagram

Jelentős tévhitek alapját képezik a terminális állapotról való elgondolások, ezért úgy gondoltam ezt is megvizsgálom a felmérésem során, az eredmények megoszlását a 21. számú diagramban szemléltetem. Ezt a kérdés azoknak a válaszadóknak is feltettem, akik a hospice-szal korábban nem találkoztak. A válaszokból kitűnik, hogy a kitöltők legnagyobb többsége (80 fő) a helyes választ jelölte meg, mely szerint a terminális állapot *„a betegségnek azon időszaka, amikor a gyógyító kezelések ellenére a beteg állapota folyamatosan romlik és az belátható időn belül a beteg halálát okozza”*.



21. számú diagram

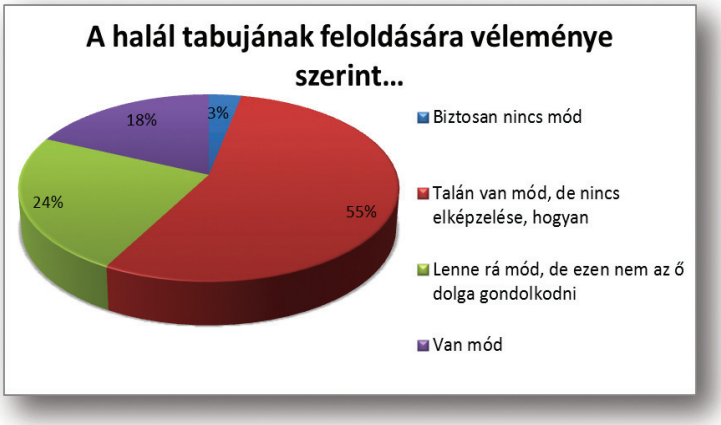
Ennek a lehetőségnek az ellentétpárját, ami helytelen válasz, 17 fő jelölte meg: *„A betegségnek azon időszaka, amikor a gyógyító kezelések hatására a*

beteg állapota folyamatosan javul, melynek következtében belátható időn belül felépülés várható.” 22 fő tévesztette össze a terminális szakaszt az agónia időszakával: *„A haldoklás folyamata elkezdődött, a betegnek néhány óra, esetleg néhány nap van hátra az életéből.”* A nyitott válaszlehetőséget 7 fő jelölte meg. Néhány hozzászólás:

- *„Elég ciki, de még nem hallottam ezt a szót.”*
- *„Nem tudom.”*

A haláltabu feloldásának lehetőségeire vonatkozó kérdésemre 4 fő szerint *„biztosan nincs mód”*, 69 fő gondolja úgy, hogy *„talán van mód, de nincs elképzelésem, hogyan”*, 30 fő szerint *„lenne rá mód, de ezen nem az én dolgom gondolkodni”*. 23 fő szerint van mód a feloldására. (Lásd: 22. számú diagram). Indoklásaikból válogattam:

- *„Bizonyos kultúrákban nem tekintik tabunak a halált. A társadalmi tudatformálással lehet a változtatást elérni, azonban ez több generáción átívelő feladatot jelent.”*
- *„A mentálhigiénés nevelés része kell, legyen.”*
- *„Beszélni kell róla már a gyerekekkel, iskolásokkal is, a koruknak megfelelő módon és nem elhárítani a témát, mintha nem is létezne, mert így egyre nagyobb félelmet kelt bennünk.”*
- *„A családban felvállaljuk az érzéseinket gyász esetén a gyermekek előtt is, a környezete (beleértve a munkahelyet is) hagyjon időt a gyászolónak, ne sürgesse azt.”*
- *„Pszichoterápia, pszichodráma - és, mint szocpedes, semmiféle képzést nem kapunk rá. „*



22. számú diagram

Érdekelt továbbá, hogy a válaszadók fontosnak tartják-e a halálról való értekezést. 108 fő gondolta úgy, hogy a halálról beszélni *„inkább fontos és szükséges”*, szemben azzal a 18 fővel, akik szerint *„inkább nem fontos”*. (Lásd: 23. számú diagram).

Válaszát 51 fő indokolta meg, íme néhány érdekes vélemény:

- *„A halálról kell beszélni, hiszen egyszer mindenkit elér. Szerintem kisgyermekkortól meg kell ismertetni mindenkivel a halál fogalmát. a kisgyermeket is el kell vinni a temetésre. Így ismeri meg a halált az ember, a gyászt beleértve.”*
- *„Nem lehet teljesen feloldani a halál tabuját, mert az ember nem tudja, mi következik az élet után. Sok kultúrában sokkal elfogadóbbak a halállal, természetes velejárójának tekintik az életnek. Nem szabad a gyerekek elől titkolni a hozzátartozójuk halálát.”*
- *„Mert az itt maradottak ennek terhe alatt sokszor összeomlanak, és életek mennek tönkre.”*
- *„Szerintem az ember addig élhet igazán gondtalanul, amíg nem gondolkodik a halálon.”*

23. számú diagram

Kitértem továbbá arra is, hogy a hallgatók szerint fontos-e, hogy ápoljuk a hagyományokat. 65 fő szerint *„fontos és szükséges”*, 43 fő szerint *„inkább szükséges”*, 16 fő szerint *„nem annyira fontos”*, míg végül 2 fő szerint *„egyáltalán nem fontos”*. (Lásd: 24. számú diagram).

24. számú diagram

A halál, illetve a gyász kérdését övező hagyományok ápolása a válaszadók szerint annak elviselését *„könnyebben elviselhetővé teszi”* (68 fő), *„nehezebben elviselhetővé teszi”* (6 fő), *„biztosan nincs befolyással rá”* (2 fő), *„ez mindenkinél egyénileg dől el, nagyban függ a személyiségtől is”* (50 fő). (Lásd: 25. számú diagram).

25. számú diagram

2. 6. Interjúk

Dolgozatomhoz három célzott interjút is készítettem hospice ellátásban tevékenykedő szakemberekkel annak céljából, hogy véleményüket és tapasztalataikat

összevethessem azokkal az eredményekkel, melyek a kérdőíves vizsgálat során születtek. Kérdéseimet elsősorban a hospice ellátásban tapasztalható problémás területekre igyekeztem fókuszálni az interjúk során, ilyen módon különös jelentőséget tulajdonítottam a tabuknak és a tévhiteknek, melyek a tapasztalatok szerint a hospice-hoz való negatív beállítódást determinálják a köztudatban. Megkérdezett interjúalanyaimhoz fontos kérdésem volt továbbá, hogy a hospice ellátásban tapasztalható problémák és dilemmák kérdését véleményük szerint, hogyan lehetne orvosolni.

2. 6. 1. Interjú Dr. Hegedűs Katalinnal

Dr. Hegedűs Katalin több mint **húsz éve foglalkozik** hospice ellátással. Maga is rákbetegségben veszítette el az édesanyját. A kezdeti időkben Polcz Alaine körében és egy franciaországi ösztöndíj lehetőség kapcsán kezdte behatóbban tanulmányozni a témát. Rádöbbent, hogy a téma nagyon érdekli az embereket, így a fő motivációt ez jelentette számára.

Hogy manapság **mennyire tabu**, arról úgy véli, hogy még mindig az, bár a dolog kétélű. Véleménye szerint a médiában nagyon erőteljesen jelen van a durva halál, ám a méltósággal való meghalás témaköre nem igazán, így az valószínűleg tabu.

A témáról való nyíltabb kommunikációt, véleménye szerint elősegítheti bármilyen fajta médiában történő megnyilvánulás (cikk, rádióadás, televízió műsor, képzés, stb.). Kiemelte a Magyar Hospice Alapítvány által életre hívott Nárcisz Programot, amelyet azért tart fontosnak, mert gyereket von be.

A hospice ellátást övező tévhiteket mindennapi munkája során nagyon tapasztalja. Egyrészt az interjúk során, másrészt a hozzá információért fordulók alapján is. Leggyakrabban előforduló kérdésként merül fel, hogy pl.: 24 órás szolgálat-e, be fog-e vásárolni a nővér, stb. Nagyon gyakran egybemossák ugyanis a szakszolgálati - szakápolási teendőket a szociális gondozási tevékenységekkel. Felhívta továbbá arra is a figyelmemet, hogy nagy probléma, hogy az orvosok kerülik az egyenes és nyílt kommunikációt.

Véleménye szerint **ezeknek a tévhiteknek a tabu az alapjuk**, illetve a hárítás. A szocializációnkban egyszerűen nincs benne a téma és azt nem is segíti elő sem az iskolarendszer, sem a társadalom. Az, hogy a gyerekek elől a felnőttek elzárják a kérdést, elsősorban a saját félelmükből fakad. Mivel ők félnek, ezért nem akarják, hogy a gyerekeknek ilyet kelljen látni, ez viszont oda vezet, hogy felnőve ezek a gyerekek is ugyanúgy fognak félni, mint a szüleik – és így válik a kérdés össztársadalmi szinten tabuvá. Véleménye szerint erről nem görcsösen beszélni szükséges, hanem úgy kellene élnünk, hogy mindez természetesen legyen.

A másik nagy probléma, hogy **a laikusok mellett gyakran a (segítő foglalkozású) szakemberek is hárítják a kérdést**. Interjúalanyom szerint ennek okai a túlterheltség és az ebből fakadó kiégettség, illetve az alacsony létszám.

Véleménye szerint **a halál, a gyász, illetve a hospice ellátás kérdéskörével való törődés egy társadalmi kérdés**, így fontos lenne, hogy bárki, bármilyen szinten nyíltan beszélhessen róla. Felhívta a figyelmemet a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület által indított diák önkéntes programra, amelynek során középiskolás diákokat vonnak be a kérdésbe.

Rákérdeztem arra is, hogy vajon **a szociális szakma kellőképp képviselteti-e magát a hospice ellátásban**. Bár ő inkább egészségügyi oldalról közelíti meg a kérdést, úgy véli, hogy egyáltalán nem, ez viszont nem a szociális szakma hibája, hanem elsősorban a meglévő tradicionális – paternalisztikus szemléleté. A társadalomban nincs eléggé felismerve a szociális szakma és egyáltalán a mentális segítségnyújtás szükségessége, ezért a foglalkoztatottság is siralmas képet mutat.

A hospice témája a felsőoktatásban sincs eléggé jelen. Bár vannak kurzusok, különböző hospice modulok az orvosegyetemek mellett máshol is, véleménye szerint az lenne a cél, hogy lehessen szakirányú végzettséget szerezni, tehát hogy létrejöjjön a palliatív szakorvossá válás lehetősége. Hospice szakápolói végzettség már létezik, de az, hogy az orvosok számára ez az opció választható legyen, nagyon soktényezős dolog és elindításához mindenképp felsőbb szintű intézkedés szükséges.

Érdekelt az is, hogy interjúalanyomnak mi a véleménye arról, **hogyha valaki találkozik a hospice-szal, az vajon megváltoztatja-e a halálhoz való viszonyát.** Véleménye szerint az, hogy valaki elméleti szinten foglalkozik a kérdéssel, még önmagában nem változtat, legfeljebb szenzitizál. Akiben személyes az érintettség és valódi motivációval rendelkezve találkozik a filozófiával, abban valóban változhat az attitűd.

Kérésemre összefoglalta azt is, hogy **melyek a hospice-ban jelenleg a legnagyobb problémák**. Úgy látja, hogy az egyik legnagyobb gond, hogy az orvosok nincsenek kellőképp felkészítve erre a területre, így kevesen is választják a haldoklók gondozását, mint hivatást. Továbbá a hospice ellátásban tapasztalható egy nagy, szerkezeti aránytalanság, hiszen míg a házi hospice ellátás egyre inkább fejlesztve van, addig az intézményi nem (ma Magyarországon mindössze 11 intézményben van hospice osztály az évi közel 33.000 fő daganatos betegre). Ez azért probléma, mert ha valaki állapotából adódóan otthonában már tovább nem ellátható, akkor nincs megfelelő intézményi háttér, ahová bekerülhetne, és így gyakran nem marad más, mint az elfekvők. Bár a jogi környezet kidolgozott, a forráshiányból adódóan a kórházak gyakran nem vállalják fel a hospice gondozást és hogy egyes szolgálatok megkerülik a szabályzatot. További gond, hogy összemosódnak hospice szakápolás és a házi szakápolás feladatai. Egy hospice szolgálat létrehozásának alapfeltétele a megfelelő szakmai team megléte, ehhez pedig képzések szükségesek.

2.6.2. Interjú Balogh Gyöngyivel

Balogh Gyöngyi kis megszakítással **tíz éve foglalkozik haldoklók mentális gondozásával.** Négy és fél évet a Magyar Hospice Alapítványnál dolgozott, öt

éve pedig a budapesti Korányi Kórház Hospice-Palliatív Osztályának mentálhigiénikus munkatársa.

Ő is úgy látja, hogy sajnos **a halál és a haldoklás kérdésköre mind a mai napig tabu**. Véleménye szerint ebben a mai fiatalok talán kissé szerencsésebbek szüleiknél, akiknek semmilyen segítségük nem volt arra, hogy ezt a kérdést hatékonyabban kezeljék. Bár valamivel több visszhangja van már a médiában a témának, még mindig nagyon sok feladat lesz a tabuk feloldásával.

Osztja azt a nézetet, hogy ahhoz, hogy **a témáról nyíltabban tudjunk beszélni,** foglalkozni kell vele az iskolákban (középiskolákban és a felsőoktatásban). Arról viszont nincs meggyőződve, hogy általános iskolában szükséges-e feltétlen. Úgy gondolja, hogy kicsi korban inkább a család feladata kellene, hogy legyen. Problémának látja azt is, hogy a magyar emberek nagy részének nincsenek megfelelő nyelvi ismeretei, és így gyakran nem tudják mi is az a hospice.

Ő is nagymértékben tapasztalja a tévhiteket a kórházi munkája során. Amit kiemelt, az hogy nagyon gyakran elfekvőnek gondolják a hospice-t, illetve hogy általában sincsenek sem a laikusok, sem a szakemberek tisztába a fogalmakkal.

A tévhitek okait abban látja, hogy a szakemberek erőfeszítései ellenére sem jut el a kellő információ az emberekhez, vagyis hogy tabu a téma. Kiemelte, hogy az átlagemberek a haldoklás, illetve a halállal kapcsolatos pszichés folyamatokról tapasztalata szerint szinte semmit sem tudnak. Ehhez szorosan kapcsolódik a kevés megfelelő szakember jelenléte, aki hitelesen tudná átadni az ismereteit a témában.

A hivatásos segítő foglalkozású szakemberek hárításával kapcsolatos kérdésemről úgy vélekedik, nem kizárólag hazai sajátosság. Kellene, hogy változzon a kommunikáció a témában. Korábban nem is volt benne még azoknak a jelenleg is praktizáló szakembereknek (pl. onkológusoknak) a tananyagában a haldoklás pszichológiája, akik ezekkel a betegekkel ma is napi kapcsolatba kerülnek, így még inkább hárítanak. Véleménye szerint ennek negatív következményeit valóban a betegek viselik, de nemcsak ők, ugyanúgy a családtagok és a hospice-okban dolgozó szakemberek is, hiszen sokszor úgy érezhetik, hogy így nem tudnak megfelelően segíteni. Ilyen feltételek mellett ugyanis a beteg nem biztos, hogy el tud jutni az állapotának elfogadásáig és ez minden érintettnek rossz. A másik nagy probléma, hogy az orvosok gyakran úgy közölnek diagnózist, hogy nem veszik figyelembe a betegük mentális terhelhetőségét. Ez gyakran oda vezet, hogy a beteg nem tudja lelkileg feldolgozni a kapott információkat, így ez meglehetősen megnehezíti azok munkáját is, akik egyébként fel lennének készülve arra, hogy elkísérjék ezeket a betegeket életük végső szakaszán. Gondot jelent továbbá az is, hogy az átlagember sem foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy nem maradunk örökké húszévesek és el fog jönni életünknek az a szakasza, amikor ez az egész kérdéskör megkerülhetetlenné válik.

Hogy **kinek is kell behatóbban foglalkozni ezzel a kérdéssel,** interjúalanyom is úgy véli, hogy ez minden embert érint. Azt, hogy ki hogyan éli meg az élete végét nagyban befolyásolja véleménye szerint az addigi életútja. Könnyebb elérni a megbékélés állapotát, hogyha úgy érezzük, mindent megtettünk, amit szerettünk volna, s így megnyugvással tölthetjük el ezt az életszakaszt.

A szociális szakma jelenlétéről a hospice-ban úgy gondolja, hogy a helyzet elkeserítő. Nemhogy a hospice-okban, egyáltalán az egészségügyben sincs jelen kellőképpen. Szociális ügyekben is gyakran fel kell találniuk magukat a munkájuk során, hiszen a teljes Korányi Kórház területén is csak mindössze egy fő szociális munkás van.

Mint ahogyan **a felsőoktatásban sincs jelen megfelelő mennyiségben** véleménye szerint. Újfent hangsúlyozta a középiskolákba való bevonását a témának, illetve a szakembereknek. Úgy tapasztalja, hogy a diákok nagyon éretten állnak a kérdéshez, tehát ezért is érdemes lenne tananyagszerűen oktatni főképp pszichológiai, szociális, illetve szociológiai megközelítésből.

A hospice filozófiájával való találkozás, a halálhoz való viszonyulásunkat szerinte akkor változtatja meg, hogyha hiteles emberek adják át. Nyilván, az alapgondolat szép és mindenki ezt szeretné végső soron, ha ilyen helyzetbe kerülne. Ahhoz, hogy a halálhoz való viszonyunk jelentősen megváltozzék, generációk munkája szükséges még, valamint sokkal több tudás és önismeret kell. Több hiteles szakember is szükségeltetne, aki átadhatná ezt a tudást. És bár a középkorú generációnak nehéz a dolga, interjúalanyom úgy véli, hogy végső soron minden szervezés és lelkesedés kérdése. Fontos, hogy az egyes korosztályokhoz a saját nyelvén szóljanak, úgy hogy az érthető és emészthető legyen a számukra, ugyanis hogyha sikerül elérni, hogy magukévá tegyék azt, akkor a veszteség feldolgozási stratégiáik is kidolgozottabbakká válnának.

Összefoglalva **a hospice-ban tapasztalható legnagyobb problémákat,** úgy véli azok a következők: az orvosok információátadási módjai, a forráshiány és a szakemberhiány. Kiemelte az eddigiek mellett azt is, hogy nagyon fontos lenne a gyászterápia területe is, elősegítve, hogy kevesebb patológiás gyászba fulladó eset forduljon elő.

2.6.3. Interjú Markó Máriával

Markó Mária 1991 óta **foglalkozik a hospice ellátással.** A hospice alapképzés elvégzése mellett, diplomamunkája konzulenseként sikerült megnyernie magának Polcz Alaine-t.

A téma tabujellegéről úgy vélekedik, hogy még mindig az, bár tapasztalata szerint ez már sokat javult az utóbbi időben. Úgy gondolja, hogy a téma elfogadtatásában nagyon nagy szerepe van a Magyar Hospice Alapítványnak, mellyel összefüggésben ő is kiemelte a Nárcisz Program fontosságát.

Úgy gondolja, hogy ahhoz, hogy **a halál témájával nyíltabban tudjunk foglalkozni,** elsősorban a saját halálunkhoz való viszonyunkat, illetve az arról való gondolkodásmódunkat kell megvizsgálni. Kiemelte, hogy ennek milyensége nagymértékben függ a gyermekkori tapasztalatainktól, hogy látunk-e megfelelő mintát, hogy hogyan lehet megfelelően kezelni ezt a kérdést. Úgy véli, hogy nagyon fontos lenne, hogy a gyerekek előtt legyen megfelelő minta, aki megfelelően át tudja adni a dolog természetességét.

A tévhitek jelenlétét a hospice ellátásban a többi szakemberhez hasonlóan ő is nagyon erőteljesen tapasztalja. Felhívta viszont a figyelmet arra, hogy ahol jó a családorvosokkal a kapcsolat, ott a tévhit is kevesebb és gördülékenyebb a folyamat. Ahol viszont ez nincs meg, ott nagyon gyakori a hárítás és az elképzelés, hogy a hospice-ba csak halni mennek az emberek, illetve hogy ott minden a halálról szól.

Véleménye szerint **ezeknek a tévhiteknek az alapja** a saját félelmeink és a berögzött előzetes feltételezéseink. A félelem kisebb-nagyobb mértékben mindenkinél jelen van, legyen az beteg, hozzátartozó vagy egészségügyi dolgozó. Az az egészségügyben dolgozó személy, akinek ebben a tekintetben nincs rendben a lelke, teheti azt, hogy nem szívesen megy be a haldoklóhoz, ha orvos, csak átfut a viziten, és nem időz túl sokáig a beteg mellett. Aki viszont helyén tudja kezelni a kérdést, minden körülmények között szán időt a páciensre. A család viszonyulása is kétféleképp történhet. Egyrészt maximális odafordulással megtehet mindent, ami csak lehetséges ebben a helyzetben, vagy ha a félelmek dominálnak, akkor következhet a hamis kommunikációból fakadó játszmaszituációk sokasága a családtagok között. A hamis kíméletesség viszont nem szül sosem jót.

A hivatásos segítő szakemberek körében előforduló hárításról interjúalanyom úgy gondolja, hogy ezért őket nem szabad hibáztatni, ugyanis a legfőbb probléma az, hogy a szakembereknek gyakran nincs lehetőségük arra, hogy problémáikat megfelelő fórumokon meg tudják beszélni. Nincs ideje meggyászolni azokat a betegeket, akik közel kerültek hozzá. Ha nincs esetmegbeszélés és/vagy szupervízió, még nehezebb a helyzete. Ennek az lenne a megoldása, hogy mindenképpen több segítséget kellene, hogy kapjanak.

Hogy végső soron **ezzel a kérdéssel kinek kell behatóbban foglalkozni,** interjúalanyom is úgy gondolja, hogy mindenkinek. Az lenne a cél, hogy a halál ugyanolyan természetes része legyen az életnek, mint a születés. Ebben a kérdésben jó példát lehet venni a cigányoktól.

Dr. Hegedűs Katalinnal és Balogh Gyöngyivel ellentétes álláspontot képvisel Markó Mária abban a kérdésben, hogy **a szociális szakma kellőképp jelen van-e a hospice-ban.** Ő ugyanis úgy gondolja, hogy egyre inkább jelen van, nem csak a hivatalos ügyintézéseket tekintve, hanem a mentális segítségnyújtásban, a közösségformálásban, a hozzátartozók lelki támogatásában is. Szociális munkásként pozitív tapasztalatként éli meg, hogy a hospice szóra az emberek

felemelik fejüket, és nagyon segítőkészen viszonyulnak hozzá, legyenek akár önkormányzat, vagy bármilyen más egyéb szervezet dolgozói. Ő úgy látja, hogy az emberekben ott van a segítő szándék, amely akkor válik kissé nehezítetté, hogyha a haldoklók közvetlen közelségbe kerülnek. Véleménye szerint ez viszont abból fakad, hogy senki sem szeret ilyen módon a saját halandóságával szembekerülni.

A hospice felsőoktatásban való részvételéről pozitív képet alkotott. Úgy gondolja, hogy vannak már jó lehetőségek a tanulásra azok számára, akik érdeklődnek ez iránt a terület iránt. De azt is gondolja, hogy aki valóban motivált a kérdésben, az megtalálja a megfelelő csatornákat a képzésekre. Erőltetni viszont nem szabad, mert nem biztos, hogy mindenki kész rá.

Interjúalanyom szerint **a hospice filozófiával való találkozás akkor változtatja meg a halál kérdéséhez való viszonyulásunkat,** hogyha aktívan – például egy team tagjaként, akár önkéntesként – részt veszünk az ellátásban. Hiszen a betegek nagyon sok útravalót adnak számunkra, ami végső soron bennünket is alakít. Véleménye szerint fontos, hogy megfelelő támogatást kapjuk ebben mindnyájan és így – akár eszközök nélkül is – maga a filozófia is sokat adhat úgy nekünk, mint a környezetünknek egyaránt.

Kérésemre, hogy határozza meg, szerinte **melyek most a hospice-ban tapasztalható legfőbb problémák**, úgy nyilatkozott, hogy mindenképpen a félelem. Úgy az egészségügyi dolgozók esetében, mint a hozzátartozóknál és a betegeknél. Ezen csak és kizárólag a közvélemény formálásával lehetne segíteni. Nézete szerint ennek sarkalatos pontja a jövő generációinak megfelelő felkészítése.

III. ÖSSZEGZÉS

3. 1. Következtetések

Úgy találtam, hogy első hipotézisem részben teljesült, részben megcáfolódott. Az általam tett előzetes felvetés, miszerint lesz a válaszadók között egy jelentősebb csoport, akik körében tapasztalható lesz a téves elképzelések jelenléte, úgy gondolom, teljesült. A megkérdezettek információi a hospice-ról sok ponton voltak bizonytalanok és tévesek. Egyértelművé vált számomra újfent ezáltal, hogy még mindig nincs benne ez az ellátási forma kellőképpen sem a köztudatban, sem az oktatásban, pedig érdeklődés és igény lenne rá, nem kérdés, hogy szükség is.

Első hipotézisem nem teljesült abban az értelemben, hogy feltételeztem, a válaszadók erőteljesen hárítani fogják a témát és az ezzel kapcsolatos válaszlehetőségeket fogják többségében megjelölni, biztosra vettem, hogy a téma tabujellege automatikusan a hárításához vezet. Ennek ellenére csak az általam megkérdezett hallgatók kis százalékának válaszaiban tükröződött ez a nézőpont radikálisan, a

többség ugyanis meglehetősen nyíltan állt a kérdéshez. Ez az eredmény Balogh Gyöngyi véleményét igazolja.

Feltűnt még, hogy a válaszadók nagy többsége, állítása szerint vallásos nézeteket vall. Ez is meglepő eredmény, úgy gondoltam, hogy manapság a vallásosság – főképp a fiatalok körében – háttérbe szorult, a kapott eredmények azonban mást mutattak. Ennek azért örültem, mert tapasztalatom szerint, akinek van hite, az a nehéz élethelyzetekben könnyebben talál magának kapaszkodót, felekezeti hovatartozástól függetlenül.

Második hipotézisemben a hospice-szal már találkozott hallgatók témához való viszonyulását szerettem volna összehasonlítani azon hallgatókéval, akik még nem. Feltételeztem, hogy utóbbi csoport tagjai, a halál kérdéskörével is nehezebben birkóznak meg, körükben inkább jelen van a hárítás. Ilyen módon 113 hospice-szal már találkozott hallgató véleményét kellett szembeállítanom avval a 13 főével, akiknek egyáltalán nincs ilyen irányú tapasztalatuk. Ezt olyan módon tettem, hogy megfigyeltem azokat a válaszlehetőségeket, amelyeket mindkét csoport tagjai kitöltöttek, és amelyekben kisebb-nagyobb mértékben a hárítás, illetve az információ vagy érdeklődés hiányának a lehetősége felmerült. Ezeket összehasonlítottam, hogy arányaiban a válaszadók milyen gyakorisággal jelölték meg eme a lehetőségeket.

A következő eredmény született:

1. számú táblázat: A hallgatók viszonyulása a halál kérdéséhez

Saját viszonyulásom a halál kérdéséhez…	
Nem gondolkodtam ezen, távol van még.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 7,07 %-a választotta	**a válaszadók 15,38 %-a választotta**
Csak bizonyos esetekben gondolok rá.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 38,05 %-a választotta	**a válaszadók 46,15 %-a választotta**
Nagyon félek tőle, és nem igazán tudom kezelni.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 11,50 %-a választotta	**a válaszadók 15,38 %-a választotta**

2. számú táblázat: A terminális állapot jelentése

Véleményem szerint a terminális állapot azt jelenti, hogy…	
A betegségnek azon időszaka, amikor a gyógyító kezelések hatására a beteg állapota folyamatosan javul, melynek következtében belátható időn belül felépülés várható.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 12,38 %-a választotta	**a válaszadók 23,07 %-a választotta**
A haldoklás folyamata elkezdődött, a betegnek néhány óra, esetleg néhány nap van hátra az életéből.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 16,81 %-a választotta	**a válaszadók 23,07 %-a választotta**

3. számú táblázat: A halál tabujának feloldásának lehetőségei

A halál tabujának feloldására véleményem szerint…	
Biztosan nincs mód.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 3,53 %-a választotta	**a válaszadók 0 %-a választotta**
Talán van mód, de nincs elképzelésem, hogyan.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 53,98 %-a választotta	**a válaszadók 61, 53 %-a választotta**
Lenne rá mód, de ezen nem az én dolgom gondolkodni.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 23,89 %-a választotta	**a válaszadók 23,07 %-a választotta**

4. számú táblázat: A halálról való értekezés fontossága

Véleményem szerint a halálról beszélni…	
Inkább nem fontos.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 13,02 %-a választotta	**a válaszadók 23,07 %-a választotta**

5. számú táblázat: A hagyományok ápolásának fontossága

Véleményem szerint a különböző halál/gyász kérdését övező rítusok, hagyományok ápolása…	
Egyáltalán nem fontos.	
Hospice-szal találkozott	*Hospice-szal nem találkozott*
a válaszadók 0,88 %-a választotta	**a válaszadók 7,69 %-a választotta**

A fent vizsgált kérdésekből kitűnik, hogy azok a hallgatók, akik korábban nem találkoztak semmilyen formában a hospice-szal, nagyobb gyakorisággal választották azokat a lehetőségeket, amelyekben kisebb – nagyobb mértékben lehetőség adódott a hárításra, továbbá gyakrabban adtak téves válaszokat, így arra a következtetésre jutottam, hogy a vizsgált hipotézis teljesült.

3. 2. Ajánlások

A hospice-nak mindenféleképpen hangsúlyosabban kell jelen lennie az oktatási rendszer minden szintjén, életkorokhoz igazítottan.

Fontos – hiszen igény van rá! -, hogy a szociális professzióban erőteljesebben megjelenjen a hospice úgy az oktatás, mint a munkavégzés tekintetében.

Erőteljesebb megjelenés szükséges a médiában és a tudományos világban, elősegítendő, hogy a köztudatban is nagyobb nyilvánosságot kapjon az ügy.

Bár véleményem szerint sem lehet a halál tabuján teljes mértékben úrrá lenni, mégis törekedni kell rá, a tévhitek oldása érdekében.

Lehetőséget kell biztosítani azon szakembereknek, akik súlyos betegekkel kerülnek napi kapcsolatba, hogy ismereteiket bővíthessék, problémáikat megfelelő fórumokon megbeszélhessék.

Felsőbb szinteken ajánlott górcső alá venni a súlyos betegekkel foglalkozók anyagi és erkölcsi megbecsültségének kérdését, továbbá a sokrétű problémák komplex átgondolása és megoldása is sürgető fontosságú feladat.

KIEGÉSZÍTŐ OLDALAK

Bibliográfia

1. Atkinson&Hilgard et al. (2005): Pszichológia, Osiris Kiadó, Budapest
2. Blasszauer Béla (1984): A jó halál: Eutanázia, Gondolat Könyvkiadó, Budapest
3. Elias, Norbert (2000): A haldoklók magányossága, Helikon Kiadó, Budapest

4. Erőss László, Veér András (2001): A halál enciklopédiája, Glória Press Kiadó, Budapest
5. Hegedűs Katalin (1999): Hospice alapismeretek, Semmelweis Orvostudományi Egyetem Képzéskutató, Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ, Budapest
6. Hegedűs Katalin (2000): Az emberhez méltó halál, Osiris Kiadó, Budapest
7. Hegedűs Katalin, Szy Ildikó (szerk.) (2002): Terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása, Magyar Hospice-Palliatív Egyesület
8. J. Comer, Ronald (2005): A lélek betegségei, Pszichopatológia, Osiris Kiadó, Budapest
9. Kübler Ross, Elizabeth (1988): A halál és a hozzá vezető út, Gondolat Kiadó, Budapest
10. Muszbek Katalin (szerk.) (2006): Pszichológia a rákbetegek szolgálatában, Magyar Hospice Alapítvány, Budapest
11. Németh Erzsébet (1999): Kommunikáció, Semmelweis Orvostudományi Egyetem Képzéskutató, Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ, Budapest
12. Nuland, Sherwin B. (2002): Hogyan halunk meg?, Akkord Kiadó, Budapest
13. Pilling János (szerk.) (2010): A halál, a haldoklás és a gyász kultúrantropológiája és pszichológiája (szöveggyűjtemény), Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest
14. Pilling János (szerk.) (2008): Orvosi kommunikáció, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
15. Polcz Alaine (1998): Ideje a meghalásnak, Pont Kiadó, Budapest
16. Ruzsa Ágnes (1999): Palliatív terápiás alapismeretek, Semmelweis Orvostudományi Egyetem Képzéskutató, Oktatástechnológiai és Dokumentációs Központ, Budapest
17. Sontag, Susan (1983): A betegség, mint metafora. Európa Könyvkiadó, Budapest

Internetes irodalom:

18. CompLex Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye, 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről {online}
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV
Megtekintés: 2012.06.03-án, a pillanatnyi időállapotnak megfelelően.
19. Hegedűs Katalin (2011): Tévhitek és valóság – a hospice-ról, In: Lege Artis Medicinae, 21 (11): 744 748.p.{online}
http://www.elitmed.hu/upload/pdf/tevhitek_es_valosag_a_hospice_rol-8774.pdf
Letöltés: 2012.február 19.

20. Központi Statisztikai Hivatal: Halálozások a leggyakoribb halálokok szerint (1990-) {online}
http://www.ksh.gov.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html
Letöltés: 2012. március 7.
Az adatok a 2011. július 29-én jelzett állapot alapján kerültek feldolgozásra.
21. László Georgina (2008): Sikerek, kudarcok, nehézségek – a hazai hospice-rendszer SWOT - analízise és értékelése, In: Kharón – Thanatológiai Szemle, XII.évfolyam, 3-4.{online}
http://www.kharon.hu/?t=2008-3-4_laszlo-sikerek#mc
Letöltés: 2012. február 19.
22. Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe {online}
http://www.mok.hu/docview.aspx?r_id=3334303133&web_id=&mode=1
Megtekintés: 2012.06.03.
23. Simkó Csaba (2004): Súlyos beteg a családban, In: Kharón Thanatológiai Szemle, XIII. évfolyam 4. {online}
http://www.kharon.hu/docu/2004-4_simko-sulyos.pdf
Letöltés: 2012. június 4.

Nyugat-magyarországi Egyetem
Benedek Elek Pedagógiai Kar

Dr. Varga Szabolcs
egyetemi docens

A HIV FERTŐZÖTTEKET ÉRINTŐ DISZKRIMINÁCIÓ

A dolgozat a TALENTUM – Hallgatói tehetséggondozás feltételrendszerének fejlesztése a Nyugat magyarországi Egyetemen c. TÁMOP – 4.2.2. B – 10/1 – 2010 – 0018 számú projekt keretében, az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

Sopron, 2012

Juhász Mariann
szociálpedagógia szak

1. Bevezetés

Dolgozatom témájául a HIV fertőzötteket érintő diszkriminációt választottam. 30 évvel a vírus megjelenése után elmondhatjuk, hogy a halálos kór - ami 2-3 évtizede a halálos ítéletet jelentette - ma már jól kezelhető krónikus betegséggé nőtte ki magát.

A HIV fertőzésről rengeteg egészségügyi tanulmány és kutatás készül az orvostudomány keretein belül, azonban a HIV szociális aspektusairól keveset beszélünk, pedig a téma legalább olyan fajsúlyú, mint az egészségügyi vonatkozás. Az érintetteket gyakran éri jogsérelem és hátrányos megkülönböztetés HIV pozitív státuszuk miatt.

A társadalom és a népesség szemében - főleg hazánkban - a téma „AIDS" még mindíg félelmeket és előítéleteket vált ki, amely sok esetben túlzott és alaptalan.

Mivel a vírus megjelenésekor a HIV / AIDS elsősorban olyan társadalmi csoportokat érintett, amelyek már eleve diszkriminálva és stigmatizálva voltak - így a homoszexuális férfiak, heroin - és intravénás droghasználók, prostituáltak, valamint az afrikai és „fekete" népesség - ennek köszönhetően ezek az előítéletek a mai napig erősen élnek a népesség között, pedig köztudott, hogy nemcsak a fennt említett társadalmi csoportok lehetnek a fertőzés áldozatai. Az új fertőzések nagyrésze heteroszexuális kapcsolat következménye.

A HIV fertőzöttekkel szembeni diszkriminációhoz hozzájárul az a tény, hogy a társadalom morálisan elítéli azt a magatartást, amely a HIV-vel való fertőződéshez vezetett, egyes csoportok és személyek akár „büntetésnek" is tekintik a betegséget. Pedig a fertőzés sok esetben a morális normák megszegése nélkül, anyáról magzatra, vérátömlesztés útján, vagy heteroszexuális kapcsolat során is megtörténik (Langer et.al. 2010).

A kirekesztettségtől való félelem és a negatív társadalmi attitűd nagymértékben hozzájárul ahhoz, hogy a lakosság többsége még anonim módon sem szeretne HIV szűrésen részt venni. A HIV fertőzés mihamarabbi felismerése pedig több szempontból is fontos nemcsak a személy, hanem a társadalom számára is.

Késői felismerés esetén az érintett személy immunrendszere helyrehozhatatlan mértékben károsul, amely a mindennapi életére, munkavégzésére is kihat. Az ún. oppurtunista betegségek megjelenésekor a sok táppénz - és betegszabadságon töltött idő a munkahely elvesztéséhez vezethet, amely további szociális problémákat vonz maga után. Magyarországon és a többi EU tagállamban sem vonatkoznak a HIV fertőzött személyekre más munkajogi törvények, amelyek védenék a jogaikat (Hösl, 2005).

Továbbá a fertőzés korai felismerésével megelőzhető a vírus továbbadása. Az idejében megkezdett antiretrovirális terápia következtében a fertőzött személy vírusszáma olyan minimális szintre lecsökkenthető, hogy a továbbfertőzés esélye is minimális. Ezáltal megakadályozható nemcsak a fertőzés továbbadása, hanem az egészségromlás is, amely az egész életminőségre kihat. Megfelelő terápiával évtizedekkel meghosszabbítható a HIV fertőzött személy élete.

Az 5. számú melléklet kronológiai sorrendben tartalmazza a vírus történetét.

2. A HIV / AIDS, mint egészségügyi és társadalmi probléma

2.1. Élet a fertőzés után

A betegséget először amerikai orvosok írák le 1981-ben, hazánkban az első AIDS beteget 1986-ban diagnosztizálták.

Az AIDS *(Acquired Immune Deficiency Syndrome*) betegség okozója a HIV *(Human Immuno Deficiency Virus)* vírus, amely a retrovírusok családjába tartozik. A retrovírusok jellegzetessége, hogy RNS-ük beépül a megtámadott sejtek DNS-ébe, megváltoztatva azok genetikai szerkezetét. Az emberi szervezetbe bekerülve a HIV vírus a CD4 fehérvérsejteket veszi célba, amelyek fontos immunfunkciót töltenek be: CD4 sejtek azonosítják a szervezetbe bekerülő kórokozókat, valamint irányítják a többi fagocita sejtet, melyek a kórokozók bekebelezését végzik. A vírus által megtámadott CD4 sejtek nem tudják immunológiai szempontból fontos szerepüket betölteni, hanem a vírust reprodukálják. Ennek következtében a HIV vírusok száma megemelkedik, a CD4 sejtek száma pedig fokozatosan csökken, majd az immunrendszer összeomlik. Ez a folyamat kezelés nélkül akár 10 évig is eltarthat, míg kialakul az AIDS tünetegyüttes (http://www.nepszava.hu/articles/article.php?id=494729).

A HIV/AIDS nemcsak egy betegség. A vírussal való megfertőződés az élet minden területére kihat. Egészségügyi és pszichoszociális vonatkozásai sem elhanyagolhatóak

A HIV-vel fertőzött személyek pszichésen is nagy terhet hordoznak, ezt mutatja a fertőzött személyek között nagy arányban előforduló depresszió és egyéb pszichés elváltozások. Különböző kutatások egyértelműen igazolják, hogy depresszív és pszichés megbetegedések a HIV fertőzött személyek között sokkal gyakoribbak, mint a nem fertőzött személyek esetében (*Aspekte, HIV & Depression,* Nr.22 / Stand October. 2004, Die AIDS-Hilfen Österreichs, kiadvány).

Ha a HIV fertőzésre idejében fény derül és a terápia sikeres, akkor - ha a betegség egyenlőre nem is gyógyitható - de az érintett személy életminősége szinten tartható - akár 35-40 éven keresztül.

Az idejében felismert HIV pozitív státusz és az időben megkezdett antiretrovirális terápia esetén a vírusszám minimalizálása következtében a továbbfertőzés veszélye is minimalizálódik. A mai fejlett orvostudománynak köszönhetően HIV fertőzött nők jó eséllyel (több mint 99 %) egészséges gyermeknek adhatnak életet, sőt olyan párok is (ún. szerodiszkordáns párok) vállalhatnak gyermeket a fertőzés továbbadása nélkül, ahol az egyik fél HIV státusza pozitív, a másik fél pedig negatív. Az orvostudománynak köszönhetően az idejében felfedezett fertőzés jól kezelhető, melynek következtében a fertőzött személy életminősége szinten tartható és javitható. Európában a HIV fertőzött személyek kétharmada munkaviszonyban áll, 90% pedig aktív korú, 15 és 49 év közötti (Pärli et.al. 2007).

Hogy a HIV pozitív státusz milyen egészségügyi - és szociális következményeket vonz maga után, ez több faktortól is függ:

- melyik országban él az érintett személy és milyen ott az egészségügyi ellátórendszer
- milyen a szociális ellátórendszer az adott országban
- milyen az adott országra érvényes törvényi háttér, amelyek védik a fertőzött személyek jogait
- tartozik-e olyan társadalmi csoporthoz, amelyek diszkriminálva és kirekesztve vannak

Ezen tényezők mind szerepet játszanak abban, hogyan alakul a fertőzött személy életminősége.

A köztudatban kevés a valós információ arról, melyek az infekció továbbadásának reális esélyei, sok a tájékozatlanság miatti félelem. A HIV vírusa közel sem olyan fertőzőképes, mint például a Hepatitis B vírusa, mégis sokkal nagyobb félelmeket és előítéleteket vált ki az emberekből.

A megelőzés és a korai felismerés két kulcsfogalom HIV / AIDS vonatkozásban. A megelőző kampányok során nemcsak a megfelelő védekezésre kellene felhívni a figyelmet, hanem a betegséggel kapcsolatos alaptalan félelmeket és hiedelmeket is el kellene oszlatni, mert véleményem szerint a tájékozatlanság is hozzájárul az érintett személyek kirekesztéséhez és az őket érő diszkrimináció megerősödéséhez. Az elutasító társadalmi attitűd megnehetíti a HIV fertőzött személyek mindennapi életét.

A fertőzés hétköznapi érintkezés során nem adható tovább, tehát a félelem sok esetben túlzott és alaptalan.

A fertőzés továbbadása a következő módon történhet meg:

1. számú táblázat: A vírus továbbadásának lehetséges módjai

Kontaktus jellege	Átvitel valószínűsége (%)	Fertőzésből valórészesedés (%)
Transzfúzió	90 felett	3-5
Perinatalis	13-30	5-10
Szex	0,1-1	70-80
Drog	0,5-1	5-10
Egészségügy	0,5 alatt	0,0001 alatt

Forrás : http://anonimaids.hu/fertozesek/hivaids/#a-hiv-virus-terjedese

2. 2. A HIV / AIDS statisztikai mutatói

Az UNAIDS jelentése szerint a járvány megjelenése óta több, mint 60 millió ember fertőződött meg a HIV vírussal. A mai adatok szerint körülbelül 34 millióan élnek HIV pozitívként. A Föld legfertőzöttebb területe Afrika, itt is a Szaharától délre fekvő területek a leginkább érintettek. Ezen a területen él a Föld lakosságának 12 %-a, ahol lakosság 68 %-a, azaz körülbelül 23 millió ember HIV fertőzött. Ezeken a területeken a továbbfertőzés nagy százalékban heteroszexuális kapcsolat következtében vagy perinatális úton történik meg, míg a többi kontinensen a HIV-vel való fertőzés többnyire homoszexualitás vagy intravénás droghasználat következménye.

A 2010-es évben világszerte 1,8 millió ember halt meg AIDS betegségben. (http://www.aids.at/alles-uber-hivaids/statistik/)

Az UNAIDS statisztikai adatai szerint a világszerte fertőzöttek 46 %-a nő, másik 46 %-a férfi és 7-8 %-a gyermek. A nemek aránya területileg különbözik. A mi társadalmunkban a fertőzöttek kétharmada férfi, a HIV fertőzött gyermekek száma minimális. Az afrikai kontinensen az anyáról gyermekére történő fertőzés nagy százalékban előfordul, míg Európában ez az arány akár 1% alá csökkenthető a megfelelő antiretrovirális szerek alkalmazásával. A magzat fertőződhet a terhesség ideje alatt, szülés közben illetve anyatejjel történő táplálás során is.

2. számú táblázat: A HIV fertőzöttek területi eloszlása

Régió	**Fertőzöttek száma**
Nyugat -Európa	550000
Észak - Afrika és Közel - Kelet	500000
Kelet - Európa és Közép - Ázsia	1000000
Kelet -Ázsia és Pacifik	1000000
Afrika	28500000
Dél - és Dél - Kelet Ázsia	5600000
Ausztrália és Új - Zéland	15000
Észak - Amerika	950000
Közép - Amerika és Karibik	420000
Dél - Amerika	1500000

Forrás : UNAIDS - Report, Hetz, S. et. al. (2003): Befund: positiv. Ratgeber HIV und AIDS. Springer-Verlag, Wien

Feltűnően magas a HIV fertőzött személyek aránya a volt Szovjetunió egyes tagállamaiban, igy például Ukrajnában, ahol a felnőtt lakosság 1,1 %-a HIV pozitív.

A szomszédos Ausztriában az Institut für Virologie der Universität Wien közleménye szerint napi 1-2 új fertőzésre derül fény. A 2011. évben 525 új HIV fertőzött személyt regisztráltak. Az eddigi összesitett adatok szerint eddig 12-15 ezren fertőződhettek meg Ausztriában a vírussal. Az érintettek kétharmada férfi, egyharmada nő, közel 50 %-uk az osztrák fővárosban él. Az osztrák Bundesministerium für Gesundheit (Egészségügyi Minisztérium) adatai szerint 1983-tól 2011 novemberig összesen 3659 AIDS megbetegedést regisztráltak, melyből 1945-en már meghaltak (http://www.aids.at/alles-uber-hivaids/statistik/) .

A hazai AIDS / HIV helyzet nemzetközi viszonylatban kedvezőnek mondható, viszont a szűrések száma európai viszonylatban nálunk az ötödik legalacsonyabb. Az első HIV pozitív személyt 1985 augusztusában szűrték ki, az első AIDS beteget pedig 1985 decemberében diagnosztizálták. Magyarországon egymillió lakosra körülbelül 90 felderített HIV fertőzés jut, 2009-ig körülbelül 1600 HIV fertőzött személyt regisztráltak. A hazánkban regisztrált HIV pozitív személyek 83 %-a férfi, 17 %-a pedig nő, bár a nőknél emelkedő tendencia figyelhető meg. A fertőzött nők nagy része külföldi szexuális partnertől, gyakran prostitúció útján kapta meg a vírust. Az AIDS okozta halálozás a 2010-es évben az előző évhez képest 30%-kal nőtt (http://tasz.hu/files/tasz/imce/5.pdf).

2.3. „Late presenters"- késői diagnózis

Ami hazánkban aggodalomra ad okot, az a szűrések alacsony száma, valamint hogy a HIV fertőzöttek körülbebül fele ún.*"late presenter"*, azaz a betegséget AIDS stádiumban szűrik ki, amikor a halálozási arány közel 40 %. Ezek a betegek tudtukon kívül adják tovább a vírust akár 10-15 éven keresztül, és mivel nem részesülnek gyógyszeres kezelésben, a magas vírusszám következtében sokkal fertőzőképesebbek, mint azok a regisztrált betegek, akik antiretrovirális kezelést kapnak. Egyes betegek sokszor 1-2 évig járnak kezelésekre tüdőgyulladással, különböző idegrendszeri tünetekkel, valamint egyéb oppurtunista betegséggel, mire kiderül a diagnózis (http://www.nepszava.hu/articles/article.php?id=494729).

A szakirodalomban beszélünk még „very late presenters" vagy „long-term-non-presentersről" azokban az esetekben, amikor az AIDS betegség a HIV diagnózis után 3 hónapon belül kialakul, valamint a diagnóziskor a CD4 sejtek száma a vérben rendkivül alacsony (*med update, Nachgefragt : „late presenter"* Nr. 02 / 2012, Die AIDS-Hilfen Österreichs, kiadvány).

A HIV fertőzött személyek számát hazánkban jelenleg 3-4000 főre becsült, de az említettekből kiindulva akár 8-9000 fő is lehet. Ezen adatokból következtetve naponta hazánkban 1-2 új fertőződés történik.

Sopronban az AIDS-Segély Alapítvány működtet egy anonim szűrőállomást, hetente egy alkalommal van lehetőség anonim és térítésmentes HIV szűrésre. Jelenleg a Kölcsei utcában végzik a szűréseket. Pozitívumként elmondható, hogy

a HIV fertőzés szűrésére nem a hagyományos antitestet kimutató Elisa-tesztet használják, hanem a vírus fehérjéit kimutató p24 tesztet. A p24 teszt előnye, hogy már 2 héttel az esetleges fertőzés után megbízható eredményt ad, míg az antitestek sokszor csak 12 héttel a fertőződés után mutathatók ki. A szűrésen heti szinten körülbelül 4-5 személy jelenik meg, ez egy év alatt átlagosan 250 személyt jelent. A 2007-es évben két HIV pozitív személyt szűrtek ki (www.aidsinfo.hu).

2.4. Előítélet és hátrányos megkülönböztetés

Az előítélet dillemája fontos kérdésként merült fel a XX. században. A múlt század Amerikájában tért hódító feketék elleni rasszizmus, valamint a II. világháborúhoz kapcsolódó antiszemitizmus hozzájárult ahhoz, hogy a témában több kutatást is született. A korszak szociálpszichológusai között Gordon W. Allport foglalkozott mélyrehatóbban a témával. Az általa felállított fokozatossági modell hét egymásra épülő lépcsőfokból áll.

Ezek a lépcsőfokok a következők.

- szóbeli előítéletesség
- elkerülés
- hátrányos megkülönböztetés
- elkülönítés
- kirekesztés
- fizikai agresszió
- üldözés és kiírtás

Hogy egy személy illetve csoport attitűdje, érzelmi viszonyulása egy adott dologban milyen irányt vesz, abban szerepet játszanak az egyén / csoport szocializációs folyamatai, a nevelés, az adott közeg kultúrája valamint a médiából szerzett információk is. Ebből következik, hogy - ha az előítéleteket teljes mértékben a társadalomból kiszorítani nem is tudjuk - de neveléssel, felvilágosítással pozitív irányba tudjuk befolyásolni (Erős, 2007).

Allport megfogalmazása szerint „az előítélet valamely személlyel szemben érzett idegenkedő vagy ellenséges attitűd, melynek alapja pusztán annyiban van, hogy az illető személy egy adott csoporthoz tartozik, és ennek következtében feltételezik róla, hogy a csoportnak tulajdonított negatív tulajdonságokkal ő is rendelkezik" (Allport, 1999, 36).

Az Allport által ismertté vált fokozatossági modellből a mai társadalomban az első három lépcsőfok fordul elő leggyakrabban. A jogalkotás során születtek olyan törvények, melyek a további négy „fokozatot" szankcionálják, hogy elkerülhetők legyenek a történelem folyamán már több alkalommal is megjelent előítéletekből adódó szörnyűségek.

A HIV fertőzöttek a felsoroltakból többnyire a hátrányos megkülönböztetéssel találkoznak, de a szóbeli előítéletesség sem ritka. Mivel a legtöbb HIV fertőzött

anonimitásban él, ezért az elkerülés fokozatot nem sorolnám ide, mivel negatív tapasztalataikból és félelmeikből adódóan az érintettek az előítélet ezen megnyilvánulására „nem adnak lehetőséget".

Allport szerint a „hátrányos megkülönböztetésről csak akkor beszélhetünk, ha egyénektől vagy csoportoktól megtagadják az egyenlő bánásmódot, melyre különben igényt formálnak" (Allport, 1999, 87).

HIV fertőzöttektől gyakran megtagadják ezt az egyenlő bánásmódot, melynek oka a fertőzéstől való félelem. Előfordul, hogy HIV fertőzött gyermeket utasítanak el óvodából, iskolából HIV pozitív státusza miatt, vagy orvosi beavatkozást tagadnak meg más ürügyre hivatkozva.

3. Nemzetközi jogi dokumentumok

Az emberi jogok egyetemes nyilatkozatát 1948. december 10-én fogadta el az ENSZ közgyűlése. A dokumentumban az ENSZ világszervezetének álláspontját olvashatjuk az alapvető emberi jogokról, melynek megszületésében nagy szerepet játszottak a II. világháború szörnyűségei.

A nyilatkozat egy bevezetőből és 30 cikkből áll, szó szerint nem tér ki a HIV problémára - de ma is aktuálisnak tekinthető a HIV-diszkrimináció kérdéskörben. A második cikk hangsúlyozza a diszkrimináció mentességet. A 22. cikk a mindenkit megillető szociális biztonságról szól, míg a 23. cikk a munkához való jogra tér ki. Ezek azok a pontok, amelyek a HIV kérdést érintik, hiszen a munkavállalás során a HIV fertőzöttek gyakran válnak diszkrimináció áldozataivá. A dokumentum nem törvényerejű, mégis az alapvető emberi jogok kérdéskörében gyakran képezi hivatkozás tárgyát (http://hu.wikipedia.org/wiki/Az_emberi_jogok_egyetemes_nyilatkozata).

A Gazdasági Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányát (továbbiakban egyezségokmány) 1966-ban fogadta el az ENSZ Közgyűlése, amely az Emberi jogok egyetemes nyilatkozatával valamint a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányával együtt az alapvető emberi jogok fontosabb nemzetközi dokumentumait alkotják.

A egyezségokmány első cikke kihangsúlyozza az önrendelkezés jogát. A HIV fertőzöttekre vonatkozó ma is hatályos törvények szempontjából releváns a 12. cikk: „Az államok elismerik mindenkinek a jogát arra, hogy a testi és lelki egészség elérhető legmagasabb szintjét élvezze."

A 9. cikk hangsúlyozza a mindenki számára elérhető szociális biztonságot és társadalombiztositást, a 6. cikk pedig a munkához való jogot. Ez a két pont a HIV fertőzöttek szempontjából ma is aktuális, hiszen a gyakorlatban a HIV fertőzés következménye lehet a szociális biztonság és a munkahely elvesztése.

Az ILO (International Labour Organisation), azaz a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet célként tűzi ki a diszkriminációmentességet az AIDS elleni harcban a

munka világában is. Eszerint a HIV / AIDS kérdést a munkahelyeken ugyanúgy kell „kezelni", mint bármely más megbetegedést. Hazánkban az ILO egyezmények közül jelenleg 59 hatályos (http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=21058).

A Magyarország által is ratifikált egyezmények közé tartozik az ILO 111. számú egyezménye, amely a foglalkozás és a foglalkoztatás során történő hátrányos megkülönböztetésre irányul. Ez az egyezmény hét diszkriminációs „ürügyet" emlit - származás, bőrszín, nem, vallási - és politikai meggyőződés, nemzeti és szociális hovatartozás. Az ILO azt is kijelenti, hogy a XXI. században leggyakrabban előforduló diszkriminációs „faktorok" mint pl. időskor, fogyatékosság, hosszan fennálló munkanélküliség, HIV / AIDS, szexuális zaklatás a munkahelyen, valamint Mobbing - ezek mind olyan faktorok, ahol a megfelelő jogi háttér hiányos.

HIV/AIDS szempontból említést érdemel a 159. számú ILO egyezmény, amely a megváltozott munkaképességűek szakmai rehabilitációjáról és foglalkoztatásáról szól.

A 158. számú egyezmény hazánkban nem került ratifikálásra, pedig ez a HIV fertőzöttek szempontjából pozitív lépés lenne. Ez az egyezmény meghatározza, melyek azok a szempontok, amelyek a munkaadó által történő munkaviszony megszünésénél nem lehetnek mérvadóak. Az egyezmény szerint a munkaviszony megszünése a munkaadó által csak olyan nyomós okból történhet, amely a munkavállaló képességével vagy magatartásával van összefüggésben. Az okok között nem szerepelhet például családi állapot, terhesség, nem, bőrszín, származás, vallási ill. politikai meggyőződés, szociális helyzet, valamint a munkától való távollét betegség vagy baleset következtében. Ez utóbbi mondat HIV / AIDS szempontból hazánkban is kulcsfontosságú lehetne (Pärli et.al. 2007).

Az Európa Tanács legfontosabb szerződése a Szociális Charta, amelyet 1961. október 18-án Torinóban írtak alá az akkori Nyugat-európai tagállamok. A dokumentum elsősorban az állampolgárokat megillető szociális biztonságot és alapvető emberi jogokat tartalmazza, „melyeket bőrszínre, nemre, vallásra, politikai nézetre, nemzetiségre vagy társadalmi származásra való tekintet nélkül biztosítani kell „- olvashatjuk a paeambulumban.

Hazánk 1991-ben írta alá a dokumentumot, amely kihangsúlyozza a munkához való jogot, valamint az igazságos munkafeltételek biztositását.

4. Magyarországi jogi háttér

Hazánkban a HIV / AIDS jogi kérdéseivel az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről - (továbbiakban eü.tv.) azon belül is a járványügyi rész - valamint a 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok rendjéről (továbbiakban ESZCSM rendelet) foglalkozik, de az Alaptörvény egyes bekezdései is említést érdemelnek.

4.1.Alkotmányos jogok megvalósulása a gyakorlatban

Az általános emberi jogokról - amelyek a HIV fertőzöttekre is vonatkoznak - Magyarország Alaptörvényében olvashatunk. „Magyarország nemzetközi jogi kötelezettségeinek teljesítése érdekében biztosítja a nemzetközi jog és a magyar jog összhangját."

Az Alaptörvény 1. cikkében a Szabadságról és felelősségről olvashatjuk, hogy az ember sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogait tiszteletben kell tartani, és ezen jogok védelme az állam elsődleges kötelessége.

HIV szempontból a második cikk is figyelmet érdemel, miszerint az emberi méltóság sérthetetlen, azaz „minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz."

Az Alaptörvény XV. cikke biztosítja az esélyegyenlőséget, miszerint a törvény előtt mindenki egyenlő, így az alapvető jogokat - pl.munkához való jog, amelyről az alaptörvény XII. cikkében olvashatunk - mindenki számára biztosítja faj, szín, nem, fogyatékosság, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül. A HIV pozitív státusz ebben a részben az „egyéb helyzet" kategóriát képezheti.

A XIX. cikk tárgyalja az állampolgárokat megillető szociális biztonságot, amely anyaság, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság és önhibáján kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén minden magyar állampolgárt a törvényben meghatározott módon megillet.

A XX. cikk szerint minden állampolgárnak joga van a testi-lelki egészséghez. A ma már nem hatályos 1949. évi XX. törvény, azaz a „régi" Alkotmány a „lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséget" hangsúlyozta. Ez a mondat különösen nagy figyelmet érdemel, mivel megvalósítása a gyakorlatban nem mindíg ilyen egyértelmű. Az eü. tv. 26. §-a szerint a beteg ellátása során köteles az egészségügyi intézményt tájékoztatni egészségügyi állapotáról, esetleges fertőző betegségeiről. Ezen a ponton a HIV pozitív státusszal rendelkező személyeket gyakran jogsérelem éri, mivel ellátásukat sok esetben elutasitják és a Szent László Kórház HIV ambulanciájára irányítják őket, ezzel késleltetve esetleges sűrgősségi ellátásukat is.

Az Alkotmány említi a lelki egészséget, amely HIV fertőzött személyek esetén szintén nem tud megvalósulni, mivel a szakmai feltételek nem adottak. A HIV fertőzött betegeket gondozó kórházak és egészségügyi intézmények nem, vagy csak ritka esetben alkalmaznak pszichológust, vagy mentálhigiénés szakembert. A személyi feltételek hazánkban sajnos hiányosak, pedig mentális gondozásra legalább olyan mértékben lenne szükség, mint a gyógyszeres kezelésre. A HIV fertőzöttek 90 %-a szenved előbb-utóbb valamilyen neurológiai illetve pszichiátriai megbetegedésben, nagy részüknek vannak szuicid gondolatai, gyakoriak köztük az öngyilkosságok. A pszichés problémák okai, hogy önmaga a HIV vírusa is megváltoztatja

az agy anyagcseréjét, amely depressziót és különféle neurológiai problémákat okoz. Valamint maga a tény - HIV pozitívnak lenni - különféle lelki és szociális terheket ró az emberre, amely szintén mentális zavarokhoz vezet. Egyes HIV kezelésére szolgáló antiretrovirális gyógyszerek - így például a Stocrin nevű gyógyszer, melynek hatóanyaga az Efavirenz - okoznak pszichés mellékhatásokat, így depressziót is (*Aspekte, HIV & Depression,* Nr.22 / Stand October 2004. Die AIDS-Hilfen Österreichs, kiadvány).

Tehát a lelki egészség megvalósulása HIV fertőzés esetén legalább olyan nagy kihívás, mint az immunrendszer stabilizálása. Az említett pszichés tünetek pszichoterápia segítségével vagy antidepresszáns gyógyszerek szedésével javíthatók, azonban elsősorban olyan pszichiáter szakemberekre lenne szükség, akik az AIDS / HIV területen is tapasztalattal rendelkeznek, mivel az antiretrovirális szerek és az antidepresszánsok egymás hatását befolyásolhatják. A Johanniskraut növényi hatóanyagú nem receptköteles készitményt sokan szedik szorongásoldó hatása miatt. A szer azonban az antiretrovirális gyógyszerek hatását megsemmisíti, tehát HIV fertőzött személyeknél nem alkalmazható.

Az eü. tv. 26. §-a, amely megfogalmazza a betegnek azon kötelezettségét, hogy fertőző betegségeikről - így HIV pozitív státuszáról - tájékoztassa kezelőorvosát, diszkrimináció forrása lehet, mivel esetenként előfordul, hogy a fertőzött személytől megtagadják az orvosi ellátást. Ez több ponton is kérdéseket vet fel.

Az orvos a Hippokrateszi esküben „felesküdött „ a gyógyításra és arra, hogy a betegeket minden esetben ellátja. A Debreceni Orvostudományi Egyetem orvosi esküje így hangzik:

„ Én, (…) esküszöm, hogy az orvosi hivatásomhoz mindenkor méltó magatartást tanúsítok. Orvosi tudásomat a betegségek megelőzésére, a betegek testi-lelki javára, betegségük gyógyítására fordítom. A hozzám fordulók bizalmával, kiszolgáltatott helyzetével visszaélni nem fogok, titkaikat fel nem fedem. Egyenlő figyelemmel és gondossággal gyógyítok minden embert. Tudásomat és gyakorlati ismereteimet állandó képzéssel magas szinten tartom, de ismereteim és képességeim korlátait is tudomásul veszem. Az orvosi működésemmel kapcsolatos etikai követelményeket tiszteletben tartom. Arra törekszem, hogy az orvostudomány, valamint a Debreceni Egyetem jó hírnevét öregbítsem és megbecsülését előmozdítsam.”

Az eskü „Egyenlő figyelemmel és gondossággal gyógyítok minden embert” mondata egyértelműen tükrözi, hogy hátrányos megkülönböztetés nélkül az orvos vállalja, hogy minden beteget ellát. Az általános és alapvető higiéniai előírások betartásával nem adható tovább a HIV fertőzés a kórházi kezelések során. Az ESZCSM rendelet így fogalmaz a témával kapcsolatban:

„ 7. § (1) Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során a betegellátással összefüggő tevékenységet úgy kell megszervezni, hogy a HIV-vel történő fertőződés lehetőségét a munkavédelmi, a kórházhigiénés szabályok maradéktalan betartásával a lehetséges legkisebb mértékűre csökkentsék.

(2) Amennyiben az egészségügyi dolgozót tevékenysége közben HIV fertőzött vérrel tű-, éleseszköz-sérülés vagy tartós nyálkahártya-, bőrexpozíció ért, a közvetlen ellátását követően a fertőződés kialakulásának kockázatát munkáltatónak értékelnie kell, és a fertőződési kockázat megléte esetén haladéktalanul, a sérülést, illetőleg az expozíció megszűnését követő lehető legrövidebb időn belül számára fel kell ajánlani a fertőződés kockázatának csökkentésére alkalmas megelőző kezelést.”

Ha a kórházi személyzet, orvos illetve ápoló olyan sérülést szenved, ahol fenn állhat a fertőződés kockázata, ilyen esetekben lehetőség nyílna HIV-teszt elvégzésére, ha ez nem ütközne jogszabályba és nem sértené a beteg önrendelkezéshez való jogát.

A HIV-tesztek közül az adott szituációban az antitestet kimutató teszt nem lehetne 100 %-ban megbízható, mivel az antitestek sok esetben csak 6-12 héttel a fertőzés után mutathatók ki a szervezetben. És mivel a vírus elleni antitestek még nem jelentek meg, éppen ezért a fertőzött személy ebben az akut HIV stádiumban (ún.ablak periódus) a legfertőzőképesebb.

Sokkal nagyobb biztonsággal alkalmazható az úgynevezett p24 antigén-teszt, amely a vírus fehérjéit mutatja ki, akár 1-2 héttel a fertőzés után, vagy a PCR teszt, amely a jelenleg létezőbb legérzékenyebb teszt és amelyet a vírusszám *(viral load)* meghatározására is használnak.

Amennyiben a kórházi személyzet orvosi beavatkozás során sérülés következtében HIV fertőzés veszélyének lett kitéve, alkalmazható az ún. posztexpozíciós profilaxis (PEP). Ez az aktív immunizációs eljárás hasznos azokban az esetekben, amikor a HIV fertőződés esélye nagy. Például ha szexuális kapcsolat alkalmával HIV fertőzött személlyel az óvszer elszakad (Hetz, S. et.al. 2003).

A poszexpozíciós profilaxis semmiképp nem hasonlítható össze például az „esemény utáni” tablettával. Az eljárás során legalább 4-6 héten keresztül azok az vírusellenes gyógyszerek kerülnek alkalmazásra, amelyeket a HAART - azaz a *highly active antiretroviral therapy* - magyarul antiretrovirális terápia esetén alkalmaznak. A fertőzés kockázata esetén a biztos hatás érdekében a kezelést célszerű már 2 órával az esetleges fertőzést követően megkezdeni, de legkésőbb 24-72 órán belül van értelme.

Tehát ezen módszerrel kórházi baleset esetén a fertőzés elkerülhető.

Az Alaptörvény megfogalmazza a már említett esélyegyenlőséget mindenki számára, fajra, színre, nemre, fogyatékosságra, nyelvre, vallásra, politikai vagy más

véleményre, nemzeti vagy társadalmi származásra, vagyoni, születési vagy egyéb helyzetre való különbségtétel nélkül, továbbá támogatja a gyermekvállalást, amely az orvostudománynak köszönhetően HIV fertőzött párok számára sem elérhetetlen. Ha sikerrel jár a fogamzás, az antiretrovirális terápia segitségével a gyermek 99 % valószinűséggel egészségesen születik. A terápia nélkül 30-40 %-os esély van rá, hogy a gyermek HIV vírussal fertőződjön. Anyáról gyermekre történhet a fertőződés perinatális, tehát a terhesség alatt, szülés közben és anyatejes táplálás során. Ezt elkerülendő javasolt a már említett antiretrovirális terápia alkalmazása a várandósság során. Az első trimeszterben nem alkamazható bármelyik antiretrovirális szer, mert némelyik teratogén hatású, de mivel az anyáról-magzatra fertőzés általában a 16-20. terhességi hét között következik be, így ez nem jelent különösebb kockázati faktort. A megfelelő terápia és gyógyszerek összeállítása normál esetben is nagy kihívás és számos faktortól függ, de gyermekvállalás esetén még összetettebb a dolog (*Aspekte, Schwangerschaft & HIV*, Nr.8. / Stand März 2001, Die AIDS-Hilfen Österreichs, kiadvány).

Mivel a legtöbb továbbfertőzés anyáról gyermekre szülés közben történik, ezért számos orvos Nyugat-Európában HIV fertőzött anya esetén tervezett császármetszést javasol, amelyet röviddel a terminus előtt végeznek el.

Bármennyire is fontos az anyatejjel való táplálás az újszülött számára, ettől a HIV fertőzött anyának tartózkodni kell, mivel - mint a többi testváladék - így az anyatej is tartalmaz HIV vírusokat.

A gyermekvállalás és fogantatás lehetőségei attól függően változnak, milyen a pár „összetétete".

Szerodiszkordáns párok esetén, abban az esetben, ha a pár nő tagja HIV fertőzött, a férfi pedig HIV negatív, a következő a teendő, hogy a teherbeesés eredménynyel járjon.

Mivel minden egyes szexuális kapcsolat során 0,1-1 % az esély a fertőzés továbbadására, ezért az orvosok az ún. ön-inszeminációs módszert javasolják elsősorban. Ez annyit jelent, hogy az óvszerrel való védekezés után a HIV negatív partner hímivarsejtjeit műanyag fecskendő segítségével eljuttatják a megfelelő helyre (tű nélkül).

Mivel a HIV fertőzés nagymértékben befolyásolja a nők hormonháztartását, ezért a HIV fertőzött nők termékenysége csökkenhet, valamint a HIV fertőzött nőknél gyakrabban előfordul kismedence - és egyéb nőgyógyászati gyulladás, amely a termékenységet negatív irányban befolyásolja.

Amennyiben az ön-inszeminació nem jár eredménnyel, abban az esetben lehetőség nyílik a mesterséges megtermékenyítés különböző formáira, amelyet hazánkban a társadalombiztosítás támogat.

Inrtauterin inszeminació során a HIV negatív partner hímivarsejtjeit a szakemberek bejuttatják a méhbe illetve petevezetékekbe. Ennek az eljárásnak a sikere alkalmanként 15 %-ra tehető.

Az úgynevezett In Vitro Fertilizáció (továbbiakban IVF, azaz lombik eljárás) során a HIV fertőzött anya petesejtjeit egy üveglapon megtermékenyítik a HIV negatív partner hímivarsejtjével, és a már „kész" embriót ültetik vissza az anyaméhbe.

Abban az esetben, ha a pár férfi tagja HIV fertőzött, így is van esély a gyermekvállalásra mesterséges megtermékenyítés útján. Mivel megfelelő antiretrovirális terápia esetén is tartalmazhatnak a hímivarsejtek HIV vírusokat, ezért kifejlesztettek egy olyan eljárást, amely során a hímivarsejteket szétválasztják az ahhoz kapcsolódó fehérvérsejtektől. Az így „kimosott" nem fertőző hímivarsejtet a már fennt említett inszemnáció vagy IVF segitségével bejuttatják a HIV negatív anya szervezetébe. Mivel minden egyes inszemináció alkalmával csak 15% az esély arra, hogy sikeres legyen, ezért valószínű több beavatkozásra is szükség lehet, amely lelkileg az „egészséges" párok számára is kihívás (*Aspekte, HIV und Frauen,* Nr. 41 / Stand November 2011, Die AIDS-Hilfen Österreichs, kiadvány).

Szerokonkordáns párok esetén - ahol mindkét fél HIV státusza pozitív - a helyzet egyszerűbbnek tűnik, azonban nem az. Az orvosok akkor sem javasolják a védekezés nélküli szexuális kapcsolatot, ha mindkét fél fertőzött. Ugyanis ha egy már HIV-fertőzött személyt újabb HIV-fertőzés ér, de ezúttal olyan vírustözzsel, amellyel addig még nem találkozott , ún. szuperinfekciók alakulhatnak ki.

Ezek a szuperinfekciók egyes antiretrovirális gyógyszerekkel szemben rezisztanciát mutatnak, melynek következtében a terápia eredménytelenné válhat (*med update, Superinfektionen so häufig wie Primärinfektionsrate?* Nr. 06.2012, Die AIDS-Hilfen Österreichs, kiadvány).

Legújabb svájci kutatások és kísérletek arra utalnak, hogy szerodiszkordáns és szerokonkordáns párok is nemzhetnek természetes úton gyermeket. A fertőzés továbbadása szerodiszkordáns párok esetén a minimálisra csökkenthető, de 100 %-ig nem kiküszöbölhető.

Ebben az esetben a HIV fertőzött fél intenzív antiretrovirális terápiában részesül, ahol cél a vírusszám minimalizálása. Ha a vírusszámot folyamatosan egy határszint alá tudják csökkenteni, akkor lehetőség van arra, hogy a nő termékenységi ciklusát követve - esetleg a peteérést is stimulálva - természetes úton is megtörténjen a fogamzás. Ez a módszer nem teljesen veszélytelen, a vírus továbbadására van egy minimális esély. Heteroszexuális kapcsolatban a továbbfertőződés esélye 0,1-1 % között mozog, antiretrovirális terápia alkalmazásával ez az arány még alacsonyabbra csökkenthető. Egyéb meglévő szexuális úton terjedő betegségek növelik a fertőződés kockázatát, ezeket ki kell előzőleg zárni. Ezt azért tartom fontosnak megemlíteni, mivel a HIV fertőzött személyeknél nagyobb eséllyel előfordulhatnak ilyen jellegű fertőzések, és a fertőzés továbbadása szempontjából már a legkisebb gyulladás is rizikófaktornak tekinthető.

Ha a fennt említett módszerek bármelyike sikerrel jár és megtörténik a fogamzás, valamint a gyermek megszületik, a szülés után az újszülöttet 6 héten keresztül antiretrovirális kezelésben kell részesíteni, ezzel is csökkentve a fertőzés kockázatát.

Ha a gyermek megszületett, az anya mihamarább szeretne megbizonyosodni arról, hogy gyermeke megkapta-e a fertőzést avagy sem. A fertőzés lehetőségét azonnal a születés után 100 % bizonyossággal nem lehet teljesen kizárni. A fertőzés megállapítására szolgáló ELISA teszt, amely az antitesteket mutatja ki, ebben az esetben nem használható, mivel minden HIV pozitív anyától született gyermek vérében megtalálhatók ezek az antitestek, melyek körülbelül a gyermek másfél éves korára tűnnek el a szervezetből. Teljesen kizárni az újszülött fertőzöttségét csak akkor lehet, ha a szülést követő 6 hónapban elvégzett PCR teszt - amellyel a vírusszám is mérhető - több alkalommal negatív eredményt ad (*Aspekte, Schwangerschaft & HIV*, Nr.8. / Stand März 2001, Die AIDS-Hilfen Österreichs, kiadvány).

A fennt levezetett lehetőségek azt bizonyítják, hogy a gyermekvállalás és a családalapítás, amelyek alapvető emberi jogok, az orvostudománynak köszönhetően mindenki számára biztosítotttak egészségi állapottól függetlenül.

A fennt említett bíztató adatok ellenére is csak ritkán vállalnak HIV fertőzött párok gyermeket, mivel jövőjüket - és a születendő gyermek jövőjét is - bizonytalannak érzik. Másrészt - mivel a fertőzött személyek orvosi ellátását gyakran elutasítják, ezért - nem vagyok biztos abban, hogy hazánkban a fennt említett eljárások a gyakorlatban is kivitelezhetők.

4.2. Az első HIV fertőzöttekre vonatkozó rendelet Magyarországon

Az 5/1988. (V.31.) SZEM rendelet a szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátlása érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálat elrendeléséről (továbbiakban SZEM rendelet) volt az első a hazai jogban, amely a HIV vírus megjelenése után hazánkban megszületett. Ez a rendelet a hagyományos járványügyi modellre épült, de már nincs hatályban. A törvény több helyen sértett alapvető emberi jogokat, így például az önrendelkezéshez és a tájékozott beleegyezéshez való jogot, valamint sértette a fertőzött személy magánélethez való jogát is, ezért az Alkotmánybíróság a 27/2002 (VI.28) számú határozatával hatályon kívül helyezte.

A SZEM rendelet a ma hatályban lévő ESZCSM rendelettel szemben számos esetben előírta a kötelező szűrővizsgálatot. A rendelet életbe lépésével megkezdődött a rizikócsoportok felkutatása, amely sok esetben túllépte a zaklatás határait. A rendelet szerint kötelesek voltak HIV-szűrésen részt venni

- a nemibetegek, vagy azok a személyek, akiknél egy nemi betegség gyanúja felmerült
- a HIV fertőzött személy szexuális partnerei, valamint a fertőzött személy környezetében élők is, ha felmerült a fertőzöttség gyanúja
- prostitúció miatt büntetőeljárás alatt álló személyek
- büntetésvégrehajtási intézetben szabadságvesztésüket töltő személyek és javítóintézetben elhelyezett fiatalok, valamint intravénás kábitószer használó személyek

A SZEM rendelet szerint megerősítetten pozitív eredmény esetén értesítették a lakóhely szerinti illetékes szakrendelést, aki a fertőzött személyt gondozásba vette. Ezen a ponton sérült a fertőzött személy magánélethez való joga. Mivel kisebb települések esetén a titoktartási kötelezettség betartását sok esetben figyelmen kívül hagyták, ennek következtében az érintettek stigmatizálva lettek. A jelenleg hatályban lévő ESZCSM rendelet szerint a járványügyi adatok személytelen módon is regisztrálhatók, ezzel tiszteletben tartva az információs önrendelkezéshez való jogot.

A SZEM rendelet megkülönböztette a HIV fertőzött személyeket attól függően, mi volt a fertőzés forrása. Ha a HIV fertőzés hematológiai úton történt, akkor a gondozást az Országos Hematológiai és Vértranszfúziós Intézet látta el. Ha a fertőzés szexuális kapcsolat következménye volt, akkor az ellátást az Országos Bőr-, Nemikórtani Intézet, valamint a kórház - rendelőintézet bőr - és nemibeteg gondozója végezte. Ez ellentétben állt a ma hatályos eü. tv. 7. §-ban megfogalmazott egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátással.

Az ESZCSM rendelet szerint a HIV fertőzött személyek gondozását a fertőzés módjától függetlenül ugyanazon intézmények végzik. Ezen intézmények a következők:

- Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika
- Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet felnőtt, illetve gyermek HIV ambulanciái
- valamint kijelölt bőr - és nemibeteg-gondozó intézetek

A kezelésben való részvétel a ma érvényben lévő rendelet szerint önkéntes módon zajlik, a régi SZEM rendelet viszont kötelezte a fertőzött személyt az együttműködésre. Az orvosi vizsgálatokon való részvétel elmulasztása járványügyi hatósági intézkedéseket vont maga után.

A fertőzött személy veszélyeztetett környezetét illetve szexuális partnereit a gondozó orvos köteles volt felkutatni, valamint az adott személyekkel a szükséges vizsgálatokat elvégeztetni, ezzel szintén sértve a magánélethez való jogot és az önrendelkezéshez való jogot. A régi rendelet szerint „a fertőzött személy egészségügyi ellátásában a gondozó orvosának tudtával közreműködő orvosokat a fertőzöttség tényéről tájékoztatni kellett".

Az Alkotmánybíróság 27/2002. (VI. 28.) számú határozata által hatályon kívül helyezett SZEM rendelet is lehetővé tette az anonim szűrővizsgálatot. Azonban ha az anonim szűrővizsgálat vérvétele pozitív eredménnyel zárult, a megerősítő vizsgálatra csak akkor kerülhetett sor, ha a vizsgált személy személyazonosító adatait átadta a vérvételt végző intézmény számára. A személyazonosító adatok átadása nélkül nem lehetett folytatni az anonim szűrővizsgálatot.

Ha a megerősitő vizsgálat is pozitív eredménnyel zárult, akkor ezt a fertőzött személy személyes adataival együtt jelezték a közegészségügyi hatóságnak - ebben az esetben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnak.

4. 3. Rendelet a HIV szűrővizsgálatok elvégzéséről

A hagyományos járványügyi modellre épülő SZEM rendelettel szemben a ma is hatályban lévő 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok rendjéről (továbbiakban ESZCSM rendelet) sokkal humánusabbnak mondható, mivel hangsúlyozza az önkéntesség elvén nyugvó szűrővizsgálatok kiterjesztését, valamint a fertőzött személyek diszkriminació-mentes egészségügyi ellátását.

Az ESZCSM rendelet mellett itt is fontosnak tartom megemliteni az eü. törvényt, amely megfogalmazza a beteg jogait és kötelezettségeit is, melyek a következők:

- az egészségügyi ellátáshoz való jog
- emberi méltósághoz való jog
- tájékoztatáshoz való jog
- önrendelkezéshez való jog
- valamint orvosi titoktartáshoz való jog

Az eü. tv. az egészségügyi ellátás során említi az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő orvosi ellátást, valamit a fájdalom csillapítását. HIV fertőzött személyeket gyakran ér ezen a ponton jogsérelem. Több esetben lehetett hallani történeteket, miszerint HIV fertőzött személy fogászati ellátását utasították vissza, mert közölte HIV státuszát. Ebben az esetben inkább beszélhetünk hátrányos megkülönböztetésről, mintsem egyenlő bánásmódról.

Mivel itt nem egyszeri esetről van szó, ezért a Szent László kórházban működik HIV fertőzöttek részére fogászati ellátás, szerda délutánonként. Akinek csütörtökön kezd el fájni a foga, akár egy hetet is várnia kell, ha máshol HIV státusza miatt elutasitják az ellátását. HIV fertőzött betegek műtéteit különböző okokra hivatkozva sokszor visszautasítják vagy elhalasztják. A Szent László Kórházban egyetlen sebész van, aki szinte az összes műtétet elvállalja. Szomorú a HIV fertőzött kismamák helyzete, hiszen a nőgyógyászok nem szívesen vállalják el a szülés levezetését. A vidéki HIV pozitív kismamákat gyakran Budapestre küldik szülni. Komplikáció vagy koraszülés esetén azonban érdekes helyzetek adódhatnak.

Magyarországon az orvosok tájékozottsága a HIV vírusról sok esetben hagy némi kívánnivalót maga után. A nem megfelelő információ és tudás többek között az egyik oka annak, amiért az orvosok nem szívesen látnak el HIV fertőzött pácienst. Az orvosokat szakiránytól függően évente akár több alkalommal is szűrik, aki a vírussal megferőződik, el kell hagynia az orvosi hívatást (http://www.nepszava.hu/articles/article.php?id=494729).

Az eü. tv. is említést tesz járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatokról. Bizonyos esetekben kötelező a HIV szűrés, ezek az esetek a következők:

- ha a személy foglalkozása közben saját vére vagy váladéka útján a vírust másnak továbbadhatja, valamint foglalkozása során más személyek vérével illetve váladékával megfertőződhet
- invazív beavatkozásokat végző orvosok
- véradáson donorként részt vevő személy
- anyatejet adományozó anya
- szervdonor
- bűncselekménnyel gyanúsított személy, ha az elkövetés során a fertőzést átadhatta ill.
- megfertőződhetett
- bűncselekmény sértettje (pl. nemi erkölcs elleni bűncselekmény) ha a fertőzés kockázata fennáll
- akit a törvény külön erre kötelez

A fennt említett eseteken kívül HIV szűrővizsgálat csak az érintett személy beleegyezésével történhet, a személyazonositó adatok átadása a vizsgálat bármely szakaszában megtagadható. A személyazonositó adatok átadásának megtagadása esetén is ell kell végezni a vizsgálatot.(Anonim szűrővizsgálat)

Míg a régi SZEM rendelet a rizikócsoportba tartozó személyeket - így homoszexuálisokat, vérzékenységben szenvedőket, rabokat - azok környezetét illetve szexuális partnereit felkutatva kötelezte őket a szűrővizsgálatra, a ma érvényben lévő rendelet szerint a HIV fertőzött személy tájékoztatása után ezen személyeknek felajánlhatja az önkéntes szűrővizsgálat lehetőségét.

Kötelező szűrővizsgálat esetén a vizsgált személy adatait úgy rögzítik, hogy ahhoz illetéktelen személy ne férhessen hozzá. A vizsgálat után a levett vért a kísérő lappal elküldik a laboratóriumba, a kísérő lapon azonban kötelező szűrővizsgálat esetén sem szerepel a vizsgált személy neve, hanem kizárólag csak a TAJ szám, a vérvétel dátuma és a kezdeményezés módja. Tehát nevesítés nélkül is biztosítható a minta azonosíthatósága.

Annak ellenére, hogy a ESZCSM rendelet sokkal „barátságosabbnak" mondható, mégis olvasni és hallani a médiában olyan történeteket, amelyek a régi időkre emlékeztetnek. Egyes Bőr - és nemibeteg gondozók nem közlik az első vérvétel pozitív eredményét a szűrésen részt vevő személlyel, hanem arra hivatkozva, hogy az előző vérminta megsemmisült, újból vért vesznek. A gyanakvó pácienst megnyugtatják, hogy szó sincs pozitív eredményről. Csak a már megerősítetten pozitív eredményt közlik az érintettel, esetleg tanácsadásban is részesítik. A tanácsadást jogszabály írja elő, sokszor mégsem kerül rá sor. 2011. márciusában megjelent a Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a szűrések rendjéről, amelyben tanácsadásról szó sem esik (http://www.nepszava.hu/articles/article.php?id=494729).

Problémát okoz, hogy a vidéki Bőr -és nemibeteg gondozók megvárják, amig egy bizonyos mennyiségű vérminta összegyűlik, és csak ezután küldik a fel Budapestre. A soproni kórházból körülbelül 2 havonta küldik fel a mintákat a laborba. Sok vidéki Bőr- és nemibeteggondozó a már nem hatályos rendelet szerinti partnerkutatási módszert alkalmazza, ezekre a helyekre nem szívesen járnak szűrésre.

A fennt összefoglaltakból kitűnik, hogy a jogi szabályozás ellenére sem egyszerű hazánkban a HIV fertőzöttek helyzete.

4.4. Az ausztriai HIV / AIDS-re vonatkozó jogi szabályozás

A szomszédos Ausztriában 1982/1983-ban regisztrálták az első AIDS megbetegedéseket. Az akkor érvényben lévő járványügyi törvény a HIV esetében - a betegség „mássága" miatt - nem tűnt alkalmazhatónak, ezért megszületett 1986-ban az ún. AIDS- Gesetz (AIDS-törvény), amely talán a legliberálisabbnak mondható az egész világon. A törvény 1. §-a meghatározza, hogy csak az a HIV fertőzött tekinthető AIDS betegnek, akinél a pozitív teszteredmény mellett legalább egy oppurtunista betegség megjelent. Az „egészséges", pontosabban tünetmentes HIV fertőzöttekre nem vonatkozik a törvény, így a jelentési kötelezettség sem, amely elsősorban munkajogi szempontból releváns. A 2. § előírja az orvosnak azon kötelezettségét, hogy az AIDS stádiumban lévő HIV fertőzötteket és az AIDS haláleseteket jelenteni kötelesek a Bundesministerium für sozialer Sicherheit und Generationen felé. A 3. § meghatározza, hogy az AIDS betegek és az ebből adódó halálesetek csakis anonim formában jelenthetők. Eszerint a jelentésben csak az érintett személy nevének kezdőbetűi, neme és születési dátuma szerepelhet. A 4. § előírja a prostituáltak kötelező szűrővizsgálatát, akik pozitív teszteredmény esetén nem folytathatják tevékenységüket. Az 5. § előírja az orvosok azon kötelezettségét, hogy a HIV fertőzött személyt megfelelő tájékoztatásban és tanácsadásban részesítsék

A HIV fertőzött személy a törvény értelmében nem köteles senkinek sem beszámolni HIV pozitív státuszáról. A munkahelyen nem kötelező közölni a fertőzöttnek HIV pozitív státuszát, akkor sem, ha erre a munkaadó egy állásinterjú során konkrétan rákérdez. Ebben az esetben a fertőzött személy nem köteles az igazságnak megfelelően válaszolni. A munkaadó nem kötheti az állás betöltését negatív HIV teszthez, kivéve prostitúció esetén. Ha az üzemorvos átfogó egészségügyi vizsgálat során tudomást szerez a munkavállaló HIV pozitív státuszáról, azt nem közölheti a munkaadóval, hanem kötelezi az orvosi titoktartás.

Ha a betegség AIDS stádiumban van, ebben az esetben a munkavállaló köteles közölni a betegséget munkaadójával, mivel ilyenkor már a munkabírás erősen korlátozva van a betegség miatt. A munkaadó a személyiségi jogok védelme miatt köteles ezt az információt titokként kezelni, a munkavállalót betegsége miatt elbocsájtani nem lehet. Ha - akár más okra hivatkozva is - megszüntetik munkavi-

szonyát, jogorvoslatért az Arbeiterkammer-hoz (munkaügyi Kamara) fordulhat. Ilyen esetekben a munkaadó kártérítéssel számolhat.

Ausztriában a HIV fertőzés szexuális úton történő továbbadása - ha a fertőzött tisztában volt HIV pozitív státuszával - büntetőjogi következményeket vonhat maga után.

Ha a HIV fertőzött személy óvszer használata nélkül szexuális kapcsolatot létesít egy másik személlyel úgy, hogy előtte nem közölte HIV pozitív státuszát, ebben az esetben akár börtönbüntetésre is számíthat. A fertőzött személy akkor is büntethető, ha partnere a szexuális kapcsolat során nem fertőződött meg, mivel az életét veszélyeztette. Ha a partner tud a fertőzöttségről, mégis beleegyezik az óvszer használata nélküli kapcsolatba, akkor a fertőzött személy nem büntethető. Ezt viszont utólag nehéz bizonyítani.

Az auszriai jogszabályok szerint, aki vérvételen donorként jelentkezik, köteles közölni, ha fennálhat a fertőzés veszélye, például ha gyakran váltogatja szexuális partnereit. Ha valaki a véradás lehetőségét arra használja fel, hogy meggyőződjön negatív státuszáról, ez szintén büntetőjogi következményeket vonhat maga után. Itt érdemes megemlíteni, hogy hazánkban sokan azért vesznek részt donorként véradáson, mert HIV tesztet is végeznek. Ez további etikai kérdéseket vet fel.

A szomszédos ország HIV fertőzötteit nem kötelezi a törvény arra, hogy orvosi kezelés, fogászati beavatkozás stb. előtt az orvost tájékoztassák HIV pozitív státuszukról, még AIDS stádiumban sem. Viszont javasolja abból adódóan, hogy az orvosok méginkább óvatosabban járjanak el a kezelés során, betartva az elővigyázatosság szabályait. Az osztrák törvényhozás abból indul ki, hogy bárki lehet fertőzött - az is aki nem is tud betegségéről - ezért az orvosoknak mindenkinél ugyanolyan körültekintően és a higiéniai előírásokat betartva kell eljárni (*HIV / AIDS und Recht,* 2012, Die AIDS-Hilfen Österreich, kiadvány).

4.5. Beutazási - és tartózkodási engedély HIV fertőzés esetén

A vírus terjedésétől tartva egyes országok hoztak olyan rendelkezéseket, amelyek a HIV fertőzött személyek beutazási- illetve tartózkodási engedélyét korlátozzák. Ezen szabályozások azonban kritikára adnak okot, hiszen nem az intergrációt segítik elő, hanem a fertőzöttek kirekesztődését.

Azokból az országokból, ahol magas a fertőzöttek száma, szinte lehetetlen beutazási engedélyt kapni az USA-ba. De nemcsak az Amerikai Egyesült Államok, hanem Líbia és Irak is korlátozta HIV fertőzöttek számára a beutazást. Az Európai Uniós országok között egyedül Németország egyik tartománya - Bayern - hozott olyan rendelkezést, amely korlátozza a fertőzött nem uniós polgárok számára a beutazást. A rendelkezés nem vonatkozik a svájci és norvégiai HIV fertőzöttekre (Hetz, S. et al. 2003).

5. Primer kutatás

5.1. A kutatás célja

A szakirodalom áttekintése során azt tapasztaltam, hogy a HIV / AIDS témában hazánkban csak az orvostudomány keretein belül készültek kutatások, melyek a HIV egészségügyi aspektusaira helyezik a hangsúlyt. A HIV fertőzés okozta szociális- és jogi következményekkel, valamint a HIV fertőzötteket érintő diszkriminációval magyar szakirodalom nem foglalkozik. Az előítéletekről és stigmákról születtek szociálpszichológiai elméletek, azonban ezek közül sem mindegyik kapható magyar fordításban. Így Goffman: Stigma című műve sem, amely a társadalmon belüli megbélyegzés formáival foglalkozik.

Véleményem szerint a HIV fertőzés egészségügyi oldala mellett a szociális oldal sem elhanyagolható.

Kutatásom célja, hogy a HIV fertőzötteket érintő negatív társadalmi attitűd miértjeire választ kapjak.

Hipotézisem szerint a HIV fertőzötteket érintő diszkrimináció nagyrészt a fertőzéssel kapcsolatos tájékozatlanságból adódik. Mivel a betegség 30 évvel ezelőtt elsősorban azokat a társadalmi csoportokat érintette, amelyek már eleve diszkriminálva voltak - így a homoszexuális férfiak, intravénás droghasználók valamint a fekete népesség - ezért a társadalom szemében kialakult egy negatív kép a fertőzöttekkel kapcsolatban. A negatív kép annak köszönhető, hogy a társadalmi normákkal a fennt említett magatartásformák sok esetben nem összeegyeztethetők. A HIV vírusa azonban nemcsak a fennt említett módokon terjed, hanem a normák megszegése nélkül is továbbadható. Sok új fertőzés hazánkban is heteroszexuális kapcsolat következménye.

Feltételezésem szerint a HIV / AIDS-től való - sokszor túlzott és alaptalan - félelem oka szintén a tájékozatlanságnak tudható be. A HIV vírusa rendkívül érzékeny, levegőn pár perc alatt elpusztul, a hétköznapi érintkezés során abszolút nem fertőzőképes. Mivel a vérkészítményeket és a várandós kismamákat is szűrik, ezért szinte csak szexuális kapcsolat vagy intravénás droghasználat során lehet megfertőződni. A betegség jól kezelhető, mégis sokan egyenlőnek tekintik a halálos ítélettel.

Hipotézisem szerint a negatív társadalmi attitűd hozzájárul ahhoz, hogy a népesség még anonim módon sem szeretne szűrésen részt venni. Sokan gondolják úgy, hogy a téma nem aktuális, mivel a mi társadalmunkat nem érinti. A kirekesztettségtől való félelem nagymértékben hozzájárul ahhoz, hogy a fertőzött személyek nem vállalják fel HIV pozitív státuszukat.

5.2. A kutatás módszere

Kutatásom során kérdőíves felmérést készítettem. Két kérdőív került felhasználásra. Az első kérdőívvel a nem fertőzöttek csoportját céloztam meg, véleményüket

hét fokozatú Likert attitűdskála segítségével sikerült összesítenem, ahol egy állítással való egyetértés mértékét, vagy egy vélemény helyeslését kellett a válaszadónak kifejeznie a következő választási lehetőségek szerint.

1. Egyáltalán nem értek egyet
2. Nagyrészt nem értek egyet
3. Nem túlságosan értek egyet
4. Közömbös számomra
5. Csak kismértékben értek egyet
6. Nagyrészt egyetértek
7. Teljes mértékben egyetértek

A kérdőív elektronikus alapú, webes felületen került kialakításra. A linket a NEPTUN rendszeren keresztül a rendszergazda segítségével sikerült eljuttatni a Nyugat-magyarországi Egyetem hallgatóinak, de különböző gyakran látogatott online felületeken is elérhetővé tettem, például Facebook, Nők Lapja Cafe fóruma, valamint Házipatika fórum. A kérdőíves vizsgálatot 2012. október 9-én tettem közzé és 2012. október 21-én zártam le.

5.3. A kutatásban részt vevők adatai

A kérdőívet a közzététel után 382 fő töltötte ki, 356 nő és 26 férfi. A legfiatalabb válaszadó 18 éves, a legidősebb 68 éves volt. A kitöltők közel 80%-a (azaz 313 fő) 20 és 40 év közötti korosztályt képviselik. A válaszadók átlagéletkora 30,3 év.

A területi eloszlás szerint a legtöbb kérdőívet Győr-Moson-Sopron megyében, valamint a fővárosban és környékén töltötték ki.

6. A kutatás eredményei

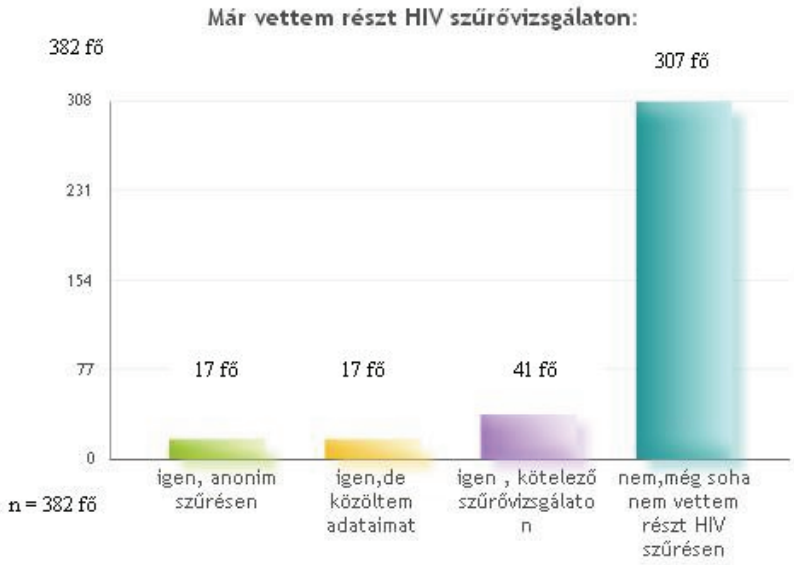
6.1. A HIV fertőzés aktualitása

Kutatásom során szerettem volna képet kapni arról, hogy a társadalom és a mai fiatal korosztály mennyire tartja aktuálisnak a HIV / AIDS kérdést, valamint mennyire érzik magukat veszélyeztetve.

Első kérdésemben arra kerestem választ, hogy hányan éltek az eddigiek során a HIV szűrés lehetőségével. A válaszadók közül 307 személy (80,4%) még soha nem vett részt HIV szűrővizsgálaton. 41 személy (10,7%) adta meg válaszként, hogy kötelező HIV szűrővizsgálaton vett részt. 17 személy (4,5%) válaszában jelezte, hogy a szűrővizsgálat „nevesített” formáját igénybe vette, és szintén 17

személy (4,5%) válaszolta, hogy anonim szűrésen vett részt. Az 1. számú ábrán egyértelműen látszanak az arányok.

1.számú ábra



Forrás: szerző műve

A kérdőív végén található opcionális kérdésnél sokan jelezték, hogy mivel rendszeres véradók, ezért a kötelező szűrővizsgálat lehetőséget jelölték meg válaszként. Egy személy jelezte, hogy kifejezetten a HIV szűrés miatt jár vért adni, ezért a kötelező szűrés kategóriát jelölte meg. Hazánkban köztudott, hogy a véradókat szűrik. Véleményem szerint azonban etikátlan „csak" a szűrés miatt véradáson donorként megjelenni. Mivel véradás alkalmával a donornak nyilatkoznia kell esetleges fertőzések lehetőségéről, ezért ha valaki a szűrés szándékát jelöli meg a véradás okának, nyilván fennál a fertőzés kockázata, akkor is, ha az minimális. Annak ellenére, hogy a donorvért szűrik, ahol emberek dolgoznak, kell számolni egy minimális hibakockázattal. Vannak országok - például a szomszédos Ausztria - ahol büntetőjogi következményekre számíthat az, aki a véradás lehetőségét kifejezetten a HIV szűrés célzatával használja.

Az 1 számú ábrából is kitűnik, hogy a válaszadók 80,4 %-a eddig a szűrés egyik formáját sem vette igénybe. Az anonim szűrővizsgálatot igénybe vevők közül a legfiatalabb 27 éves, a legidősebb 42 éves volt. Az anonim szűrések alacsony száma meglepett, hiszen a jogszabály lehetővé teszi a szűrővizsgálat ezen formáját. A szomszédos Ausztriában egészségügyi centrumok reklámozzák fiatal párok

számára a szűrés lehetőségét, amely nemcsak a HIV vírusra, hanem a Hepatitis B -, és C vírusokra is kiterjed.

A felmérésben részt vevők válaszai is igazolják a tényt, miszerint az Uniós országokban nálunk az ötödik legalacsonyabb a szűrések száma. Az alacsony szűrési arányból következtetni lehet a fel nem derített fertőzésekre.

A fennti adatokat összevetve egyes kérdésekre adott válaszokkal, ellentmondásokat véltem felfedezni.

A kutatásban részt vevő személyek 86,7 %-a, azaz 331 fő mindenképpen szeretné tudni, ha megfertőződne a vírussal. A kérdésre válaszolók válaszainak átlaga 6,66 (1-től 7-ig skálázva). Ennek ellenére mégis nagyon alacsony a szűrések száma. Az ellentmondásból arra tudok következtetni, hogy a HIV fertőzés veszélyeiről kevés szó esik a fiatalok körében.

Az opcionális kérdésre adott válaszokban többen jelezték, hogy kevés információval rendelkeznek a témával kapcsolatban. A nyitott kérdésre adott válaszokból idézek:

„Mivel folyamatosan ellentétes infókat kapok a HIV/AIDS-ről, nem érzem kompetensnek magam a témában."

„Kevés információ jut el az emberekhez a témával kapcsolatban. Több előadás, könyvek, szórólapok, ismeretterjesztő anyagok kellenének „

„Egy tapasztalatom van, méghozzá egy egészségügyi dolgozó hozzáállása... A párommal a kapcsolatunk elején csináltattunk tesztet. Amikor tőle vették a vért, akkor a nővér megkérdőjelezte az egymás iránti bizalmunkat, mondván, ha a bizalom megvan, minek a teszt?? Most komolyan, normális?? „

„Nagyobb súlyt kellene fektetni a prevencióra, már nagyon fiatal korban, iskolai keretek között, akár órai foglalkozáson- kötelező tantárgyként! - kellene a fiatalok rávezetni, hogy milyen veszélyekkel jár ez a betegség, és milyen lehetőségek vannak ennek megelőzésére. „

„Iskolai prevenciós tapasztalataim szerint a kamaszoknak vannak bizonyos információik, melyek csak részben helytállóak, és nagyon hiányosak. Ez nyilván abból adódik, hogy ez a téma tabuként kezelt, pedig azt gondolom, megfelelő információk birtokában az orvosi segítség mellett mi magunk is nagyban segíthetnénk az érintettek életminőségének javulását."

„Annak ellenére, hogy egy ideig a „csapból is ez folyt", gyakorlatilag semmit nem tudok sem a fertőzésről, sem a fertőzött emberek életéről."

„Nem találkoztam még HIV-fertőzött emberrel (legalábbis nem tudok róla), de szociálpedagógia szakos hallgatóként úgy veszem észre, hogy hatalmas az előítélet és a tudatlanság az emberekben. A magyar nép amúgy sem egy elfogadó, toleráns társadalom, de a tudatlanság, a felvilágosítás hiánya még inkább elmélyíti ezt. Többet kellene ezzel a témával foglalkoznunk. Úgy veszem észre, nincs is ilyesfajta igény az emberekben, van egy véleményük, ami legtöbbször befolyásolhatatlan és megmásíthatatlan, berögzült. A gyerekeket is elfogadásra kellene nevelni.. „

„Úgy tapasztalom, hogy a téma egyáltalán nincs benn a köztudatban és ez elég nagy probléma. Főleg, ha a fiatalokra gondolok, akik sokszor meggondolatlanul lépnek szexuális kapcsolatra. „

„Manapság keveset hallok erről a betegségről, és ez a teszt jó volt arra, hogy kicsit körültekintőbben járjam a „világot".

„A mai fiatalok nincsenek kellő képen felvilágosítva a veszélyekről, arról , hogy ne „ismerkedjenek" fűvel-fával. „

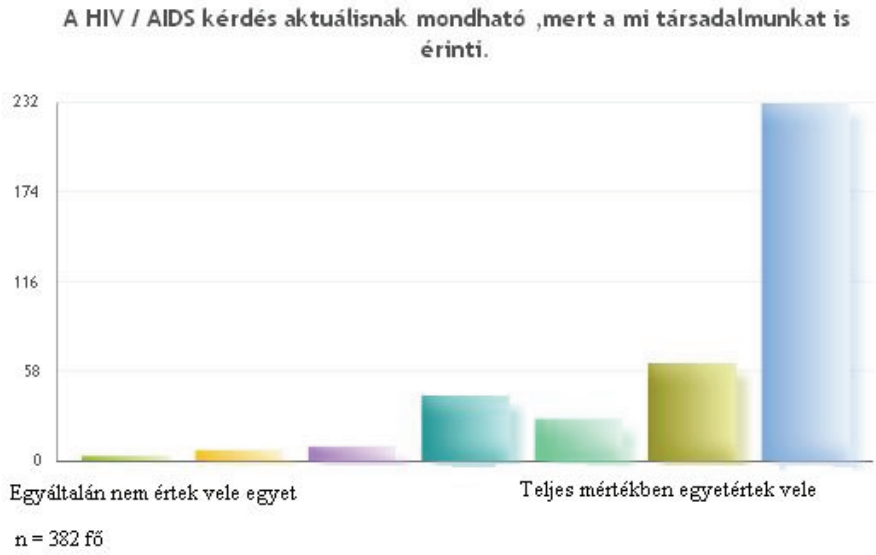
„Társadalmi és beteg-felvilágosiítás, pszichés segítségnyújtás / gondozás, ez a nyitja a dolognak. Persze az előítéletet kellene csökkenteni. Többek közt ezt kellene tanítani / megbeszélni a suliban a 6. tornaóra, 24. angolóra vagy 92. informatikaóra helyett. „

A kutatásban részt vevők visszajelzéseiből egyértelműen kitűnik, hogy nagyon kevés a hiteles információ a HIV fertőzésssel kapcsolatban. Nemcsak szükség, hanem igény is lenne több felvilágosító programra. Mivel kevés szó esik a HIV fertőzésről, ezért a fiatalok nem érzik magukat veszélyeztetve, valószínű ezzel magyarázható a szűrések alacsony száma.

Következő kérdésemben arra kerestem a választ, hogy a válaszadók véleménye szerint mennyire aktuális a HIV /AIDS kérdés a mi társadalmunkban.

A felmérésben résztvevők válaszainak átlaga 6,13 (1-től 7-ig skálázva), tehát nagyon is aktuálisnak gondolják a témát. A 2. számú ábrából is kitűnik, hogy a válaszadók 60,5 %-a teljes mértékben aktuálisnak tekinti a kérdést.

2 számú ábra



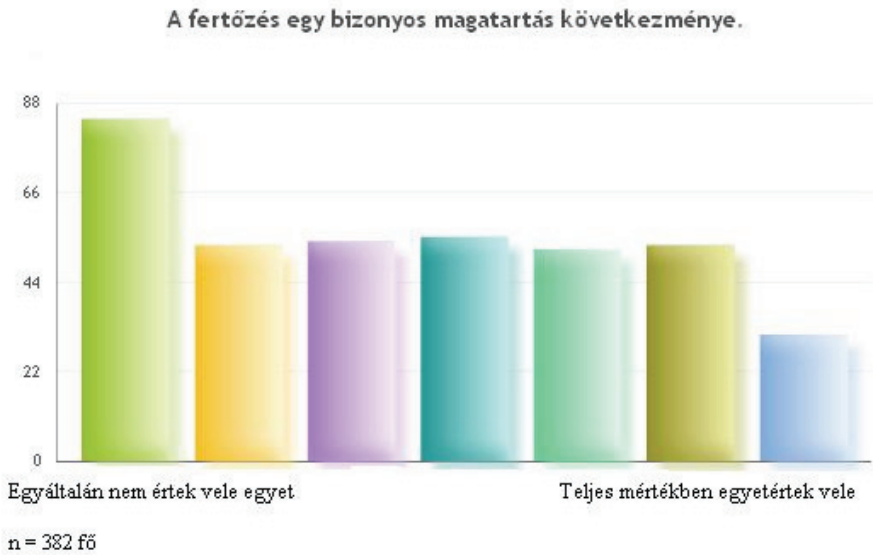
Forrás: szerző műve

6.2. Az érintettek köre

A kérdőív egyik állítása szerint a HIV / AIDS csak a homoszexuálisokat, prostituáltakat és a droghasználókat érinti. Ezzel a ponttal a felmérésben részt vevő személyek többsége (58,7%) egyáltalán nem értett egyet. 224 fő jelölte meg az első választ, 62 fő a második válaszlehetőséget. A kérdőívet kitöltő 382 fő válaszainak átlaga 1,98 (1-től 7-ig skálázva). Csupán 5 fő értett teljes mértékben egyet az állítással, miszerint a betegség csak a homoszexuálisokat és droghasználókat érinti, ami viszonylag elenyésző az arányokat tekintve.

Következő kérdésemre - miszerint a fertőzés egy bizonyos magatartás következménye - nagyon eltérő válaszokat kaptam. A kutatásban résztvevő 382 fő válaszainak átlaga 3,58 (1-től 7-ig skálázva). Az eltérő válaszok ellenére, a válaszadók legnagyobb aránya 84 fő (22%) egyáltalán nem ért egyet ezzel a kijelentéssel. Az 3. számú ábrából is kitűnik, hogy a kérdéssel kapcsolatban nagyon eltérőek a vélemények.

3. számú ábra



Forrás: szerző műve

Az opcionális kérdésre adott válaszok közül idézek néhányat, amely ehhez a ponthoz kapcsolódik:

„ Őszintén sajnálom mindazokat, akik ebben a betegségben szenvednek, és nem gondolom, hogy feltétlen az ő hibájuk lenne, vagy a nem megfelelő életmódjuk vezetett ide, mert lehet, hogy csak egyszerűen nem volt szerencséjük. „

„ Úgy vélem, nagyobb eséllyel kapják el a homoszexuálisok, mert sérülékenyebbek aktus közben, és nagyobb eséllyel kapják el azok, akiknek sok partnerük van, és nem védekeznek megfelelően. Ettől függetlenül az is elkaphatja, akinek csak egy partnere volt. Emiatt mérsékelten egyetértek a kérdéssel. „

„ Meg kellett volna különböztetni, hogy valaki miért lett fertőzött. Ha az életmódja miatt (homo, drog, stb.) akkor nulla együttérzést tanúsítok. Ha véletlenül kapta meg, akkor sajnálom legalább, de akkor sem kívánok egy közösségben lenni vele. Mindezt nem azért, mert gonosz vagyok, hanem azért, mert a betegség gyógyíthatatlan. „

“ Ma már nem lehet véletlenül, vérátömlesztéssel, stb. HIV+ vá válni. Ezért írtam, hogy maga tehet róla. “

„Családunk egy közeli ismerőse az első áldozatok között volt. Vérátömlesztés során fertőződött meg, akkor még nem vizsgálták az adott vért. „

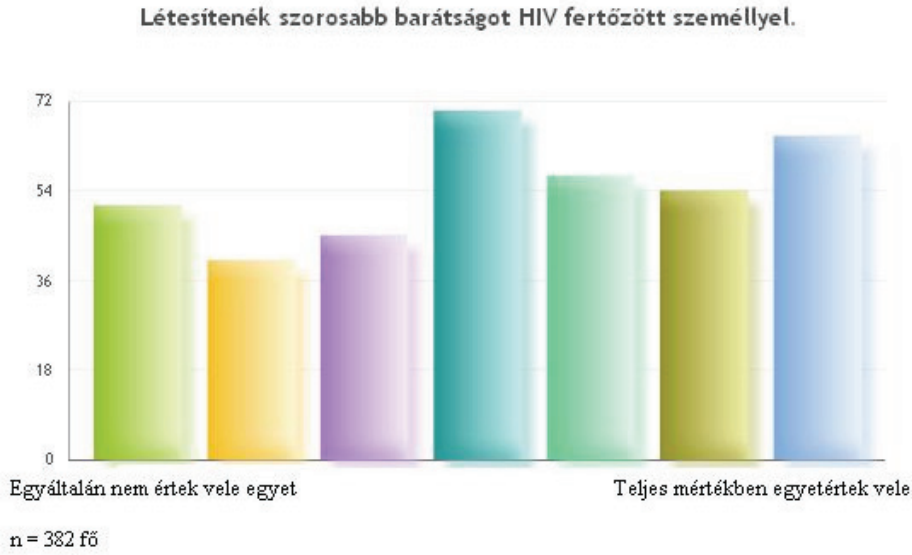
Az opcionális kérdésre adott válaszokból az derül ki, hogy sokaknál az együttérzés mértéke attól is függ, milyen úton fertőződött meg valaki. Ezt igazolják arra a kérdésemre adott válaszok, miszerint „Együttérzek a HIV fertőzöttekkel". A kutatásban részt vevő 382 személy közül 97 fő teljes mértékben együttérzést tanúsít. A második leggyakrabban bejelölt válasz a középső semleges válaszlehetőség volt, melyet 90 személy jelölt meg. A kérdőívet kitöltők válaszainak átlaga 5,03 (1-től 7-ig skálázva).

6.3. HIV fertőzés és magánélet

Kutatásom során fontosnak tartottam kitérni a HIV fertőzés és a magánélet kérdéskörre. Mivel egy szexuális úton terjedő betegségről van szó, ezért az érintettek magánéletére, párkapcsolatára egyértelműen negatív hatással lehet a fertőzés, valamint a párválasztást is erősen korlátozhatja. A kérdéseimben arra kerestem a választ, hogy a válaszadók milyen mértékben engednének magukhoz közel HIV fertőzött személyt. A kérdéseket baráti - és párkapcsolatra bontottam.

Az állításra, miszerint „létesítenék szorosabb barátságot HIV fertőzött személlyel", a kutatásban résztvevő 382 személy eltérő módon reagált. A válaszok átlaga 4,21 (1-től 7-ig skálázva). 65 személy teljes mértékben egyetértett a kijelentéssel, további 113 személy mérsékelten értett egyet. A legtöbben a semleges válaszlehetőséget jelölték meg, összesen 70 személy.

4. számú ábra



Forrás: szerző műve

A 4. számú ábrán látható, hogy a válaszadók többsége létesítene baráti kapcsolatot HIV fertőzött személlyel, mivel a vírus hétköznapi érintkezés során nem terjed.

„ Volt már HIV fertőzött közeli barátom, nem befolyásolta a tény a kapcsolatunkat. „- a nyitott kérdésre adott válaszok közül idéztem.

Következő kérdésemre, miszerint „a biztonságos szex szabályainak betartása mellett létesítenék párkapcsolatot HIV fertőzött személlyel" sokkal szélsőségesebb válaszokat kaptam. A kérdőívet kitöltő 382 személy válaszainak átlaga 1,91 (1-től 7-ig skálázva). A válaszadók 66%-a, azaz 252 személy semmiképp nem létesítene szexuális kapcsolatot HIV fertőzött személlyel, még a biztonságos szex szabályainak betartása mellett sem. A hazai orvosi gyakorlatban a szakirodalomból már említett posztexpoziciós profilaxis eljárást egyedül a László Kórházban alkalmazzák, mivel kizárólag ők adhatnak ki antiretrovirális gyógyszereket, tehát vidéki szerodiszkordáns párok nem kaphatnak „baleset" esetén azonnali orvosi segítséget.

Szintén a párkapcsolatot érintette következő állításom, miszerint „elhagynám a párom, ha egy vérvétel során fény derülne HIV pozitív srátuszára". Itt is érdekes eredmények születtek. A felmérésben résztvevő 382 főnek közel fele, azaz 45,1%, 172 személy semmiképp sem hagyná el a párját az adott esetben. A középső semleges válaszlehetőséget szintén sokan jelölték meg, összesen 73 személy. A beérkezett válaszok átlaga 2,69 (1-től 7-ig skálázva). Az 5. számú ábra illusztrálja a válaszok arányát.

5.számú ábra

Forrás: szerző műve

„A páromat abban az esetben hagynám el, ha a fertőződése a kapcsolatunk ideje alatt történne meg, neki „felróható" okból, azaz félrelépés következtében. Egyéb esetben mellette maradnék és támogatnám mindenben."

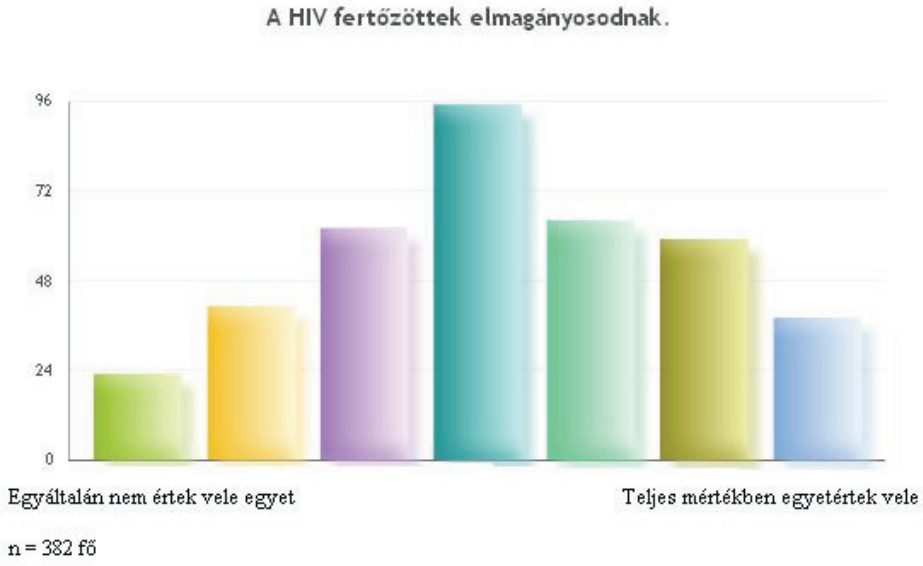
„Nem azért hagynám el a párom, mert fertőzött lett, hanem azért mert valami olyat tett, ami után többé nem bíznék benne. Ezalól egy eset kivétel, ha akarata ellenére valaki megfertőzi. pl. baleset, bűncselekmény...."

A nyitott kérdésben adott válaszokra a válaszadók utaltak arra, hogy nem mindegy, milyen úton történik adott esetben a fertőződés. Ha hűtlenség miatt, akkor valószínű befejeznék a kapcsolatot. De itt nem a fertőzés lenne az ok, hanem a megrendült bizalom. Érdekesség továbbá, hogy a 252 személy - akik nem hagynák el a párjukat - mindegyike nő. Ebből a női nem emocionális beállítottságára következtethetünk.

A magánéletet érintő kérdéskör következő állítása szerint „a HIV fertőzöttek is könnyen létesíthetnek párkapcsolatot". A kutatásban résztvevők válaszainak átlaga 2,48 (1-től 7-ig skálázva). A kérdőívet kitöltő 382 személy közül 117 fő egyáltalán nem ért egyet a kijelentéssel, de a 2. és 3. lehetőséget is sokan jelölték meg válaszként. A kitöltők szerint a HIV fertőzés erősen korlátozza a párválasztást.

A magánélet kérdéskörhöz tartozik a következő pont, miszerint a „HIV fertőzöttek elmagányosodnak". A beérkezett válaszok átlaga 4,22 (1-től 7-ig skálázva). Legtöbben a középső , semleges válaszlehetőséget jelölték meg, pontosan 95 válaszadó, azaz 24,9 %. A pontos számadatokat szemlélteti a 6. számú ábra.

6. számú ábra



Forrás: szerző műve

6.4. HIV fertőzés és foglalkozás / foglalkoztatás

Kutatásomban fontosnak tartottam kitérni a foglalkozás / foglalkoztatás kérdéskörre. A szakirodalmat áttekintve arra a következtetésre jutottam, hogy a HIV fertőzött munkavállalók az adott jogi háttér ellenére is diszkrimináció áldozataivá válhatnak. Munkavállalás esetén több szakaszban is érheti a fertőzött munkavállalót hátrányos megkülönböztetés. Főleg Nyugat-Európában fordul elő, hogy állásinterjú során konkrétan rákérdez a munkaadó a pályázó HIV státuszára. Sok munkaadó gondolja úgy, hogy a HIV fertőzés negatív irányban befolyásolja a munkaképességet.

Első állításom a témákörrel kapcsolatban „Munkaadóként alkalmaznék HIV fertőzött személyt". A kutatásban részt vevő 382 fő válaszainak átlaga 4,47 (1-től 7-ig skálázva). A kérdőívet kitöltők 24,9 %-a, azaz 95 személy alkalmazna minden további nélkül HIV fertőzött személyt, további 96 személy mérsékelten egyetértett a kérdéssel.

A nyitott kérdésre adott válaszok közül a témához kapcsolódó következő visszajelzéseket kaptam:

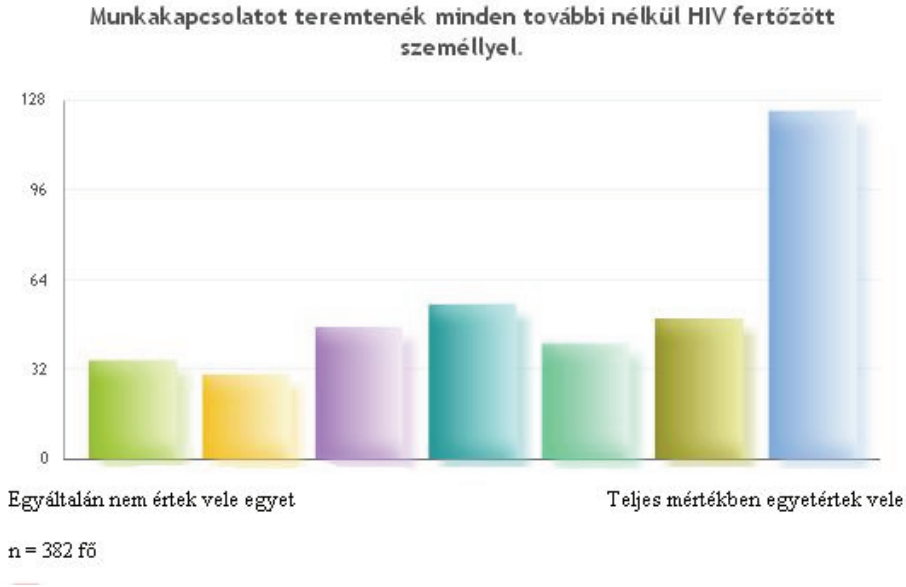
„Azért nem vennék fel HIV-est mert ez befolyásolhatná a többi alkalmazottat és ezt nem engedhetem meg. Egyébként nagyjából úgy vagyok velük mint a homoszexuálisokkal, nem bántom, nem nézem le őket, de ennyi. „

„ *Metróvezető vagyok, egyáltalán nincs kapcsolatunk vérrel, vagy olyan dologgal, ami miatt a munkahelyünkön megfertőződhetnénk, mégis kirugták az AIDS-es kollégánkat, aki emiatt öngyilkos lett.(a munkájának élt...)"*

A foglalkozást érintő következő állításom így hangzott: „Munkakapcsolatot teremtenék minden további nélkül HIV fertőzött személlyel". A felmérésben részt vevő 382 személy válaszainak átlaga 4,79 (1-től 7-ig skálázva). A kérdőívet kitöltő személyek közel egyharmada, 32,5 %, azaz 124 személy teljes mértékben egyetértett ezzel a ponttal. További 91 személy mérsékelten értett egyet az állítással. 35 személy, azaz a válaszadók 9,2 százaléka jelezte, hogy semmiképp nem szeretne munkakapcsolatot teremteni fertőzött személlyel.

További 77 személy mérsékelten negatív attitűdöt tanúsított. A 7. számú ábrán látszanak a számadatok.

7. számú ábra



Forrás: szerző műve

Az opcionális kérdésre adott válaszok közül számos érintette a HIV és foglalkoztatás kérdéskört. A kitöltők saját véleményeiből idézek néhányat:

„Munkavállalóként nem mindegy milyen munkát végez, pl. orvos ne legyen, mert magas a kockázat, de pl. könyvtáros lehet."

„Fodrászként én minden eszközt fertőtlenítek, de ezt nem csak a HIV-től való félelmemben teszem. Volt már olyan vendégem, aki „büszkén" bejelentette, hogy tulajdonképpen ő azért köhög mert TBC-s. Mit mondjak nem voltam elragadtatva. Szólhatott volna előre is, feltettem volna egy maszkot. „

„Szépségszalonban dolgozom és azt gondolom a szépségszakmában nem ajánlott HIV és AIDS megbetegedéssel dolgozni, de bármilyen más munkakörben (pl.: irodai) természetesen elképzelhetőnek tartom. „

„Egészségügyben dolgozom, de nem szeretnék a László kórházban működni... „

„Nagyon boldog lennék, ha az emberek a félelem helyett gondolkodnának, racionálisan belátnák, hogy normál együttélés mellett nem fertőződnek meg.

Mélységesen felháborít a kirekesztettségük, hogy nem értik őket meg, hogy félelemmel néznek rájuk. „

6.5. HIV / AIDS - reális veszély

Kutatásom során arra a kérdésre is kerestem a választ, hogy a kutatásban résztvevő személyek mennyire érzik reális veszélynek a fertőzést, valamint a betegséget mennyire súlyos kategóriába sorolják.

Az első kérdésemre, miszerint „a HIV fertőzés egyenlő a halálos ítélettel" igen eltérő válaszokat kaptam. A kérdőívet kitöltő 382 személy válaszainak átlaga 3,81 (1-től 7-ig skálázva).

Az opcionális kérdésben a következő ide kapcsolódó válaszokat kaptam:

„Úgy gondolom, azért jelent egyet a halálos ítélettel, mert a fertőzött személy teljes addig megszokott normális életét ellehetetleníti. Biztos vagyok abban, hogy akiről ez kiderül, utána már soha többé nem tud teljes életet élni, még akkor sem, ha a betegségét gyógyszerekkel kordában tudják tartani. „

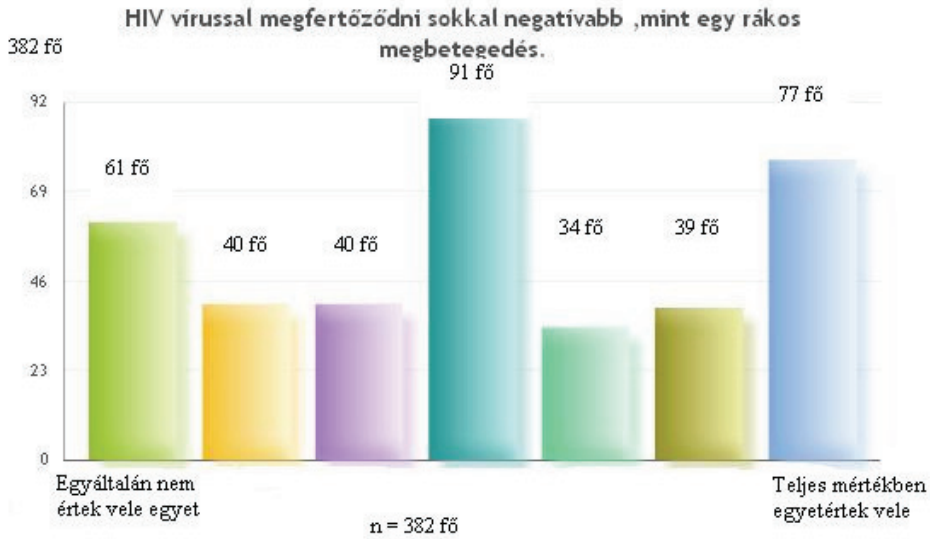
„Tapasztalatom nincs, a véleményem pedig az, hogy ez egy borzalmas betegség, és nagyon megnehezítheti a mindennapjait a fertőzött egyénnek. Még akkor is, ha nem alakul ki a betegség. Én biztos nem akarnék tovább élni, ha rólam derülne ki. „

„Ha én magam fertőződnék meg, szerintem nem tudnám feldolgozni, szinte biztos, hogy inkább a halált választanám. Véleményem szerint a diagnózis azért egyenlő a halálos ítélettel, mert a teljes emberi életet ellehetetleníti, még ha magát a betegséget gyógyszerekkel kordában is lehet tartani sokáig. A munkahelyi, a párkapcsolati és egyéb kapcsolati problémák, a megbélyegzés, megalázottság érzés amik gondolom ilyenkor következnek teszik ezt igazán halálos ítéletté. Nagyon nehéz lehet... „

Az állítással - miszerint a HIV fertőzés egyenlő a halálos ítélettel - a felmérésben résztvevő személyek legnagyobb része (16%) egyáltalán nem értett egyet. A második leggyakrabban bejelölt válaszlehetőség a semleges, 4-es válasz volt, 17,3 %.

A következő pontban arra szerettem volna választ kapni, milyen a HIV fertőzés megítélése más súlyos betegségekkel összehasonlítva. Arra a kérdésemre, miszerint a „HIV vírussal megfertőződni sokkal negatívabb, mint egy rákos megbetegedés", a kövertkező eredményeket születtek. A kutatásban résztvevő 382 fő válaszainak átlaga 4,1 (1-től 7-ig skálázva). Legtöbben - 91 személy - a semleges, középső válaszlehetőséget jelölte meg válaszként. A válaszadók 20,2 %-a, azaz 77 személy teljes mértékben egyetért az állítással, miszerint a HIV fertőzés negatívabb a rákos megbetegedésnél. 16% egyáltalán nem értett egyet a kijelentéssel, melyet a 8. számú ábrán is láthatunk.

8. számú ábra



Forrás: szező műve

Ezt a kérdést tovább bonthattam volna, hiszen a HIV fertőzés több szempontból lehet negatívabb illetve pozitívabb, ha a rákos megbetegedésekkel összehasonlítjuk. A betegség besorolása szempontjából külön kategóriát képez a társadalmi megítélés, az életminőség romlása, valamint a gyógyulás esélyei. Véleményem szerint, ha a társadalmi megítélés szempontot vesszük figyelembe, akkor a HIV fertőzés egyértelműen negatív irányba mutat. Azonban ha az életminőség romlásáról, illetve a gyógyulás esélyeiről van szó, akkor már megoszlanak a vélemények. A kérdésre adott válasz attól is függhet, milyen rákos megbetegedésről van szó. Egy biztos: a HIV jelenleg gyógyíthatatlan és gyógyszeres kezeléssel is 30-40 év alatt halálhoz vezet. Ezzel szemben vannak olyan fajtái a ráknak, amelyek idejében felfedezve gyógyíthatók. Azonban sok rákos megbetegedésre nem ez a jellemző. Hazánkban a rákos megbetegedések a vezető halálokok között szerepelnek, és viszonylag gyakori a rák okozta fiatalon bekövetkezett halálozás.

A témában soronkövetkeztő állítás így hangzott: „Zavarna, ha gyermekem iskolai / óvodai csoportjába HIV fertőzött gyermek is járna". Az alábbi eredményeket születtek:

A kutatásban résztvevő 382 személy válaszainak átlaga 4,68 (1-től 7-ig skálázva). A kérdőívet kitöltők közel 30 %-a, azaz 111 személy teljes mértékben egyetértett ezzel a ponttal, de az 5. és 6. válaszlehetőséget is sokat, további 96 személy jelölte meg, ők mérsékelten értettek egyet az állítással.

Elmondhatjuk, hogy a válaszadók többsége nem szeretné, ha gyermeke HIV fertőzött gyermekkel érintkezne a hézköznapok során. Örvendetes tény, hogy az orvostudománynak köszönhetően Európában egyre kevesebb HIV fertőzött gyermek születik, hiszen a várandós anyákat nemcsak Nyugat-Európában, de hazánkban is szűrik. A megfelelő készítmények alkalmazásával HIV fertőzött anya is adhat egészséges gyermeknek életet, erről a szakirodalmi áttekintésben már beszéltem. Mindezek ellenére megtörténik, hogy fertőzötten születik egy gyermek. Az elmúlt évtizedekben nem volt rá megerősített példa, hogy HIV fertőzött gyermek óvodában illetve iskolában továbbadta volna a fertőzést. Valójában a HIV fertőzött gyermek az, aki számára az óvodai környezet veszélyforrást jelent kevésbé ellenálló immunrendszere miatt, hiszen egészséges gyermekek is gyakran megkapják társaiktól a különböző betegségeket.

A szülők aggodalma is érthető, hiszen előfordul néha, hogy kisiskolás gyermekek „vérszerződést" kötnek egymással. Az opcionális kérdésre adott válaszok között édesanyák véleményét olvashatjuk a kérdésre vonatkozóan.

„És igen, azt hiszem eleget tudok róla, azt is, hogyan lehet elkapni, ennek ellenére nem viselném el, ha óvodás vagy kisiskolás gyerekem közvetlen csoporttársa lenne, mert vannak kivédhetetlen esetek, bármilyen kicsi is a valószínűsége. „

„15. kérdéshez: a gyermekem esetében nem lehetek benne biztos, hogy ő ismeri a veszélyeket és ezek ellen megfelelően tud védekezni. Az óvodai személyzet képzettségétől és tájékozottságától is függ (napjainkban őket is érinti a létszámstop, ezért nem várható el a teljes körű odafigyelés). Amennyiben a kérdés az én „kitettségemet, veszélyeztetettségemet" érinti nem zavarna ilyen kolléga jelenléte, a gyermekem esetében zavarna. „

„Sem magamat, sem a családtagjaimat nem tenném ki annak, hogy egyáltalán esély legyen a megfertőződésre. Így azonnal kivenném a gyerekemet olyan óvodából, ahova HIV fertőzött gyerek jár, és én sem létesítenék velük közelebbi kapcsolatot."

„Egészséges emberként én nem szívesen dolgoznék illetve a gyermekemet sem engedném olyan óvodába ahol ilyen kisgyermek van mert vér útján nagyon könnyen megfertőződhet."

„ Én sem szívesen engedném a gyermekemet egy csoportba egy fertőzött gyerekkel. Nem azért, mert nem bízom a gyerekekben, de az időt nem lehet visszafordítani és az eseményeket megmásítani, ha egyszer megtörtént a baj, akkor azon már nem lehet változtatni. Gyerekek között pedig bármi előfordulhat."

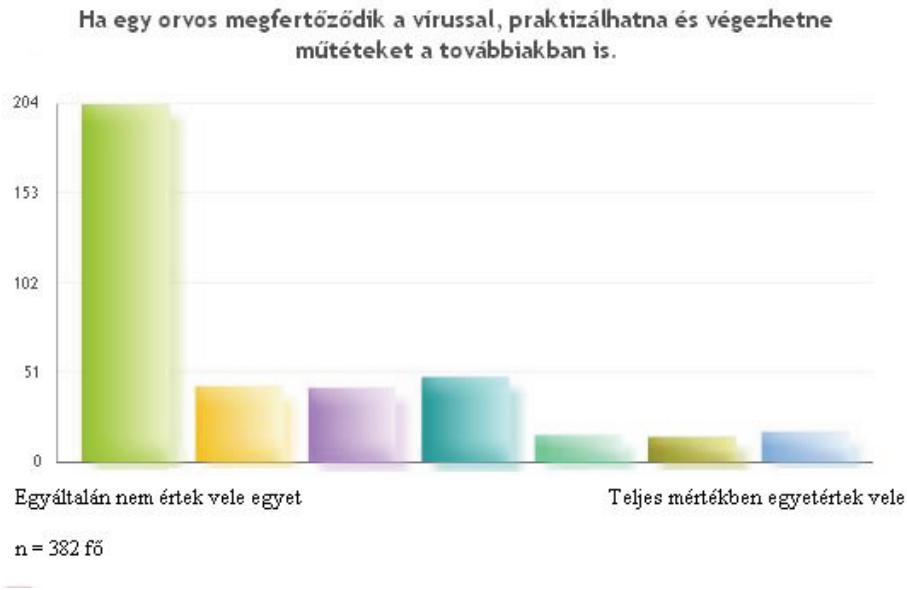
„Óvodáskorú gyermek anyukájaként úgy gondolom, jelenleg a magyar óvodák nem alkalmasak arra, hogy 100%-os biztonsággal kikerülhető legyen a fertőzés. Egy gyermeknek is joga van az egészségéhez és mindezt kockáztatni egy felnőttnek sincs joga. „

„Jólinformált vagyok a témában, de nem szeretném saját vagy gyerekem környezetében, ha fertőzött egyén lenne. Mi van, ha az orvostudomány csak 5 év múlva jön rá, hogy mégis fertőzhet olyan módon, ahogy nem tudtuk eddig... „

„ Azonnal elvinném a gyermekemet egy olyan közösségből, ahol HIV fertőzött személy megfordulhat. „tanár vagy diák". Sőt kötelezném az általános iskolákat és az óvodákat arra, hogy a gyerekekkel AIDS tesztet végeztessenek el felvétel előtt. Továbbá a büntető törvénykönyvben külön nevesíteném és nagyon súlyos büntetéssel sújtanám azt, aki szándékosan megfertőz valakit, vagy ezt megkísérli. „

A jelenleg hatályos ESZCSM rendelet szerint hazánkban az invazív eljárásokat végző orvosokat kötelezően szűrik. Ha egy orvos megfertőződik a vírussal, pályaelhagyásra számíthat. A következő kérdésem ezzel kapcsolatos, miszerint „ Ha egy orvos megfertőződik a vírussal, praktizálhatna és végezhetne műtéteket a továbbiakban is." A kérdőívet kitöltő 382 személy válaszainak átlaga 2,32 (1-től 7-ig skálázva). A 9. számú ábra szemlélteti a kérdésre kapott válaszokat.

9. számú ábra



Forrás: szerző műve

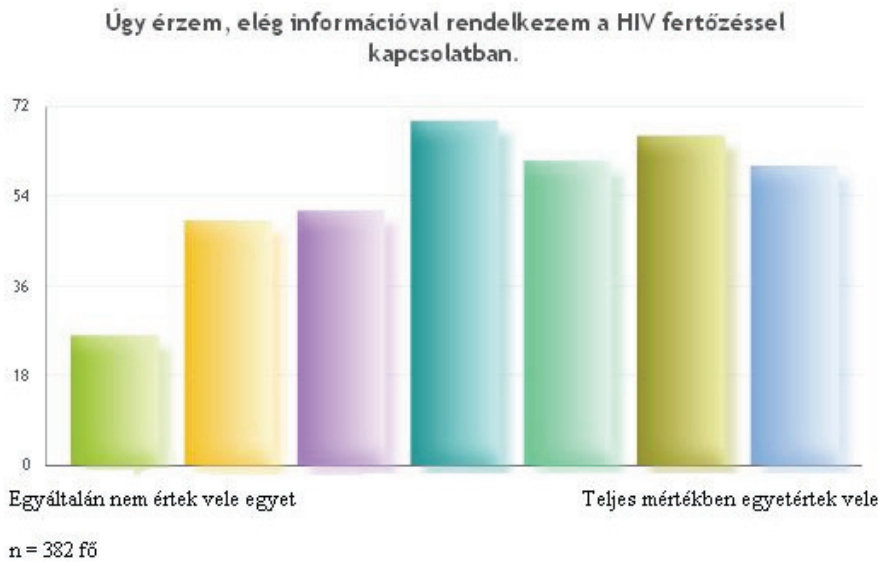
A felmérésben résztvevő 382 fő 53,2%-a, azaz 203 személy egyáltalán nem ért egyet azzal, hogy HIV fertőzött orvosok is praktizáljanak, további 85 személy tanúsított negatív attitűdöt az állítással kapcsolatban.

Ebben a fejezetben kapott helyet az állítás, miszerint „ a fertőzöttek is tervezhetnek jövőt, családot és gyermekeket". Itt elsősorban arról szerettem volna képet kapni, melyek azok az információk a témával kapcsolatban, amelyek a köztudatban jelen vannak. A kérdésre adott válaszok a középérték felé közelítenek, a beérkezett válaszok átlaga 3,74 (1-től 7-ig skálázva). A legtöbb válaszadó a középső, semleges válaszlehetőséget jelölte meg, de a válaszadók nagy százaléka egyáltalán nem ért egyet az állítással. A kitöltők csupán 11,3%-a azaz 43 személy gondolja úgy, hogy a fertőzöttek is tervezhetnek jövőt, családot és gyermekeket.

Dolgozatom elméleti részében a szakirodalom áttekintése során elemeztem, hogy a mai orvostudománynak köszönhetően évtizedekkel meghosszabbítható a fertőzöttek élete, valamint hogy a gyermekek vállalására is van mód. Az opcionális kérdésre adott válaszokból kitűnik, hogy az emberek többsége hiányos információkkal rendelkezik.

„ A saját gyermek vállalása felelőtlenség, ő is fertőzöttként jönne a világra!"
„ Sajnálom végtelenül azt az ember aki így születik és a felelötlen szülei miatt kell igy élni."

10. számú ábra



Forrás: szerző műve

Kutatásom egyik hipotézisére irányult az utolsó kérdés, miszerint: „úgy érzem, elég információval rendelkezem a HIV fertőzéssel kapcxsolatban.". A kérdésre beérkezett válaszok átlaga 4,38 (1-től 7-ig skálázva). A kérdőívet kitöltő 382 fő közül legtöbben a középső, semleges válaszlehetőséget jelölték meg, de a kérdésre adott válaszok sokszínűségéből is következtethetünk némi bizonytalanságra. A 10. számú ábra szemlélteti a kérdésre adott válaszok eloszlását.

7. Kutatás érintettekkel

7.1. A kutatás módszere

Második kérdőívem a HIV fertőzöttek számára készült, szintén online felületen elérhető formában. A kérdőívet E-mailen keresztül továbbítottam különböző szervezetek és egyesületek részére, akik kapcsolatban állnak HIV fertőzött személyekkel, így sikerült eljuttatnom a Háttér Társaságnak, a Pozitívan Gondolkodók Baráti Körének, a tasznak, valamint a Plussz Egyesületnek. A László Kórház HIV ambulanciájával is felvettem a kapcsolatot, azonban az ambulancián közölték, hogy igazgatósági engedély szükséges a kérdőív kitöltéséhez. Az igazgatóság titkárnőjével sikerült telefonon beszélnem, az igazgatóság az E-mailben elküldött kérelmemre nem reagált. Az E-mailben elküldött kérdőívre legelőször a Háttér Társaság válaszolt, akik elsősorban a homoszexuális érintettekkel állnak kapcsolatban Először nagyfokú bizalmatlanságot éreztem részükről, ez nyilván negatív tapasztalataiknak tudható be. A válasz E-mailben konkrétan rákérdeztek, hogy milyen hipotézis illetve koncepció alapján készítem a kutatásom. A részletek tisztázása után válaszukban közölték, hogy továbbítják a linket az érintettek részére. Mivel a többi egyesülettől először nem kaptam visszajelzést, így telefonon is felkerestem a taszt, aki szintén továbbította a linket a Plussz Egyesület számára. A kérdőíves vizsgálatot 2012. október 4-én tettem elérhetővé az érintettek számára, és 2012. október 28-án zártam le.

7.2. A kutatásban résztvevők adatai

Az érintetteknek szánt kérdőívet összesen 17 személy töltötte ki, 15 férfi és 2 nő. A legfiatalabb válaszadó 29 éves, a legidősebb 45 éves volt. Iskolai végzettséget tekintve a válaszadók közül 6 fő végzett szakközépiskolai / szakiskolai tanulmányokat, 7 fő végzett gimnáziumi tanulmányokat, valamint 5 fő folytatott főiskolai / egyetemi tanulmányokat.

7.3. A HIV fertőzöttekkel készült felmérés eredményei

Kérdőíves felmérésem során HIV fertőzöttekkel arra kerestem választ, hogy a külföldi szakirodalomból szerzett információim Magyarországon mennyire érvényesek, illetve a fertőzöttek szociális helyzetére, munkavállalására illetve magánéletére mennyire gyakorol negatív hatást HIV pozitív státuszuk.

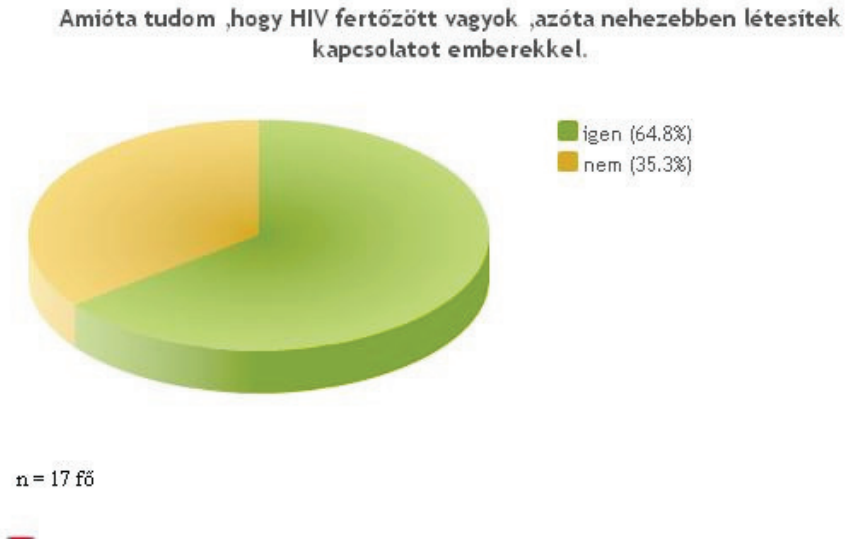
A kérdőív elején a kutatásban résztvevő személyek személyes adatai után szerettem volna választ kapni arra a kérdésre, hogy a kérdőívet kitöltő HIV pozitív személy milyen úton fertőződött meg. A kérdést nyitott formában tettem fel, azonban kötelező volt a mező kitöltése. A visszaérkezett kérdőívek kiértékelése során úgy gondolom, hogy ha ezt a kérdést nem teszem fel, valószínű több kitöltött kérdőívem lenne. A kiértékelés során azt tapasztaltam, hogy a válaszadók nem szívesen válaszoltak erre a kérdésre. A kutatásban résztvevő 17 fő közül 4 személy nem adott semmilyen választ, csak bepontozta a mezőt vagy beírt valamilyen betűt. 1 válaszadó felelte, hogy nem tudja, csak sejti a fertőződés okát. Csupán 2 fő közölte, hogy homoszexuális úton fertőződött meg. A további 10 kitöltő válaszában csak annyit közölt, hogy szexuális úton történt a fertőződés. Ebből arra tudok következtetni, hogy mivel sokan tanúsítanak előítéletes magatartást a homoszexuálisokkal illetve a droghasználókkal szemben, ezért valószínüleg az érintettek ilyen jellegű információkat nem szívesen közölnek magukról.

7.4. Disclosure - „közzététel”

A német nyelvű szakirodalom az angol disclosure, azaz „ közzététel” szót használja annak a kifejezésére, hogy a fertőzött személy mennyire nyíltan beszél HIV pozitív státuszáról. Negatív tapasztalatok esetén csökken a *disclosure* mértéke. Első kérdésemben arra voltam kiváncsi, hogy a válaszadó kiket avatott bizalmába a fertőzéssel kapcsolatban. A válaszokból kiderül, hogy a felmérésben résztvevő 17 fertőzött személy közül csupán 2 nem csinál titkot a fertőzéséből. A legtöbben csak sorstársaknak és közeli barátoknak számolnak be betegségükről. A rokoni kapcsolatok közül 3 személy jelezte válaszában, hogy szülei tudnak a fertőzöttségéről, a testvéreit csupán 4 személy avatta be.

A kutatásban résztvevő fertőzött személyek 64,7 %-a, azaz 11 személy nehezebben létesít kapcsolatot emberekkel, amióta tudomása van fertőzöttségéről. A kitöltők közül 6 személynek nem okoz gondot a személyes kapcsolat teremtése idegenekkel.Az arányokat a 11.számú ábra szemlélteti.

11. számú ábra



Forrás: szerző műve

Mivel a HIV vírusa a mi társadalmunkban elsősorban szexuális kapcsolat útján terjed, ezért a fertőzött személy magánéletére, párválasztására negatív hatással lehet. A szakirodalomban olvasottak szerint a fertőzöttek nagy része azért teremt csak alkalmi kapcsolatokat, mert a biztonságos szex szabályainak betartása ilyenkor egyértelműnek tűnik, és óvszer használata mellett nem okvetlen szükséges a partnert tájékoztatni a fertőzöttségről.(?) Sok fertőzött tart az elutasítástól, ezért nem is próbálkoznak párkapcsolat kiépítésével. Főleg a nőkre jellemző, hogy visszahúzódnak és akár évekig nem létesítenek szexuális kapcsolatot. HIV fertőzött homoszexuális férfiak szintén HIV fertőzött férfiakkal keresnek kapcsolatot. Alacsony százalékban előfordulnak heteroszexuális szerodiszkordáns párok.

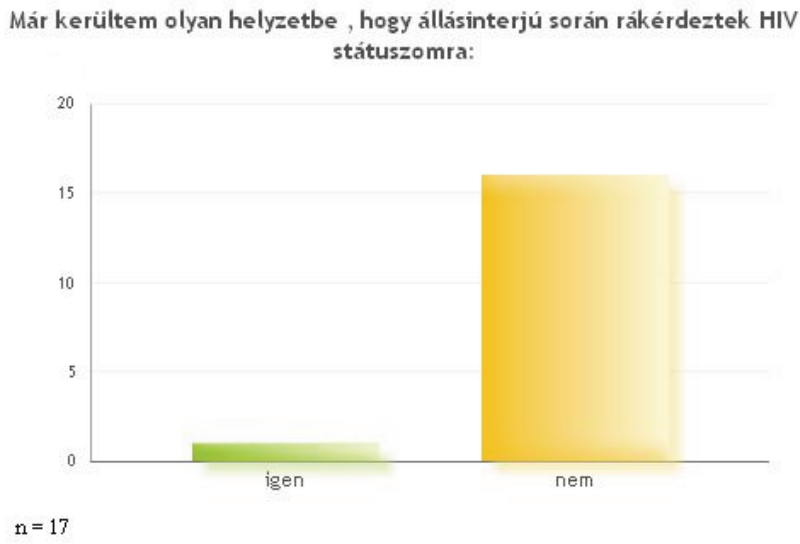
A kérdőívem egyik kérdése is érintette a párkapcsolat témát. A kérdőívet kitöltő 17 fő közül 8 személynek alkalmi kapcsolatai vannak, 4 személynek nincsen semmiféle párkapcsolata, további 4 személynek van kapcsolata szintén fertőzött személlyel. Csupán 1 személy jelölte meg válaszként, hogy szerodiszkordáns párkapcsolatban él, azonban a többi válaszokat vizsgálva nem derült ki, hogy ez az 1 fő hetero - vagy homoszexuális szerodiszkordáns kapcsolatban él, mivel a „fertőzés módja" kérdésre csupán annyit válaszolt, hogy szexuális úton történt.

7.5. A fertőzés hatása a szociális helyzetre

A szakirodalomban és a médiában is lehet hallani és olvasni olyan esetekről, ahol a HIV fertőzöttet a munkahelyén éri hátrányos megkülönböztetés. Ezért tartottam fontosnak ebben a témakörben is pár kérdést feltenni. Nyugat-Európában gyakran előfordul, hogy állásinterjú során konkrétan rákérdeznek a pályázó HIV státuszára. A munkaadók elsősorban azért nem szeretnének HIV fertőzött személyt alkalmazni, mert a gyengült immunrendszer korlátozhatja a munkaképességet. Kérdéseimben arra szerettem volna választ kapni, hogy a magyarországi gyakorlatban megjelenik-e ez a probléma. Arra a kérdésemre, miszerint „Már kerültem olyan helyzetbe, hogy állásinterjú során rákérdeztek HIV pozitív státuszomra" a következő válaszokat kaptam:

A felmérésben résztvevő 17 fertőzött személy közül csupán 1 személy jelezte, hogy állásinterjú során rákérdeztek HIV státuszára, de az opcionális kérdésben hozzátette, hogy mivel egy olyan szervezetnél dolgozik, ahol homoszexuális HIV fertőzöttekkel állnak kapcsolatban, ez nem okozott problémát.

12. számú ábra



Forrás: szerző műve

Következő kérdéseimben arra kerestem a választ, hogy a HIV pozitív státusz milyen mértékben befolyásolja illetve korlátozza a munkakeresést, illetve a munkavállalást. A válaszadók 100%-a nyilatkozott úgy, hogy még nem estek el

munkalehetőségtől HIV pozitív státuszuk miatt. A kérdésre, miszerint „A HIV vírussal való fertőzöttségem óta nehezebben találok munkát" szintén a válaszadók 100%-a azt felelte, hogy a HIV fertőzés nem befolyásolta az eddigiek során negatív irányba a munkakeresést. Az opcionális kérdésre adott válaszokban egy válaszadó megfogalmazta, hogy az ő szakmájában nehéz munkát találni, ezért előfordul, hogy kudarc éri álláskeresés során, ezt azonban nem a fertőzésnek tulajdonítja. Egy másik válaszadó jelezte, hogy mivel nincsen szemmel látható jele a fertőzöttségének, álláskeresés során pedig nem nyilatkozik róla, ezért az eddigiek során nincsenek negatív tapasztalatai.

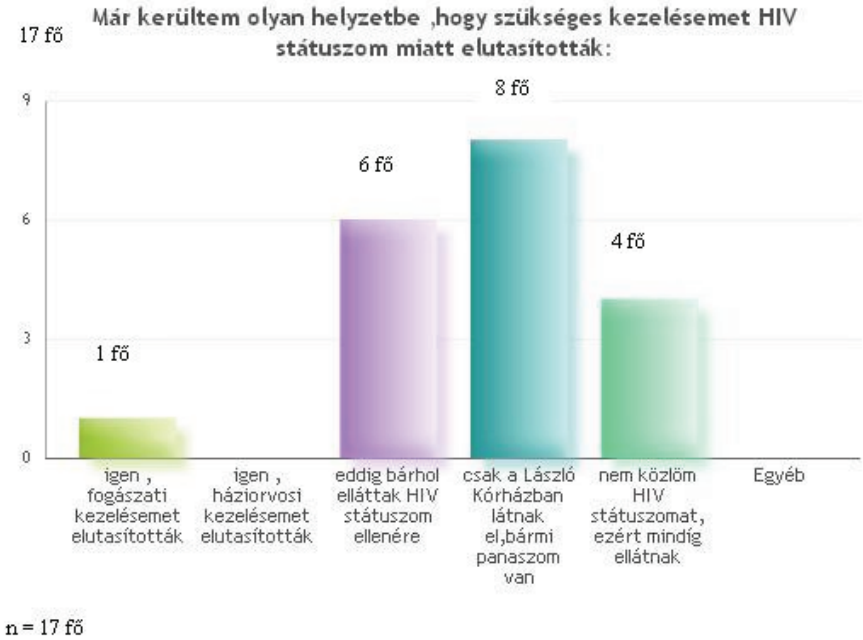
Következő kérdésem arra irányult, hogy a fertőzés milyen szinten befolyásolja a fertőzött személy szociális helyzetét. A kutatásban résztvevő 17 személy közül 1 fő nyilatkozott úgy, hogy a HIV fertőzés egyértelműen negatívat hat szociális helyzetére. Ennek az 1 személynek megvizsgáltam a többi kérdésre adott válaszát, ő volt az egyik, aki vállalta, hogy homoszexuális kapcsolat következtében fertőződött meg.

Mivel az előző kérdésekből kiderült, hogy hazánkban nem „szokás" állásinterjú során a HIV-ről beszélni, ezért valószínűnek tartom, hogy nem maga a fertőzés, hanem a nyíltan felvállalt homoszexualitás is vezethet a szociális és egyéb problémákhoz.

A médiában sokszor hallani történeteket, miszerint a HIV fertőzött személytől megtagadják az orvosi ellátást. Kérdéseimben arra is szerettem volna választ kapni, hogy a médiában hallott esetek egyszeri alkalommal megtörtént „felkapott" média-sztorik, vagy egy olyan problémával állunk szemben, ami gyakrabban előfordul. Következő kérdésem, miszerint „Már kerültem olyan helyzetbe, hogy szükséges kezelésemet HIV státuszom miatt elutasították" a következő válaszokat kaptam. A kutatásban résztvevő 17 személy közül 8 fő nyilatkozott úgy, hogy bármi panasza van, a László Kórházban mindig ellátják. 6 személy adta meg válaszként, hogy eddig bárhol ellátták HIV státusza ellenére. 1 személy jelezte válaszaiban, hogy fogászati kezelését elutasították, további 4 személy jelezte, hogy nem közli HIV pozitív státuszát, ezért mindig ellátják. Az opcionális kérdésre adott válaszban két válaszadó megjegyezte, hogy a kezelés módjától is függ, hogy nyilatkozik-e fertőzöttségéről. Esetleges műtét esetén közölné fertőzöttségét, de kisebb beavatkozások vagy háziorvosi ellátás során nem tartja szükségszerűnek.

Egy további válaszadó jelezte, hogy negatív tapasztalatai miatt nem mindig közli fertőzöttségét, csak abban az esetben, ha valószínű kiderülne. A 13. számú ábra szemlélteti a beérkezett adatokat.

13. számú ábra



Forrás: szerző műve

7.6. Összefoglalás

Kutatásom során beigazolódni látszott az a feltevésem, miszerint a HIV fertőzöttekkel szembeni negatív társadalmi attitűd nagymértékben a hiányos és nem megfelelő információknak köszönhető. Erre nemcsak a kérdőív eredményeiből, hanem az opcionális kérdésre megfogalmazott válaszokból is tudok következtetni.

Szociálpedagógus hallgatóként két oldalról is fontosnak tartom megközelíteni a problémát.

Mivel az előítéletek alakulása nagymértékben befolyásolható a szocializációs folyamatok, illetve a nevelés során, ezért úgy gondolom, hogy a jövő szociálpedagógus szakemberei a HIV fertőzötteket érintő előítéletek lebontásában jelentős szerepet tudnak vállalni.

A kutatásban résztvevő nem fertőzött személyek részéről megfogalmazódott egy igény több információra és felvilágosító programra a HIV fertőzéssel kapcsolatban. A fiatalok tájékoztatása lehetne szociálpedagógus feladata is, akár iskolai keretek között. A hazánkban jelenleg működő prevenciós programok - DADA,

illetve Chef Hungary - kevésnek bizonyulnak. Mivel a médiának is jelentős befolyása van az előítéletek alakulására, ezért fontosnak tartanám a felvilágosító filmek és könyvek terjesztését. A fertőzöttekkel szembeni negatív társadalmi attitűd nem fog tudatos felvilágosítás nélkül megváltozni.

Hazánkban viszonylag alacsony a fertőzöttek aránya, azonban az szűrések alacsony száma, amelyet a kérdőív is igazolt, aggodalomra ad okot. A kutatás első részében résztvevő 382 személy közül 307 fő, azaz a válaszadók 80,4%-a eddig soha nem vett részt HIV szűrésen. Annak ellenére, hogy jogszabály lehetőséget ad az anonim szűrővizsgálatok elvégzésére, mégis csupán a kutatásban résztvevő személyek 4,5%-a, azaz 17 személy használta ki az anonim szűrés adta lehetőségeket. Kicsit ellentmondásosnak találtam, hogy az alacsony szűrések száma ellenére a kutatásban résztvevő 382 személy közül 331 fő mindenképpen szeretné tudni, ha megfertőződne. Az ellentmondásból arra tudok következtetni, hogy a fiatalok valószínű nem kapnak elég információt a témával kapcsolatban, ezért nem érzik magukat veszélyeztetve. Ebből adódóan nem tartják fontosnak a HIV szűrést. A kutatás során kiderült, hogy a felmérésben résztvevő 382 személy közül 221 fő szerint a betegség nemcsak az homoszexuálisokat és droghasználókat érintheti. A válaszadók 60,5 %-a teljes mértékben aktuálisnak tartja a HIV / AIDS kérdést. Úgy vélem, hogy talán az is közrejátszik a szűrések alacsony számában, hogy úgy gondoljuk, ez velünk úgysem történhet meg. A kutatásban résztvevő személyek 80%-a a 20-40 év közötti korosztályhoz tartozik, ebből a korosztályból kerül ki az újonnan diagnosztizált fertőzések nagy százaléka.

A becsült adatok szerint naponta 1-2 új fertőzéssel számolhatunk, ebből adódóan a következő generációk között megnövekedhet a fertőzöttek száma. Tehát szükségszerű lenne a szűrés lehetőségére és fontosságára is felhívni a figyelmet.

Az elmúlt évtizedekben születtek olyan törekvések, amelyek a HIV fertőzés megelőzésére irányultak. Ezen törekvések a fiatal generációt célozták meg a nevelés és oktatás keretein belül. A Nemzeti Alaptantervbe bekerült az egészségtan tantárgy, ahol jelentős szerepet kap a családi életre nevelés. A 2000 óta érvényben lévő kerettanterv szerint kötelező az iskolákban egy órát szánni a szexuális nevelésre, egy órát pedig a HIV / AIDS megelőzésre. A kutatás eredményeiből kiderül, hogy ezen törekvések nem bizonyultak kielégítőnek. A szexuális nevelésre, ezen belül a HIV / AIDS kérdésre korosztályokra differenciáltan sokkal nagyobb hangsúlyt kellene fektetni. Mivel kényes témáról van szó, ezért fogadóóra keretein belül is biztosítani kellene a fiatalok számára a tájékoztatási lehetőséget, ahol nemcsak a megfelelő védekezésről eshetne szó, hanem a biztonságos szex szabályairól is, amely jelenleg az egyetlen módja a fertőzés kivédésének (http://tasz.hu/files/tasz/imce/5.pdf).

Az érintettek válaszaiból kiderül, hogy az elutasítástól való félelem miatt - mind magánéleti, munkahelyi szinten, vagy orvosi ellátás terén - nem szívesen

beszélnek fertőzöttségükről. A legkevésbé problémás területnek a munkavállalás-foglalkoztatás mondható, hiszen ezen a téren a kutatásban résztvevő 17 személy válaszai szerint eddig nem érte őket jogsérelem. A nem fertőzöttek válaszaiból is az derült ki, hogy a válaszadók nagy százalékát nem zavarná munkakapcsolat illetve hétköznapi kapcsolat fertőzött személlyel. A felmérésben résztvevő 382 fő egynegyede, pontosan 24,9%-a, azaz 95 fő munkaadóként alkalmazna HIV fertőzött személyt, további 25,2 % tanúsított pozitív hozzáállást. Munkakapcsolat teremtése fertőzött személlyel a megkérdezettek egyharmadának, összesen 124 személynek nem okozna gondot. Csupán 9% nyilatkozott úgy, hogy semmiképp nem szeretne HIV pozitív személlyel munkakapcsolatba kerülni. A második kérdőívet kitöltő 17 fertőzött személy válaszaiból egyértelműen kiderül, hogy hazánkban a HIV-kérdés nem mondható általános problémának a munkahelyeken, mivel nincs benn a köztudatban.

A kutatás során a párkapcsolat kérdés bizonyult a legkevésbé pozitívnak. Az eredmények szerint a fertőzöttek nagyobb százaléka nem él párkapcsolatban. A válaszadók 23,6% százalékának semmilyen párkapcsolata nincsen, de a legnagyobb rész 47,1% is csak alkalmi kapcsolatokról számolt be. Ez magyarázható a kérdőívet kitöltő nem fertőzött személyek válaszaival. A nem fertőzött személyek negatív attitűdöt tanúsítottak azzal kapcsolatban, hogy létesítenének-e párkapcsolatot fertőzött személlyel.

A megkérdezettek 66%-a, pontosan 252 fő semmiképp nem létesítene párkapcsolatot HIV fertőzött személlyel, még a biztonságos szex szabályainak betartása mellett sem. Továbbá a válaszadók 76,1 %-a gondolja úgy, hogy a HIV fertőzöttek számára a párkapcsolat létesítése nehézségekbe ütközik.

Az eredményekből kiderül, hogy a kutatásban résztvevő 382 személy közül 17% nem tanúsít együttérzést a fertőzöttekkel. A negatív tapasztalatokból adódóan a fertőzött személy nem minden esetben gondolja úgy, hogy szükséges az orvost tájékoztatni fertőzöttségéről, például háziorvosi ellátás esetén. Szomorú tény, hogy a betegek még az orvosokkal sem beszélhetnek őszintén. Pedig szükségszerű lenne, mert például HIV fertőzött páciens esetén még az oltóanyagok közül sem mind alkalmazható, viszont sok oltás ajánlott. Az élő kórokozókat tartalmazó oltóanyagokat HIV fertőzés esetén mellőzni kell, mert akár halálos kimenetelű reakciót is kiválthatnak. Ilyen oltóanyagok például a rubeola, bárányhimlő, mumpsz illetve sárgaláz elleni oltóanyag. HIV fertőzés esetén az egyik leggyakrabban előforduló oppurtunista megbetegedés a tuberkulózis, a TBC elleni oltás HIV esetén azonban szigorúan ellenjavalt. Fontos lenne, hogy egy bizalmon alapuló orvos-beteg kapcsolat ki tudjon alakulni. Azonban amíg az orvosok is elutasító magatartást tanúsítanak, erre kevés esély van. Léteznek oltóanyagok, amelyek kifejezetten ajánlottak fertőzött személyek számára, és mivel élettelen kórokozót tartalmaznak, ezért gond nélkül alkalmazhatók. A javasolt oltóanyagok közé tartozik a Tetanusz, Diphteria, Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumococcus

és influenza elleni oltás. (*Aspekte, Impfempfehlungen bei HIV-Infektion,* Nr. 16 / Stand Februar 2003, Die AIDS-Hilfen Österreichs)

A fertőzött személyek megfelelő tájékoztatása - amely adott esetben az életét megmentheti - nem tud megtörténni, ha a betegek úgy érzik, nem fordulhatnak bizalommal az orvosokhoz. Nem fertőzött személyek is sokszor számolnak be negatív és elutasító tapasztalatról egészségügyi ellátás során. Ez HIV fertőzés esetén még negatívabb irányt vehet.

Úgy gondolom, hogy a sok esetben tapasztalható negatív társadalmi attitűd megfelelő felvilágosítással pozitív irányba befolyásolható. A felvilágosítást az egészségügyben dolgozókra is ki kellene terjeszteni.

Bibliográfia

Pärli, K., Caplazi, A., Suter, C. (2007): Recht gegen HIV / AIDS-Diskriminierung im Arbeitverhältnis. Haupt-Verlag, Bern, Stuttgart, Wien

Hetz, S., Teufl-Bruckbauer, M. (2003): Befund: Positiv. Ratgeber HIV und AIDS. Springer-Verlag, Wien

Ermann, M., Waldvogel, B. (1992): HIV - Betroffene und Ihr Umfeld. Springer-Verlag, Wien

Hösl, Jacob (2005): Soziale und Rechtliche Aspekte bei HIV. Boehringer Ingelheim, Ingelheim am Rhein

Allport, G. W. (1999): Az előítélet. Osiris, Budapest

Langer, P. C., Drewes, J. Kühner, A. (2010): Positiv - Leben mit HIV und AIDS. Balance Buch + medien Verlag, Bonn

Exner-Freisfeld, H. (2001): Soziale Absicherung bei HIV und AIDS. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt

Kraschl, C. (2009): Die psychosoziale Versorgungssituation HIV-infizierter und AIDS-kranker Menschen. Grin-Verlag, München

Erős Ferenc (2007): Irányok és tendenciák az előítéletek kutatásában. Educatio, 2007/1.

Juhani Nagy János (1987): AIDS- egy kór dokumentumai - egy kor dokumentumai. Magyar Média - Lapkiadó Vállalat, Budapest

Dr. Buda Béla (2003): A lélek egészsége. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

Bryant-Mole, K. (2000): Beszélgessünk az AIDS-ről. Műszaki Könyvkiadó Kft., Budapest

Dr. Czeizel Endre (1989): A csókok átka. Népszava Könyvkiadó, Budapest

Dr. Horváth et al. (1987): 88 kérdés az AIDS-ről. Medicina, Budapest

Dr. Szilágyi Zsuzsanna (2006): HIV/AIDS..... Veled is megtörténhet. Magyar Honvédség Egészségvédelmi Intézet, Budapest

Dr Forrai Judit at.al. (1992): Szexuális felvilágosítás és nevelés - AIDS megelőzés/ Iskolai program. Holistic, Budapest

Dr. Marczell István (1995): Korunk réme, az AIDS - Az egészséges életért. Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnökség, Budapest
Simon Tamás at al. (1996): AIDS - tények és előrejelzések a legújabb kutatások tükrében. Nefelejcs AIDS Megelőzési és Szexedukációs Alapítvány, Budapest

Jogforrások

Magyarország Alaptörvénye
18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok rendjéről
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
27/2002. (VI.28.) Alkotmánybíróság határozata a szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátlása érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálat elrendeléséről szóló 5/1988. (V. 31.) SZEM rendeletről
5/1988. (V.31.) SZEM rendelet a szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátlása érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálat elrendeléséről

Internetes források

http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=hng
http://hu.wikipedia.org/wiki/Az_emberi_jogok_egyetemes_nyilatkozata
http://kompasz.balzac.zpok.hu/kompasz/gazdasagi_szocialis_es_kulturalis_jogok_nemzetkozi_egysegokmanya)
http://www.szmm.gov.hu/main.php?folderID=21058)
http://www.1000ev.hu/index.php?a=3&param=9771)
http://tasz.hu/files/tasz/imce/5.pdf
http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=137076.601229)
http://www.aids.at/alles-uber-hivaids/statistik/
http://anonimaids.hu/fertozesek/hivaids/#a-hiv-virus-terjedese
http://www.nepszava.hu/articles/article.php?id=494729
http://tasz.hu/hiv-aids/jogszabalyi-hatter)
http://jogszabalykereso.mhk.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=29976.577876&kif=eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi+t%C3%B6rv%C3%A9ny*#xcel)
http://www.webbeteg.hu/cikkek/fertozo_betegseg/1315/az-aids-tortenetenek-fordulopontjai

Nyugat-magyarországi Egyetem
Benedek Elek Pedagógiai Kar

Dr. habil Bodnár Gabriella

Férfiak ellen elkövetett erőszak

A dolgozat a TALENTUM – Hallgatói tehetséggondozás feltételrendszerének fejlesztése a Nyugat magyarországi Egyetemen c. TÁMOP -4.2.2. B-10/1-2010-0018számú projekt keretében, az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

Sopron, 2012

Marton Nóra Ibolya
szociálpedagógus hallgató

Témaválasztás indoklása

Szociálpedagógus hallgatóként úgy gondolom, hogy nagyon fontos foglalkoznunk a családon belüli erőszakkal. Erőszakkal, ami nem csak a gyermekeket, nőket és az idősebb korosztályt érinti, hanem a férfiakat is. Erőszakkal, ami nem csupán idegen környezetben, hanem a családunkban történik. Családunkban, ami a szeretet és a béke színtere lenne, ha az erőszak nem venné körül.

Témaválasztásom azért esett a férfiak elleni erőszak kutatására, mert aktuálisnak és fontosnak, valamint kevésbé feldolgozottnak találom. Tartottam attól, hogy az információk hiányából adódóan nehéz feladatom lesz. Mégis ez a téma érintett meg a legjobban és a dolgozatom által remélem, hogy segítségére tudok lenni.

Több irodalomban is olvashatunk a nők elleni erőszakról, viszont a férfiak elleni bűncselekményekről nagyon kevés anyagot találhatunk.

Talán a kevés irodalmat az is befolyásolhatja, hogy kevesen és keveset tudnak a férfiak ellen elkövetett erőszakról, pedig a cselekmények nem is olyan kevés számban fordulnak elő. Viszont a nyilvánosság előtt a nők által elkövetett erőszak rejtve marad. Ennek oka talán a férfiak szégyen érzete, esetleg a magánytól való félelem, ami okot ad arra, hogy inkább elviselik a szenvedést, minthogy egyedül maradjanak.

Kutatásom által fontos információkhoz jutottam, amit remélem, hogy a munkám során fel tudok használni és az irodalmak tanulmányozása során többlettudásra is szert tettem, s ezek által hatékonyabban tudok majd szociálpedagógusként segíteni.

Célom az, hogy felhívjam a figyelmet az erőszak megelőzésére és arra is, hogy fontos a segítségnyújtás a bajba jutott embertársainak.

Ne fordítsunk hátat, inkább az önzetlen segítőkészség legyen az elsődleges szempontunk.

Hipotéziseim a következők:

1. a Zala megyei lakosok nem tudnak lényeges információkat a családon belüli erőszakról, ezen belül a férfiak ellen elkövetett bűncselekményekről.

Feltételezem nem eléggé tájokozottak az erőszak megjelenéseiről, kezeléséről, megelőzéséről. Lényegesnek tartom, hogy azok az emberek, akik ebben a témában nem tudnak információkat, azokat tájékoztatni kell. Fontos, hogy mindenki tudja, ha erőszak éri, akkor hova fordulhat, kik azok, akik hajlandóak és tudnak segíteni, mert sajnos a legtöbb esetben zárt ajtók fogadják a segítséget kérőket.

2. feltételezésem az, hogy a családban megjelenő erőszak és a vallásosság között szoros összefüggés van. A vallásos családokban kevesebb a megjelenő erőszak, mint a nem hívők körében.

3. feltételeztem azt, hogy válaszadóim többségében úgy vélik, hogy a családon belül elkövetett erőszak áldozatai főként nők.
4. feltételeztem azt, hogy az iskolai végzettség és a családon belüli erőszak szoros összefüggésben van. Az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében gyakrabban fordul elő családon belüli erőszak, mint a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezőknél.

A kutatás módszerei:

Önkitöltős kérdőíveket készítettem, amelyek a homoszexuálisak ellen elkövetett erőszakról, az idősek bántalmazásáról, a családon belüli erőszakról és a férfiak ellen elkövetett bűncselekményekről szólnak. A kérdőív kitöltését kétféle módon oldottam meg. Elsőként online kérdőívet küldtem el Zala megyében élőknek.

Majd lekérdezéses kérdőívekkel személyesen kerestem fel zalaiakat, amit 117 főtől kaptam vissza. A megkérdezettek között a legfiatalabb 16 éves, a legidősebb 75 éves volt. Próbáltam a lekérdezést úgy alakítani, hogy Zala megye minden részéről legyenek eredményeim. Kérdőíveim az alábbi helyekre jutottak el: Alsórajk, Felsőrajk, Gellénháza Gelse Hahót, Kemendollár, Kilimán, Nagykanizsa, Pacsa, Pakod, Pókaszepetk, Pötréte, Sormás, Zalabér, Zalacséb, Zalaegerszeg, Zalaistvánd, Zalaszentiván, Zalaszentgrót, Zákányfalu.

A kérdőívek kiértékelést százalékszámítással és kördiagrammal, valamint szöveges elemzéssel végeztem.

Az erőszak fogalma és kialakulása

Az erőszak elleni fellépések

A XIX. Század folyamán olyan társaságok alakultak, amelyek az állatkínzás ellen léptek fel. Ilyen egyesület alakult például az Egyesült Államokba az Állatvédő Liga is. Majd a század második felében ezek az egyesületek egyre nagyobb hangsúlyt fektettek a családon belüli erőszakra, azon belül pedig a gyermekek ellen elkövetett bűncselekményekre. Ebben az időben a figyelem csak a testi fenyítésre terelődött. A gyermekek testi bántalmazásának témáját, figyelemfelhívását a nők ellen elkövetett bűncselekmények követték. A nők verését, ekkor még elfogadhatónak vélték, de a jog úgy szabályozta, hogy a férfi hüvelyujjánál vastagabb bottal nem bántalmazhatta családja tagjait.

A családon belüli erőszakos cselekményekben minden korosztály érintett volt, s ma sincs ez másképp. Minden korosztályban megjelenik a fizikai, lelki és szexuális bántalmazás, elhanyagolás egyaránt. A kiváltó ok lehet az anyagi helyzet, a munkanélküliség, a felgyülemlett mindennapi stressz, az alkoholizmus és még lehetne sorolni többféle ilyen okot is. Azon viszont el kell gondolkodni, hogy ezek

az okok tényleg eléggé erősek, ahhoz, hogy szeretteinket bántalmazzuk? Különös figyelmet és kutatást igényelhet az a tény, hogy a szülő, aki gyermekét, házastársát, idősebb hozzátartozóját bántalmazza, ő is szenvedő alanya volt-e régebben ilyen eseteknek?!

A családon belüli erőszak kialakulásának folyamata

Az erőszak soha nem egyik napról a másikra alakul ki, ez mindig egy hosszabb folyamateredménye. Minden párkapcsolat kezdetben bizalmas, majd szép lassan a pár egyik tagja a másikat kezdi elszigetelni a baráti társaságtól, ismerősöktől, szomszédoktól. Mindig mindenhova elkíséri. Gyermekvállalás után lebeszéli arról, hogy munkahelyére visszamenjen, ezáltal ő tartja el, így a kiszolgáltatottság egyre jobban jelen lesz az áldozat életében. A munkahely hiánya miatt keresete nincs, így anyagilag is függ a bántalmazótól. Az izolációt követően szóbeli, majd a fizikai bántalmazás a következő lépcsőfok. Első jelzésként mégis a család tagjainál állandó fáradékonyság, levertség tűik fel.

A családon belüli erőszak

Családon belüli erőszak fogalmára több meghatározás is született. Ezek közül az ORFK által megfogalmazottat tartom legfontosabbnak.

„Az egy háztartásban élő személyek, valamint meghatározott hozzátartozók, a volt házastársak illetve volt élettársak, továbbá a gyermekvédelmi intézményekben nevelkedő gyermek között megvalósuló vagy őket a felsorolt személyek cselekménye által érintő bűncselekmények, szabálysértések."[13]

Az családon belüli erőszak megjelenési formái

A családon belüli erőszak megjelenési formái a követezők: fizikai erőszak, pszichológiai erőszak, szexuális erőszak, elhanyagolás.

Fizikai erőszak

Hazánkban a fizikai bántalmazást tiltja a törvény. Ennek ellenére nagyon sok esetben fordul elő a családon belül fizikai erőszak. Ezen esetek közül nagyon sok a szülő – gyermek kapcsolatban előforduló, amikor is a szülő csak „megbünteti" a gyermeket. A gyermekek ilyen esetekben nem panaszkodnak, sokszor hazudni is képesek, hogy nem a szülő okozta a sérüléseiket. Az is kérdés figyelembe kell venni, hogy egy pofon fizikai bántalmazásnak minősül-e. Esetleg a kék, zöld foltokat okozó ütések számítanak csak fizikai bántalmazásnak? A pofon vagy a nyomokat hagyó ütés között nincs határ. Bármennyire is nevelő szándékkal történik egy

13 13/2003. III. 27. ORFK. Intézkedés

pofon, már azt is bántalmazásnak vélhetjük. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt sem, ha egy gyermek, ha többször volt szenvedő alanya, vagy akár szemtanúja fizikai bántalmazásnak, akkor felnőtt korában ő maga is nagyobb eséllyel lehet bántalmazó. Számára természetessé fog válni, hogy a problémákat, konfliktusokat egy- két veréssel meg lehet oldani.

A feleségbántalmazás a másik legelterjedtebb forma. Sok esetben fordul elő, hogy a férfi kezet emel házastársára. A legtöbb esetben ezek sem kerülnek nyilvánosságra, mert az áldozat szégyenként éli meg a vele történteket. Segítségkérések tömkelegét utasítják vissza, vagy nem vesznek tudomást az igen csak figyelemfelhívó jelekről. A házastárs bántalmazása több okra vezethető vissza, többek között magyarázható azzal, hogy a pár nem beszéli, nem osztja meg valódi érzelmeit, így azok rejtve maradnak és gyűlnek, amíg egyszerre kirobbannak. A kirobbanás a legtöbb esetben kommunikációval, hanem erőszakkal „oldódik meg". Sok esetben a gyermekneveléssel kapcsolatos problémák, ellentétes nézetek miatt is kialakulnak erőszakos cselekmények.

Lelki bántalmazás

Ebbe a típusba tartozik, a fenyegetés, becsmérlés. A szülő - gyermekkapcsolatban ennek megjelenési formái közé tartozik a gyermek képességeinek kétségbe vonása, ügyességében való kételkedés, a gyermek szidalmazása, szeretet megvonása. A házaspárok között is gyakran jelennek meg a lelki bántalmazás jelei, mint például a pár másik tagjának szidalmazása, megalázása. Idősebb korosztálynál is megjelenik a bántalmazás ezen típusa is. Ilyen esetekben a tehetetlenség a vád.

Lelki bántalmazás során az áldozat sokszor nem tudja, hogy mi az, ami igazán bántja őt, csak azt érzi, hogy körülötte minden romba dől. Sűrűn előfordul, hogy a bántalmazó érezteti fölényét az áldozattal szemben és ezt szavakkal is kifejezi. Számára társa sértegetése természetes folyamat. Fenyegetés, vádaskodás, lekezelés is előfordul, ami az áldozat mindennapjait teszik lehetetlenné. A lelki bántalmazás nem csak az otthon falai között jelenik meg, hanem a nyilvánosság előtt sem rejtik véka alá a bántalmazásukat. Gyakran egy harmadik, negyedik személy is szem és fültanúja az áldozat lekezelésének. Az elkövető kigúnyolja, támadja áldozatát, amivel önértékelésének lerombolását is elérheti. Eléri azt is, hogy az áldozat feleslegesnek érezze magát, ezáltal az emberi bánásmód megilletésében is kételkedik.

Szexuális erőszak

A szexuális bántalmazás elkövetője a legtöbb esetben a férj. Az áldozatok a nők, illetve a gyermekek. Sajnos a legtöbb gyermekek ellen elkövetett szexuális bántalmazás rejtve marad. Ha nyilvánosságra kerül, akkor egy felnőtt vagy a gyermek maga tesz bejelentést, de ezek száma elenyésző. A szexuális bántalmazásnak több jelei is feltűnnek, mint például a zúzódások, karmolások a testen, vagy a

szexuális úton terjedő betegségek, a viselkedés megváltozása, a kortársakkal való kapcsolat megváltozása. A gyermekben megjelennek félelmek, mind az orvosi vizsgálat, mind a felnőttek iránt. Sok esetben a gyermek tehetetlennek érzi magát, foglalkoztatja az öngyilkosság gondolata is, ami sokszor tettekben is megnyilvánul. A gyermekkorban több jele van a szexuális erőszaknak, de felnőttkori hatásai is vannak, többek között: érzelmek ingadozásai, előfordul, hogy a későbbiekben saját gyermekeiket is bántalmazzák szexuálisan.

Elhanyagolás

A legtöbb szenvedő alany az idősebb korosztály tagjai, valamint a gyermekek. Az elhanyagolás főképp s testi-egészségügyi szükségletek kielégítetlenségét jelenti. Megvonják az érzelmi szükségleteket, iskolai szükségleteikhez megfelelő támogatást. Az áldozatok szeretetre éhesek, hisz' a bántalmazó ennek kimutatását is megvonja tőle. Az elhanyagolt gyermekeknél megjelenik az alultápláltság, a tisztálkodás hiánya.

Az elhanyagolásnak több fajtáját is megkülönböztethetjük, mint például:

- a gyermek érzelmi elhanyagolása: a szeretet megvonása, az elutasítás jellemző, vagy egy másik családtaggal, aki közel áll a gyermekhez, vele való goromba viselkedés
- a fizikai elhanyagolása: higiéniás feltételek nélkülözése, nem tartja be az orvosi utasításokat, illetve az orvosi segítségnyújtás késleltetése
- oktatási-, nevelési elhanyagolás: készségfejlesztés akadályozása, ismeretátadás, iskolába járás elmulasztása

A családon belül erőszak áldozatai

Partner, mint áldozat

A családon belüli erőszak áldozatai lehetnek a partner a gyermekek, nagyszülők, szülők. Napjainkban egyre több olyan eset kerül nyilvánosságra, hogy nő bántalmaz férfit. Régebben a nők ellen elkövetett erőszak többször látott napvilágot, mint a férfiak elleni erőszak.

Azt azonban figyelembe kell venni, hogy a férfiak jobban titkolják, hogy bántalmazta párja, mint a nők, mivel ezt a férfiak nagyobb szégyenként élik meg. Fontos figyelembe venni, hogy a családban történő erőszak felborítja az addig kialakult családi kapcsolatokat, egységet.

Gyermek, mint áldozat

A gyermek számára elengedhetetlen, hogy szerető közegben nevelkedjen és hogy az anya, apa szerepeket megtanulja, de ez csak akkor lehetséges, ha mindkét szülő részt vesz a gondozásban.

Arra viszont ügyelni kell, hogy a gyermek ne egy olyan családban nevelkedjen, ahol szülei vitatkoznak, bántalmazzák egymást. Ilyen esetekben jobb, ha a szülők a válás mellett döntenek, mert így a gyermek egy nyugodtabb környezetben élhet. Ha a gyermek örökös veszekedés, erőszakos cselekedet szem és fül tanúja, akkor számára az lesz természetes.

Nagyszülő, mint áldozat

Az idősek mentális és egészségi állapota rosszabb, mint unokáiké, gyermekeiké, ezért kiszolgáltatottabbnak érzik magukat. A legtöbb esetben a nagymamák válnak áldozattá. Leggyakrabban a lelki bántalmazás fordul elő, a tisztelet hiánya, megalázás. Nagyon sokszor fordul elő, hogy az unokák, gyermekek anyagilag is kihasználják nagyszüleiket.

„A felmenő sérelmére családon belüli erőszakot elkövetők többsége olyan 26-35 év közötti, alacsony iskolázottságú és jövedelmű férfi, akinek nincs tartós párkapcsolata és (a későbbi áldozattá váló) szülőjével, nagyszülőjével lakik együtt."[14]

Az „erősebb" nem ellen elkövetett erőszak

„Nem csak a magyar közvélemény, de a családon belüli erőszakkal foglalkozó szakemberek sem tartják fontosnak, sőt megkérdőjelezik a felnőtt párok között zajló konfliktusokban a női elkövetők és a férfi sértettek létezését. A családon belüli női erőszaktól szenvedő férfi áldozat márpedig nincs. A jelen kutatások, ahogy a harminc év óta külföldön folyó vizsgálatok is bizonyítják, létezik férfiak ellen sérelmére, nők által elkövetett bűncselekmény a családon belül."[15]

Az erősebb nem ellen elkövetett erőszak áldozatai lehetnek a fiúgyermekek, férfiak, és az idősek is egyaránt. Gyermekkorban a fiúk nagyobb arányban lesznek erőszak áldozatai, mint a lányok. Ezért azt is figyelembe kell venni, hogy felnőttként ez milyen hatással van a gyermekkorában bántalmazottra és családjára. A gyermekkorukban bántalmazott fiúk életük során többször nyúlnak cigaretta, alkohol, drog után, mint harmonikus családban felnövő társaik.[16]

Felnőtt férfiak esetében is előfordul szexuális, fizikai és lelki bántalmazás egyaránt. A férfi sértettek jellemzői a következők: nőies típusú, nőt soha nem bántanak, agresszióra egyáltalán nem hajlamos, próbálja kerülni a konfliktusokat. A bántalmazott férfiak a családban egyfajta biztonságot éreznek, így nem hagyják el párjukat akkor sem, ha ők bántalmazzák. Ezeket a férfiakat jobban foglalkoztatja

14 Feurer Mária: A családsegítés elmélete és gyakorlata / Erőszak - abúzus – bántalmazás 500. oldal

15 Feurer Mária: A családsegítés elmélete és gyakorlata / Erőszak - abúzus – bántalmazás 490. oldal

16 Forrás: http://www.elitmed.hu/ilam/tudomany/_fiuk_mint_aldozatok_avagy_a_gyerekkori_bantalmazas _lehetseges _nepegeszsegugyi_kovetkezmenyei_8623/

az öngyilkosság gondolata, barátait, kapcsolatait is feladja, teljesen elzárkózik a külvilágtól. Állandó félelem és bűntudat emészti őket.

A férfiak sérelmére elkövetett erőszak elkövetői nők és férfiak is egyaránt lehetnek. A legtöbb esetben fiatal fiú egy idősebb férfi által elkövetett erőszakot szenved el. Sok esetben találkozhatunk a homoszexuálisok között elkövetett bántalmazással is.

A férfiak nagyobb szégyenként élik meg az ellenük elkövetett erőszakot, mint a nők. Nem mernek nyilatkozni róla, próbálják titokban tartani. Elrejtik, hogy megverték, megerőszakolták, vagy lelki terrorban tartották őket. A nők nagyobb százalékban mertnek beszélni az őket ért erőszakról. Ha a közvélemény szemszögéből nézzük, akkor úgy is mondhatnánk, hogy a nőket megsajnálják, míg a férfiakat „papucsnak" állítják be a bántalmazások után. A kérdés, hogy miért ez a véleményük? Hisz' a nemek különbsége nem számít, az áldozat létén van a hangsúly. Egy fizikai, lelki, szexuális erőszak mind a két nem számára nehezen feldolgozható trauma.

Azonos neműek kapcsolatában megjelenő erőszak

Európa nagy részén a második világháború után megszüntették a homoszexuálisokra vonatkozó bűntető jogi rendelkezéseket. A homoszexualitást hosszú éveken át betegségként kezelték. „Magyarországon 1961-től az állam büntetőjogi eszközeivel nem avatkozik be a nagykorúak homoszexuális kapcsolataiba, amennyiben azok kölcsönösségen alapulnak."[17]

Sokszor olvashatjuk, hallhatjuk, hogy a börtön homoszexualitás is nagyon elterjedt napjainkban. A legtöbb esetben orális kielégítésre kényszerítik a velük egy börtöncellában élő társaikat, aki gyengébb fizikumú. A másik formája a szexuális erőszaknak anális úton történő közösülés. Az erőszak ezen formái nem csak a börtön falai között, hanem a valódi életben is sokszor előfordul. Malota László és Vári András Ártatlan angyalok című művében nagyon sok esetet olvastam ezzel kapcsolatban. A könyvben megjelent történetek napvilágot láttak, de ez még most is kevés mert, a regisztrált esetek száma jóval kevesebb, mint ami a valóságban megtörtént. Mindegyik eset megrázó volt, de ami tényleg a véletlen műve során derült ki, az egy napló segítségével került a nyilvánosság elé. A fiúgyermek barátnője kérésére és unszolására egyezett bele abba, hogy a lány testvére orálisan kielégítse a fiúgyermeket. A fiú bele egyezett, mert nagyon szerette a lányt és nyomós indok volt az is, hogy ha ezt megteszi, akkor a kettejük szerelme is beteljesedik. A fiú a megbeszélt helyen találkozott a lány testvérével, aki nem csak kielégíteni akarta az áldozatot, hanem élvezetben szeretett volna ő is részesülni, ezért kérésére, felszólítására kénytelen volt a fiú is orálisan kielégíteni őt. A

17 Család, gyermek, ifjúság XII: évfolyam 2003/4. Kiss Anna: Az azonos neműek szerelméről

naplóban rögzített eset felolvasását végighallgatta az áldozat, az áldozat édesanyja és az elkövető is. A fiú és édesanyja megtörten hallgatták a történetet, a fiú szégyellte magát, az anya pedig saját magát hibáztatta fia ellen elkövetett erőszakért. Ez csak egy a megrázó történetek sorából, ami e könyvben szerepel. Szörnyű belegondolni, hogy bárhol és bármikor előfordulhat velünk, gyermekünkkel vagy szeretteinkkel, mert biztosra nem mondható, hogy az ilyen vagy hasonló erőszak „elkerül" minket. Arra gondolhatnánk, hogy a férfiakat nem éri ilyen típusú erőszak, és sokan a mai napig kételkedni is benne, még a nyilvánosságra hozott esetek ismeretében is. Kételkedni lehet, de nem érdemes, hisz', ahogy a nők elszenvednek ilyen bántalmazást, úgy a férfiaknál sincs semmilyen garancia arra, hogy elő ne forduljon velük. Ha lenne, biztosan mindenki megtenné tőle telhetőt azért, hogy családját, barátait ezáltal biztonságban tudja, megóvja. Ez sajnos nem így működik, az ember valamilyen szinten mindig is kiszolgáltatott embertársainak. Egy nő nem csak a férfi nemnek kiszolgáltatott, hanem a társadalom női tagjainak is. Ez a férfiak szemszögéből is így van. Viszont az erőszak kialakulásánál már kérdésessé válik, hogy ki az, aki először emel kezet a másikra. „Közhiedelem az, hogy a férfiak sokkal agresszívabbak, mint a nők, akik ennek ellensúlyozására indirekt, közvetett agresszióval élnek. Az empirikus vizsgálatok azonban rámutattak, hogy ez a tétel nem áll meg, ugyanis a nők adott esetben éppúgy élnek a közvetlen agresszió módszereivel. A kérdés mindig a fizikai erőszak esetén merül fel, s a vizsgálatok azt mutatják, hogy a nők és a férfiak között ritkán van különbség ezen a téren." Több adattal is bizonyítható ez a megállapítás. Az Egységes Rendőrségi és Ügyészségi Bűnügyi Statisztika alapján a családon belül elkövetett erőszak a férfi elkövetők 5,4% - az, a nők 6,9%-a követte el.[18] A családon belüli erőszakon belül emberöléssel való kísérletezés során férfi a sértett 61%-ban.

Keszthelyi Rendőrkapitányság Zalaszentgróti Rendőrőrs adatai

Felkerestem a Zalaszentgróti Rendőrőrsöt, akik adatokkal, esetekkel segítették munkámat. Adataik a családon belüli erőszak előfordulását taglalták 2012.01.01. - 2012.08.31-e intervallumban.

Adataik alapján Keszthelyi Rendőrkapitányság Zalaszentgróti Rendőrőrs illetékességi területén 23 faluban és Zalaszentgrót városában a járőrök, illetve a körzeti megbízottak több esetben is intézkedni kényszerültek családon belüli erőszak miatt.

Ezen esetek többségében a hátrányosabb helyzetben lévő családoknál fordulnak elő, melynek legtöbbször az italozó életmód illetve a munkahiány az oka. Számos esetben a családok nagyon szerény anyagi körülmények élnek, ennek ellenére az italt és a játékgépet előnyben részesítik a napi megélhetésüket megelőzve.

18 Virág György: Családi iszonyok/ A családi erőszak kriminológiai vizsgálata 193. oldal

A Rendőrőrsről több esetet is ismertettek velem. Ezen esetek közül három családban történt bántalmazás volt a legmeglepőbb. Ezen eseteket fogom most szemléltetni:

„ Sz. településen idős édesanya két fiával él együtt egy lakhatásra majdnem alkalmatlan házban, ahol a két fiú naponta 2-3 liter bort fogyaszt el. Az édesanya nap, mint nap ki van téve a két fiúgyermek veszekedéseinek, illetve ezek a veszekedések több esetben tettlegességig fajulnak, mely minden esetben rendőrségi eljárást von maga után."[19]

„B. településen alkoholista életmódot folytatott fiúgyermek szóváltást követően oly módon bántalmazta édesapját, hogy az súlyos lábszártörést szenvedett, mely következtében orvosi ellátásra is szükség volt, felépülése hosszú hónapokig tart, a kiváltó ok itt is a gyermek munkanélkülisége, illetve alkoholizmusa."[20]

„ N. Településen szintén alkoholista életmódot folytató férj fiatal feleségét, mint szóban, mint tettleg bántalmazta, melynek kiskorú gyermekei is szem és fültanúi voltak, sor került a gyermekjólét kiértesítésére, illetve az édesapa is fel lett világosítva az esetleges következményekről, mely akár a gyermekek elvételéhez is vezethet. „[21]

Több esetben fordult elő az illetékességi településeken, hogy a családon belüli erőszak nem csak tettlegességig fajult, de többször eszközök bevonása is szóba jöhet, mint például a kés, golfütő, sodrófa. Ezen tárgyak normális esetben nem használnak fel szeretteik, családtagjaik ellen. Egyéb ok az alkohol mellett a válás illetve a vagyonmegosztás, mely szintén sok esetben vezet családon belül elkövetett erőszakhoz.

A Zalaszentgróti Rendőrőrs munkatársai olyan esettel nem találkoztak, ahol a nő lenne az elkövető és a férfi a sértett, illetve ha elő is fordulna ehhez hasonló, azt nem hozzák a rendőrség tudomására. A legtöbb esetben az illetékesek szégyenként élik meg a velük történteket, s ezért segítséget sem mernek kérni.

Konklúzió: „ A tapasztalatok szerint a családon belüli erőszak kivált okai leginkább az alkohol, illetve a pénztelenség."[22]

Kutatási eredmények

A kutatás során négy kérdőívet állítottam össze. A kérdéseket úgy csoportosítottam, hogy a családon belüli erőszak legyen a fő téma, de mégis kiéleződjön a

19 Keszthelyi Rendőrkapitányság Zalaszentgróti Rendőrőrs adatai alapján

20 Keszthelyi Rendőrkapitányság Zalaszentgróti Rendőrőrs adatai alapján

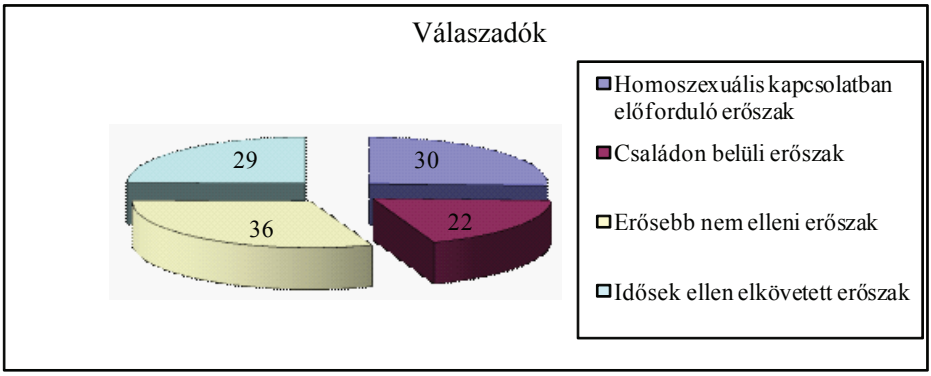
21 Keszthelyi Rendőrkapitányság Zalaszentgróti Rendőrőrs adatai alapján

22 Keszthelyi Rendőrkapitányság Zalaszentgróti Rendőrőrs adatai alapján

férfiak elleni erőszakra. Az első kérdőív a családon belüli erőszakról szól, amely 11 kérdésből áll. A második kérdőívem szintén 11 kérdésből áll, ennek a témája a homoszexualitás. A harmadik kérdőívem témája az idősekről szól, ebben 10 kérdést fogalmaztam meg. Többször hallhatjuk, hogy egyre több idős válik erőszak áldozatává. A bántalmazás, elhanyagolás okai változóak, ezért is érdekelt, hogy az emberek hogy vélekednek ezzel kapcsolatban. A negyedik kérdőív 25 kérdésből áll. Ebben a kérdések száma kicsit több mint az előzőekben, de azért lett ez nagyobb terjedelmű, mert ez konkrétan a férfiak elleni erőszakról szól.

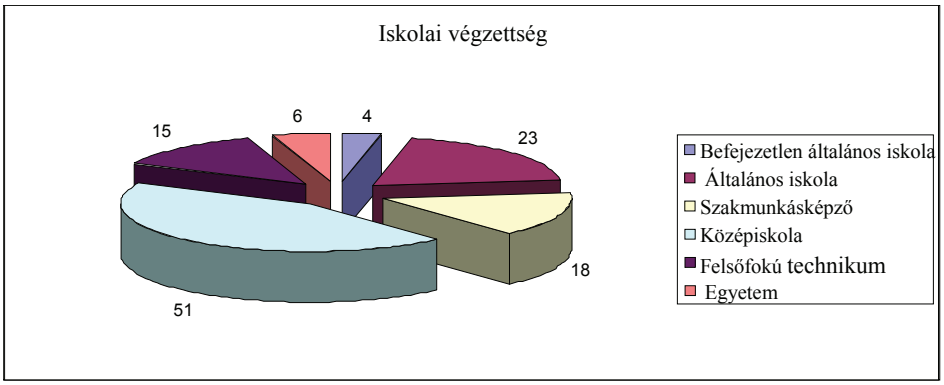
A válaszok kiértékelése után számomra érdekes következtetésekre jutottam. A legkevesebben, 22-ten küldték vissza a családon belüli erőszakról szóló kérdőívet, ezt az idősekről szóló kérdőívem követte, amit 29-en töltöttek ki. A harmadik kérdőívet a homoszexuális kapcsolatokról szóló kérdésekre 30 személy adott választ. A legtöbben a férfiak elleni erőszakról szóló kérdőívet töltötték ki, 36-an.

A válaszadók száma 117 volt, ebből 29 férfi és 88 nő adott választ kérdéseimre. A kérdőívet kitöltők aránya a következőképp alakult: A homoszexuális kapcsolatokban előforduló erőszakra vonatkozó kérdőívemet 30 személy, a családon belüli erőszakról szólót 22, az erősebb nem elleni erőszak témával foglalkozó kérdőívet 36, illetve az idősek ellen elkövetett erőszakról szóló kérdőívet 29 személy töltötte ki.



1. ábra Forrás: Saját kutatás

A válaszadók iskolai végzettsége a következőképp alakult. A 117 válaszadók közül négy személy rendelkezik befejezetlen iskolai végzettséggel. Ennél az adatnál figyelembe kell venni azt is, hogy bár 16 éves is volt a válaszadók között, de van, aki még általános iskolába jár. Általános iskolai végzettséggel 23-an rendelkeznek, míg szakmunkásképzőt 18-an végeztek. Középiskolai végzettséggel rendelkezik a válaszadók nagy része, azaz 51 személy. A felsőfokú technikumot 15-en végeztek, viszont kevés volt azoknak az egyetemet végzetteknek a száma, akik kitöltötték a kérdőívet. Összesen 6 fő töltötte ki a kérdőívet.



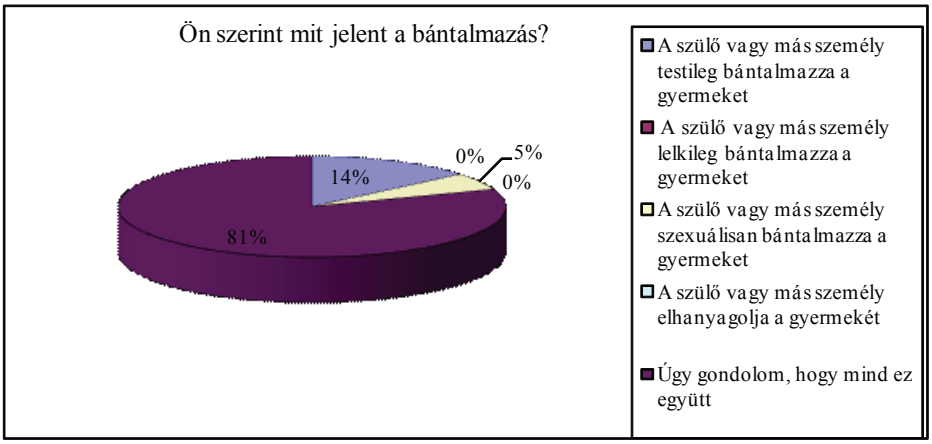
2. ábra Forrás: Saját kutatás

A családon belüli erőszak kérdőív:

Fontosnak tartottam, hogy az első kérdések során tisztázza, hogy ki és menynyire van tisztában a bántalmazás fogalmával. Így az erősebb nem elleni erőszak című kérdőívemben feltettem a kérdést, hogy:

Ön szerint mit jelent a bántalmazás?

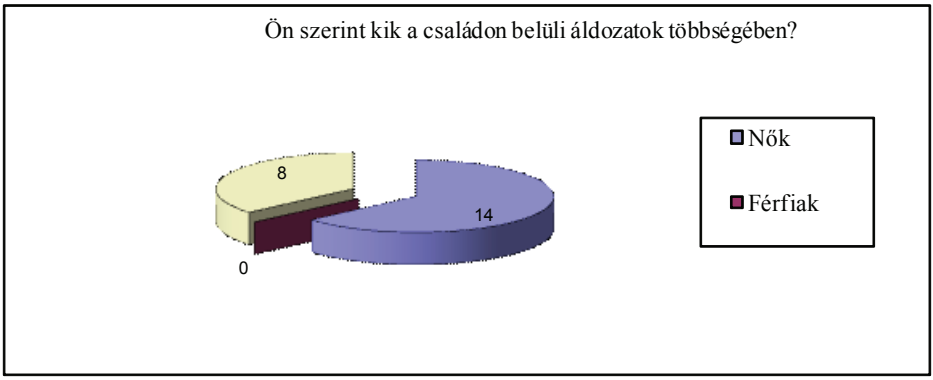
- A szülő vagy más személy testileg bántalmazza a gyermeket.
- A szülő vagy más személy lelkileg bántalmazza a gyermeket.
- A szülő vagy más személy szexuálisan bántalmazza a gyermeket.
- A szülő vagy más személy elhanyagolja a gyermeket.
- Úgy gondolom, hogy mind ez együtt.



3. ábra Forrás: Saját kutatás

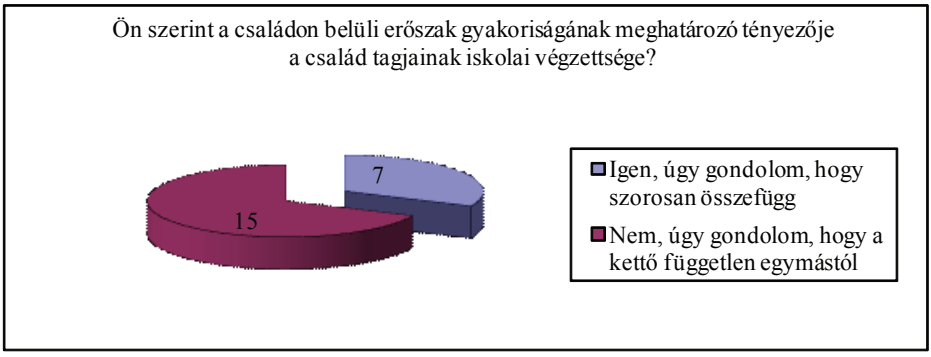
A válaszadók 80%-a (29fő) volt teljesen tisztában a bántalmazás fogalmával. 14% (5fő) vélte úgy, hogy a bántalmazás csak a testi bántalmazást öleli fel. A maradék 6% (2fő) pedig úgy gondolta, hogy a szexuális bántalmazás egyenlő a bántalmazással.

A családon belüli erőszak kérdőívemben választ vártam arra is, hogy szerintük kik a családon belüli áldozatok többségében. Feltételeztem, hogy a nemek szerinti, megosztásban a nők javára billen a mérleg, ez így is lett. Viszont meglepő volt számomra, hogy sokan azt a választ adták, hogy az elszenvedők között nincs különbség.



4. ábra Forrás: Saját kutatás

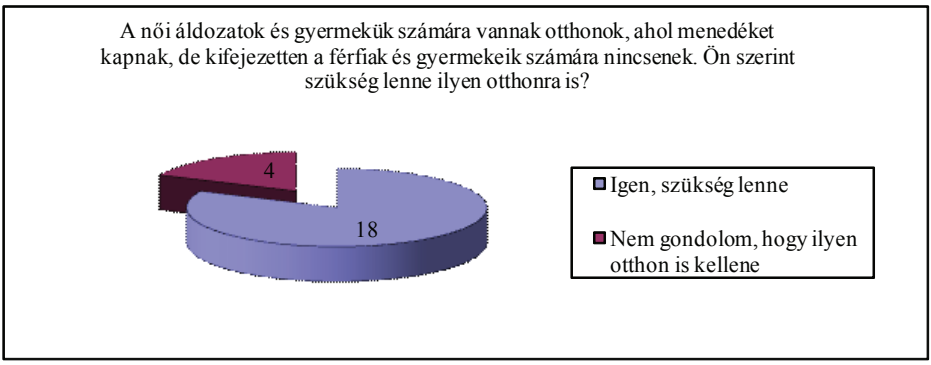
Érdekelt az is, hogy mi a válaszadók véleménye az iskolai végzettség és az erőszak előfordulásának gyakoriságáról a feltételezésem az volt, hogy a válaszadók szerint az iskolai végzettség összefügg az erőszak előfordulásával. A kiértékelés után világossá vált számomra, hogy feltételezésem nem igazolódott be. A válaszok a következőképp alakultak. A 22 válaszadó közül 15 gondolta úgy, hogy az iskolai végzettség és az erőszak előfordulása nem kapcsolódik egymáshoz. Ezzel szemben heten vélekedtek úgy, hogy igenis összefügg a kettő.



5. ábra Forrás: Saját kutatás

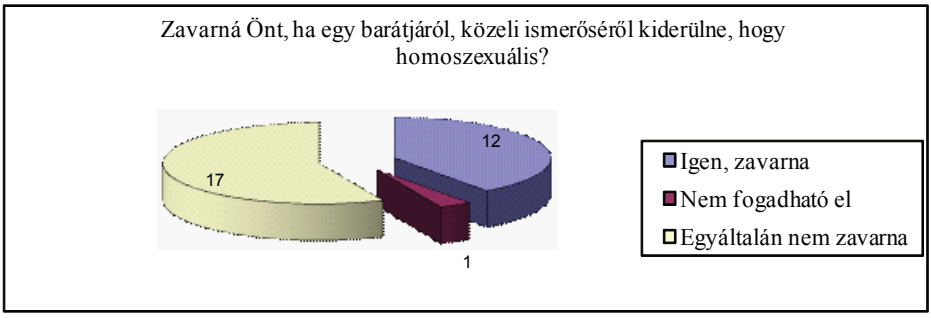
A következő kérdésem az volt, hogy „Ön szerint a férfi áldozatok kérnek segítséget?” A válaszadók szerint nem kérnek segítséget. Helyettük, orvos, szomszéd kér. A női áldozatok segítségkérését is megvizsgáltam. Ebben az esetben is a válaszadók többsége úgy gondolta, hogy helyettük más kér segítséget.

„A női áldozatok és gyermekük számára vannak otthonok, ahol menedéket kapnak, de kifejezetten a férfiak és gyermekeik számára nincsenek. Ön szerint szükség lenne ilyen otthonra is?” A 22 válaszadó közül 18 gondolta úgy, hogy igen, szükség lenne ilyen otthonra is.



6. ábra Forrás: Saját kutatás

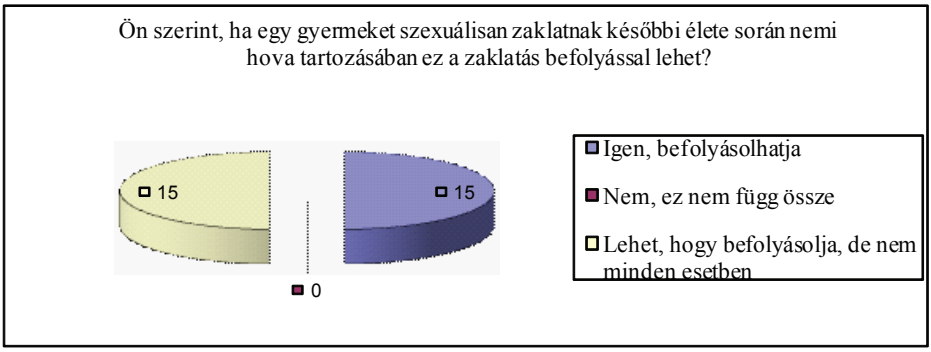
A homoszexuális kapcsolatokban megjelenő erőszakra vonatkozó válaszok:



7. ábra Forrás: Saját kutatás

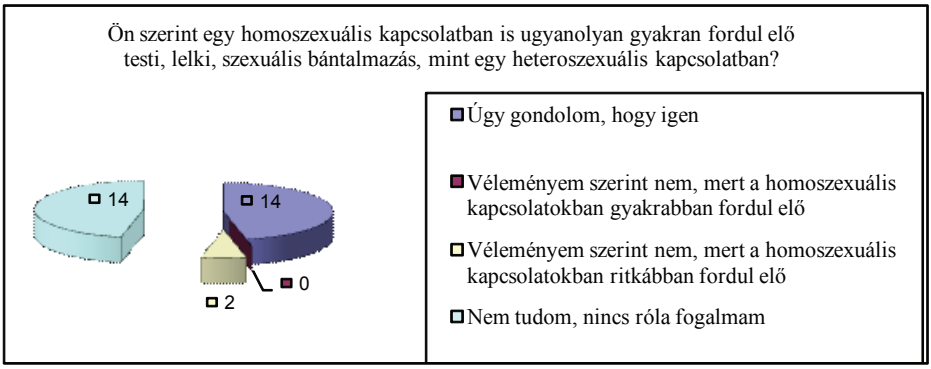
Fontosnak tartottam megkérdezni, hogy mit gondolnak a válaszadók az azonos neműek közötti szerelemről. Az eredmény szerint nagyon megoszlanak ebben a kérdésben az „igenek és a nemek”. 18-an válaszolták azt, hogy elfogadható és 12-ten a nem fogadható el válasz mellett döntöttek. A következő kérdésem az volt, hogy „Zavarná-e, ha közeli ismerősről kiderülne, hogy homoszexuális?” Az eredmény itt is meglepő, érdekes volt. A válaszadók legnagyobb számban (17)

az „egyáltalán nem zavarna” alternatívát választották, az „Igen zavarna” lehetőség mellett 12-ten döntöttel s végül 1 fő gondolta, vélte ezt elfogadhatatlannak.



8.ábra Forrás: Saját kutatás

„Ön szerint, ha egy gyermeket szexuálisan zaklatnak, későbbi élete során nemi hova tartozásában ez a zaklatás befolyással lehet?” Kérdésre a válaszadók 50-50%-ban választották a „Lehet, hogy befolyásolja, de nem minden esetben” és az „Igen befolyásolhatja” lehetőséget. Nem volt olyan válaszadó, aki úgy gondolta volna, hogy a kettő nem függ össze.

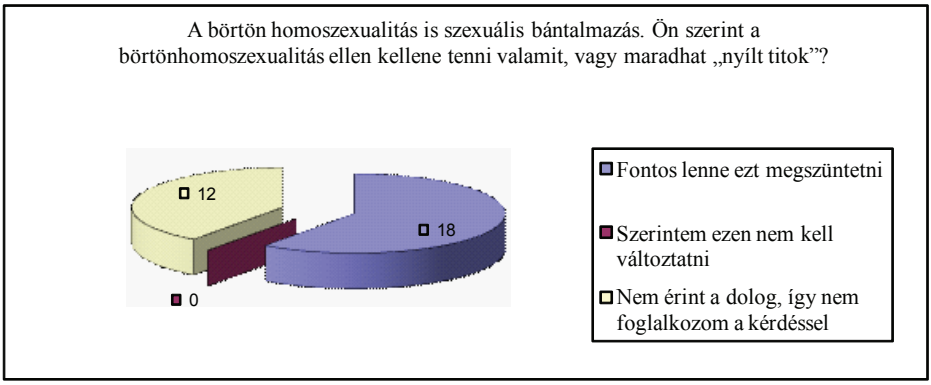


9. ábra Forrás: Saját kutatás

A kérdőív folytatásaként a következő kérdést tettem fel: „Ön szerint egy homoszexuális kapcsolatban is ugyanolyan gyakran fordul elő testi, lelki, szexuális bántalmazás, mint egy heteroszexuális kapcsolatban?” A válaszadók közül 14-en úgy gondolták, hogy igen a bántalmazások náluk is ugyanolyan gyakran fordulnak elő, viszont 14-en „Nem tudom”, hogy a bántalmazások milyen gyakran fordulnak elő a homoszexuális kapcsolatokban. A kérdőívet kitöltők között két

személy jelölte be azt az alternatívát, hogy „Véleményem szerint nem, mert a homoszexuális kapcsolatokban ritkábban fordul elő.”

A börtön homoszexualitásról a válaszadók nagy része hallott. Viszont azt is érdekesnek véltem megkérdezni, hogy „A börtön homoszexualitás is szexuális bántalmazás-e? Ön szerint a börtön homoszexualitás ellen kellene tenni valamit, vagy maradhat „nyílt titok”?” A válaszadók nagy része (18fő) úgy gondolta, hogy fontos lenne megszüntetni a börtön homoszexualitást. Ezzel a feltételezésemet is alátámasztották. Értékelendő azonban az, hogy a megkérdezettek közül senki sem választotta azt, hogy nem kellene változtatni ezen.



10. ábra Forrás: Saját kutatás

Kérdőív az idősekről

A következő fejezetben azt kutattam, hogy ki hogyan vélekedik az idősekről. Az idősebbek igényeiről, párkapcsolatairól tettem fel kérdéseket.

Kérdőívemben próbáltam többletinformációkat szerezni. A válaszadók között megtalálhatóak az érintett korosztályt képviselő személyek is. Így talán pontosabb információt kaptam és nem csak a véleményeikre támaszkodhatok.

„Ön szerint az időseknek megvannak-e azok az igényeik, mint fiatalabb korukban voltak?” Azért tartottam fontosnak ezt a kérdést feltenni, mert véleményem szerint az emberek többségében az idősek igényeiről „mást képzelnek el”, mint ami valójában van. A felmérés alapján azt az eredményt kaptam, hogy 15 személy szerint megvannak azok az igények, mint a fiatalabb korosztálynak, viszont 14-en azt válaszolták, hogy nincsenek meg ezek az igények.

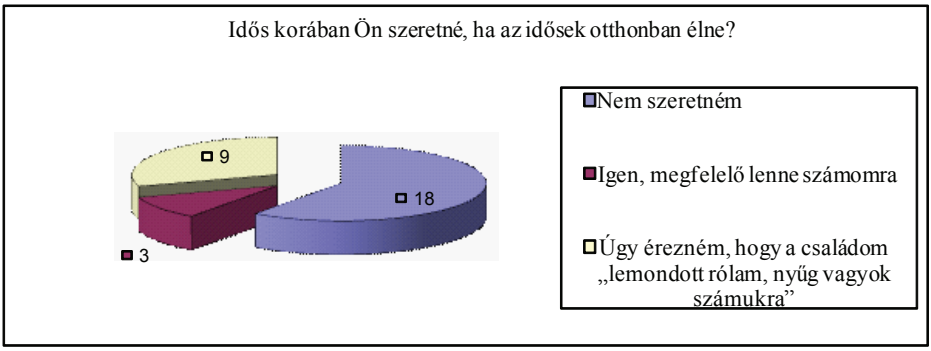
11. ábra Forrás: Saját kutatás

Az idősek igényeinek felmérése folyamán megkérdeztem azt is, hogy „Az idősebb embereknek fontos, hogy klubokba járjanak, közösségben legyenek?" Erre a kérdésemre mind a kitöltő 29 egyformán válaszolt, hogy természetesen ez nekik is ugyanolyan fontos, mint a fiatalabb korosztálynak. Véleményem szerint az idős korosztálynak talán nagyobb is az igényük a társaságra. Sok esetben fordul elő, hogy a nagymamák, nagypapák magányosnak, feleslegesnek érzik magukat. A mindennapokhoz tartozik a kommunikáció, ezért nekik is ugyanolyan lényeges, mint nekünk, hogy beszélgessünk valakivel, meg tudjuk osztani élményeinket, véleményünket, gondolatainkat. Az idősebb embereknek fontos, hogy klubokba járjanak, közösségben legyenek. Ugyanilyen eredményt kaptam a következő kérdésemre is, amelyben arra voltam kíváncsi, hogy mi az emberek véleménye az idősek párkapcsolatáról, azaz, hogy nekik is olyan fontos-e a párkapcsolat. 29-en azt mondták, hogy igen, ez az idősebb korosztálynak is fontos. A párkapcsolatról való vélemények mellett az is érdekelt, hogy szerintük fontos-e a nagyszülőnek, hogy unokáik, gyermekeik rendszeresen foglalkozzanak velük? 24 válaszadó mondta azt, hogy lényeges, viszont 5-en azt a lehetőséget választották, hogy fontos is, de egyben a túlzott látogatások, a sok ember teherként is lehet egy idősebb embernek. Az idősek is szeretnek társaságban lenni, viszont a túl sok ember már egyben zavarja is őket.

Az idősek otthona témát is feszegettem, igaz kis mértékben. Kérdésem az volt, hogy mi a véleménye az emberek többségének az idősek otthonáról. A legtöbb válaszadó (26fő) nem venné igénybe, kevesen voltak azok (6fő), akik úgy vélik, hogy megfelelő gondozást, ellátás biztosítanak ezek az intézmények. Viszont amikor megkérdeztem azt, hogy igénybe venné-e ezt a szolgáltatást, a válaszadók jelentős része (18fő) azt jelezte vissza, hogy nem és úgy éreznék, mintha családjuk lemondott volna róluk. A fiatalok többsége negatív véleménnyel vallanak az idősek otthonáról. Ennek persze több oldala is van. Volt, aki így vélekedett róla: „Hát remélem, hogy ha megöregszem, nem fogok bekerülni egy idősek otthonába." Többen is megjegyezték, hogy oda csak az menjen, aki tényleg nem tudja ellátni magát. Érdekes volt számomra az is, hogy 60 év fölötti válaszadók közül senki sem szeretne

idősek otthonába kerüli. Úgy gondolom, hogy ez nem csak a saját véleményük, hanem a közeg véleménye is, amiben ők élnek. Hisz' kijelenthetjük, hogy nagyon sokat adunk környezetünk véleményére, főleg az idősebb korosztály.

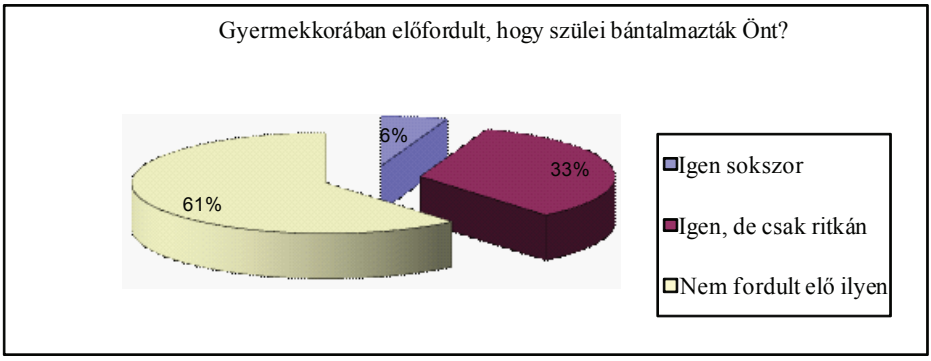
Amikor beszélgettem az idősebbekkel és megkérdeztem, hogy tulajdonképpen miért nem szeretnének idősek otthonába menni, sokan indokolták azzal, hogy mit mondanának. Pedig ebben semmi kivetni való sincs, kivéve, ha a család többi tagja szeretné, véleményük szerint „az idősebb személy érdekei azt kívánják, hogy beköltözzön egy otthonba.



12.ábra Forrás: Saját kutatás

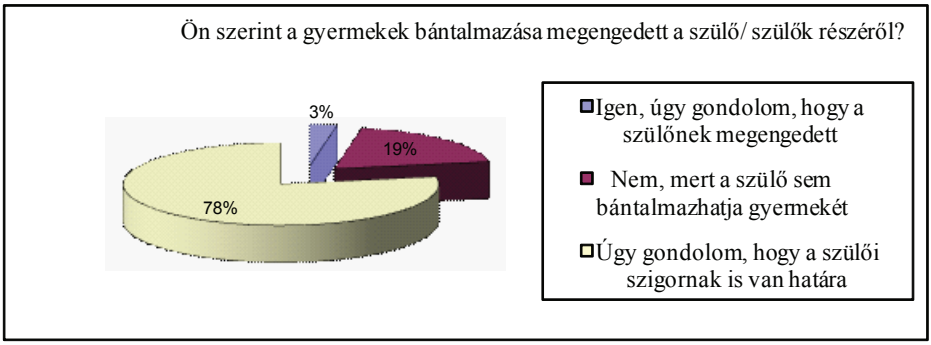
Erősebb nem elleni erőszak:

A családon belüli erőszakról többször lehet hallani, hogy „elcsépelt téma", viszont a válaszadók közül ezt a kérdőívet töltötték ki a legtöbben. Először azt a kérdést tettem fel, hogy a válaszadót bántalmazták-e gyerekkorában. A legtöbben (22 fő) nem szenvedtek el ilyen bántalmazást. Nagyon alacsony volt azoknak a száma (2), akik ezzel szemben elszenvedtek. Volt olyan válaszadó is, akit bántalmaztak, de „csak" ritkán.



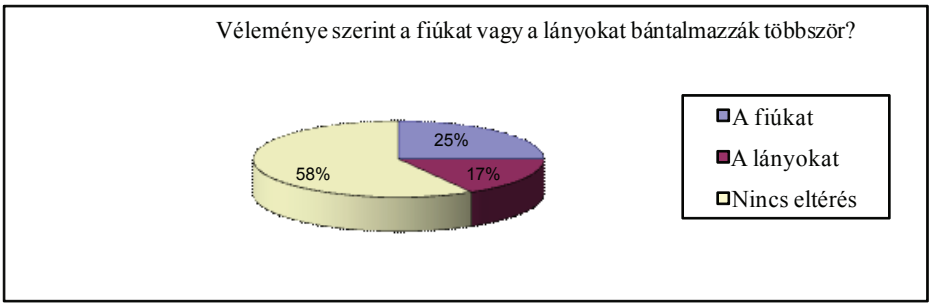
13.ábra Forrás: Saját kutatás

A gyermekek bántalmazásával kapcsolatos vélemények is érdekeltek, így a kérdésem a következő volt: „Ön szerint a gyermekek bántalmazása megengedett a szülő/ szülők részéről?" Teljes mértékben biztos voltam abban, hogy senki nem fogja azt az alternatívát választani, ami arról szól, hogy a szülőknek megengedett a bántalmazás. Ebben sajnos tévedtem, igaz, hogy csak egy válaszadó volt, aki így vélekedett erről, de ha azt vesszük figyelembe, hogy ez csak pár községből illetve városból vett minta, akkor el kell gondolkodni azon, hogy milyen sokan így vélekednek erről. Viszont pozitívum volt számomra, hogy 36 válaszadó közül 28-an úgy gondolják, hogy a szülői szigornak is van határa, azaz a szülő sem bántalmazhatja gyermekét. További 7 személy válasza az volt, hogy a szülő részéről sem engedhető meg a bántalmazás. Ezt a kérdést más oldalról is megvizsgálhatjuk, mégpedig, hogy mikor beszélünk bántalmazásról. Már egy makarenkói pofon is annak nevezhető? Esetleg néha- néha az megengedett? A verbális nevelésnek hol a határa? A gyermek nevelésére nem a fizikai vagy a verbális fenyítés a megfelelő eszköz, mert ettől a gyermek destruktív fejlődést mutat, szorong, esetleg kényszeressé válik. A szülőnek következetesnek kell lennie, nem viheti túlzásba a büntetést, viszont a jutalmazást sem. Fontos, hogy a nevelést illetően is megtalálja a szülő és a gyermek is egyaránt a megfelelő utat, ami által hasznos tagjává válik a társadalomnak.



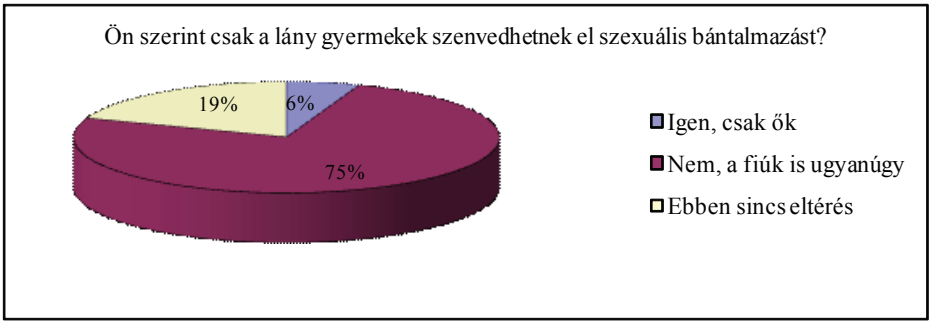
14. ábra Forrás: Saját kutatás

A gyermekbántalmazással kapcsolatban több irodalom is említést tesz arról, hogy a fiúkat többször bántalmazzák, mint a lányokat. A kérdőívemben is feltettem a kérdést, hogy a válaszadók véleménye szerint a fiú vagy a lány gyermekeket bántalmazzák többször. A legtöbben (21fő) azt válaszolták, hogy a nemek között nincs eltérés. 9 fő volt, aki úgy vélte, hogy a fiúkat bántalmazzák többször és 6 fő gondolta úgy, hogy a lányok szenvednek el több bántalmazást.



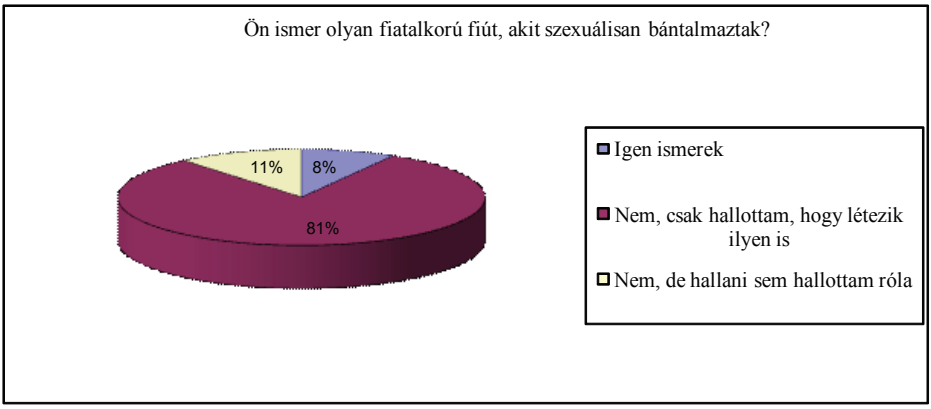
15. ábra Forrás: Saját kutatás

„Ön szerint csak a lány gyermekek szenvedhetnek el szexuális bántalmazást?" Erre a kérdésre meglepő válaszokat kaptam. Úgy gondoltam, hogy a társadalomban nincsenek tisztában azzal, hogy a fiúgyermekek is részesei lehetnek a szexuális bántalmazásnak. A kiértékelést követően világossá vált számomra, hogy a megkérdezettek többsége teljesen tisztában van azzal, hogy szexuális bántalmazást mind a két nem ellen el lehet követni. Ezt a kérdőív adataiból készített diagrammal tudom alá támasztani. 75%-a (27fő) a válaszadó úgy gondolta, hogy a fiúk is ugyanúgy lehetnek áldozatok, mint a lányok. 6% (2 fő) véleménye szerint csak a lányok szenvedhetnek el szexuális erőszakot. 19% (7 fő) szerint a lány illetve a fiúgyermekek ellen elkövetett szexuális bántalmazások száma, aránya között nincs különbség.



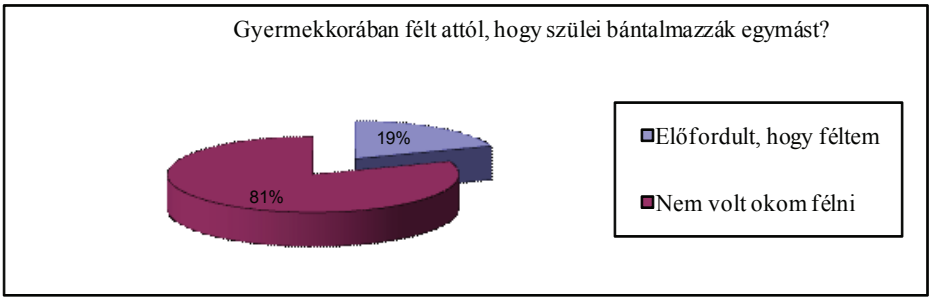
16. ábra Forrás: Saját kutatás

Következő kérdésem arról szólt, hogy a válaszadók ismernek-e olyan fiút, akit szexuálisan bántalmaztak. Kevesen (3 fő) válaszolták azt, hogy ismernek ilyen fiút. 29-en voltak azok, akik nem ismernek ilyen személyt, de már hallottak ilyen esetről. 4 válaszadó nem tud ilyen esetről, de hallani sem hallott még a fiúk ellen elkövetett szexuális bántalmazásról.



17. ábra Forrás: Saját kutatás

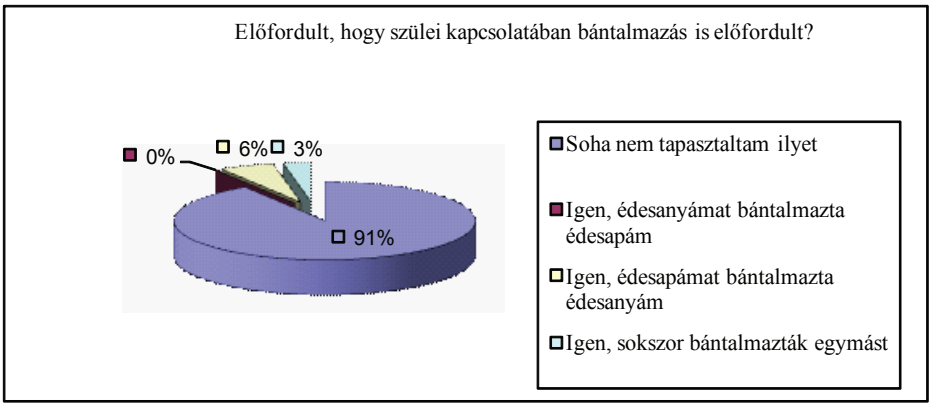
Köztudott, hogy azok a gyermekek, akik olyan családban nevelkedtek, ahol a szülők is bántalmazták egymást, hajlamosak lesznek felnőttként saját családjukban is bántalmazást, erőszakot alkalmazni. Kérdőívemben feltettem azt a kérdést is, hogy a válaszadó gyermekkorában félt-e attól, hogy szülei bántalmazzák egymást. A válaszadók közül 29-en válaszoltak, úgy, hogy nem volt okuk félni, viszont 7 személy emlékei szerint előfordult, hogy félt.



18. ábra Forrás: Saját kutatás

A gyermek félelmeiből adódóan következő kérdésem a szülők egymás iránt történő bántalmazásáról szólt. „Előfordult, hogy szülei kapcsolatában bántalmazás is előfordult?” A válaszadók nagy része (31 fő) bevallásuk szerint soha nem tapasztaltak ilyet. Voltak olyan kitöltők is, akiknek előfordult ilyen a családjában, kettő fő volt, akiknek az édesanyjuk bántalmazta az édesapát.

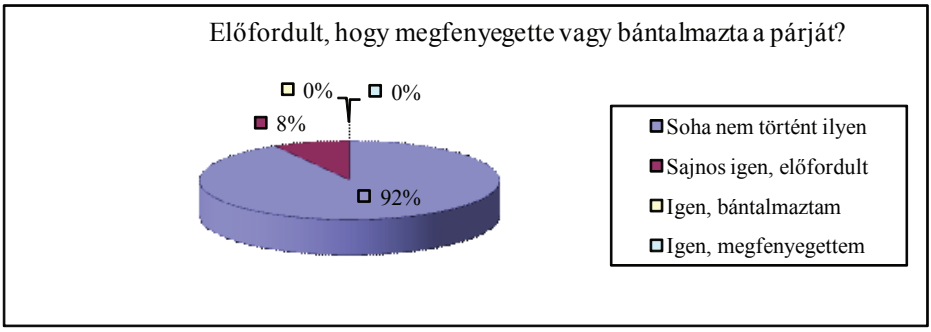
Érdekes az, hogy azt az alternatívát senki nem jelölte be, hogy az édesapa bántalmazta az édesanyát. Negyedik válaszlehetőséget két fő jelölte be, az ő családjukban általában egymást bántalmazták a szülők.



19. ábra Forrás: Saját kutatás

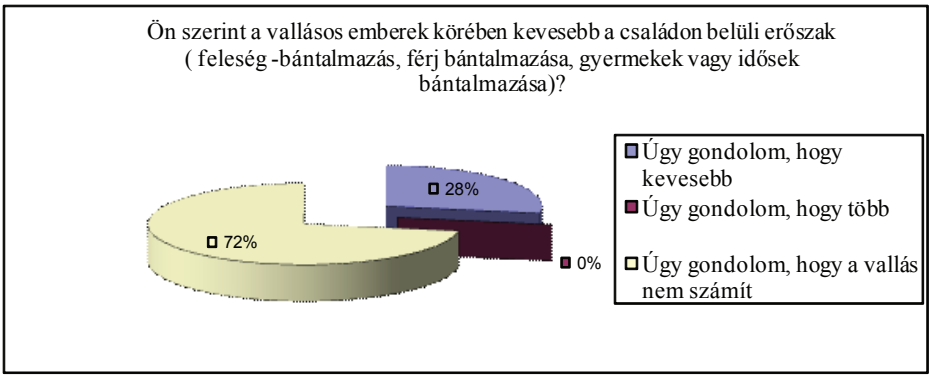
A szülők bántalmazásából kiindulva, úgy gondoltam, hogy fel lehet mérni azt is, hogy a gyermekkori emlékek mennyire maradtak meg, valamint mennyire befolyásolják a mai kapcsolataikat, azaz bántalmazta-e párjuk válaszadóimat, esetleg fenyegetés előfordult-e. 36 válaszadóból 34 mondta azt, hogy nem bántalmazta párját, viszont 2 személy kapcsolatában bántalmazás és fenyegetés is előfordult.

Ez után feltettem azt a kérdést, hogy válaszadók közül volt- e olyan, aki bántalmazta, fenyegette párját. 33 válaszadó kapcsolatában soha nem fordult elő ilyen, 3 megkérdezett vallotta be, hogy előfordult már ilyen.



20. ábra Forrás: Saját kutatás

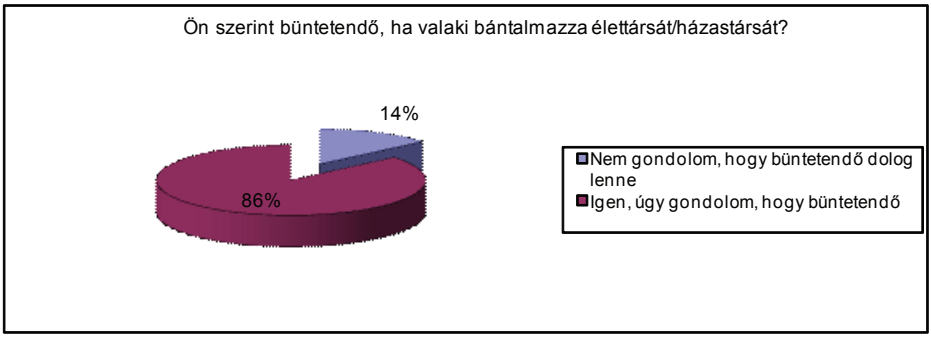
Érdekelt az is, hogy mi az emberek véleménye, ki és milyen összefüggést lát a vallásos emberek és az ő kapcsolatukban előforduló bántalmazás között. Meglepőnek tartom, hogy sokan válaszolták (26 fő) azt, hogy a vallás ebben a kérdésben nem számít, ehhez képest kevesen jelölték meg (10 fő) azt az alternatívát, ami azt tartalmazta, hogy a vallásos családokban kevesebb az erőszak.



21. ábra Forrás: Saját kutatás

A közvélemény nagyon megoszlik a házaspárok közötti bántalmazás terén. Vannak akik, úgy vélik, hogy egy-egy „nevelő szándékú vagy megérdemelt" pofon igenis kell. Sokan pedig más véleményen vannak, miszerint senkinek nem áll jogában feleségét, férjét, élettársát bántalmazni. A kérdés már csak az, hogy büntetendő-e ha valaki bántalmazza élettársát, házastársát? A válaszadók közül 31-en válaszolták azt, hogy szerintük büntetendő dolog, viszont öt fő úgy vélekedett, hogy nem büntetendő.

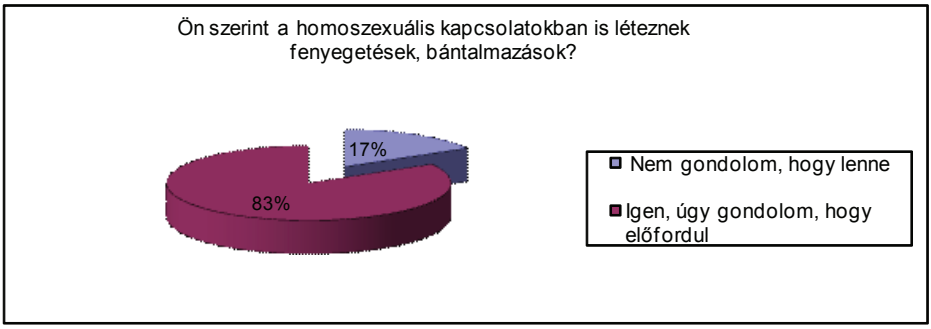
Véleményem szerint mindenkinek vannak jogai, de senki nem ítélkezhet házastársa, élettársa felett, ami persze azt is jelenti, hogy „nevelnie sem kell" így megérdemelt pofon nincs.



22. ábra Forrás: Saját kutatás

A bántalmazások a felsőbbrendűség érzetét keltik, mind az elkövetőben, mind az áldozatban. Az elkövető érzi, hogy ő áldozata felett áll, míg az áldozat tudja, hogy bántalmazását az alacsonyabb rendűsége miatt kell elviselnie. Legalábbis ezt érzik, így gondolják. Szerintem nincs ilyen hierarchia. A házastársaknak nem egymást kell irányítaniuk, hanem közös nevezőre kell jutniuk és meg kell tanulniuk együttműködni. Viszont ez a homoszexuális kapcsolatokban is így van? Mert a feladatok megosztása terén nem biztos, hogy a heteroszexuális kapcsolatokkal azonosan

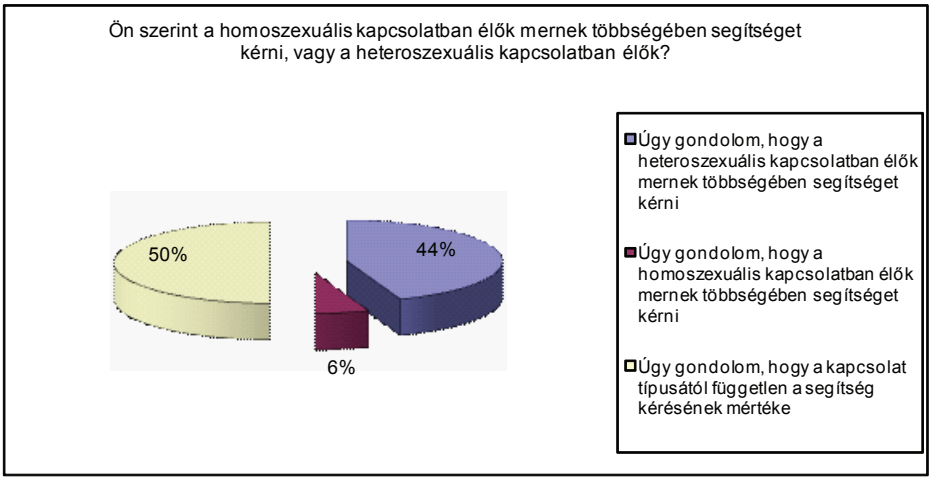
működnek. Vajon a bántalmazások is ugyanolyan gyakoriak? Kérdőívemben erre is választ kaptam. 30 válaszoló úgy gondolja, hogy a homoszexuális kapcsolatokban is ugyanolyan gyakran történnek bántalmazások, mint a heteroszexuális kapcsolatokban. Hat fő úgy vélte, hogy a homoszexuális kapcsolatokban nem léteznek fenyegetések, bántalmazások.



23. ábra Forrás: Saját kutatás

Sokszor tapasztalhatjuk, hogy társadalmunk tagjai negatív véleménnyel vallanak a homoszexuális emberekről. Ezért jogosan feltételezhetem, hogy ha homoszexuális ember kér segítséget, mert bántalmazták, fenyegették, akkor kevés olyan személyt találunk, aki előítélet nélkül valóban segít.

Sajnos az előítéletek mai nap léteznek, a bántalmazásokkal egyetemben. „ A homoszexuális kapcsolatban élők vagy a heteroszexuális kapcsolatban élők mernek többségében segítséget kérni?”

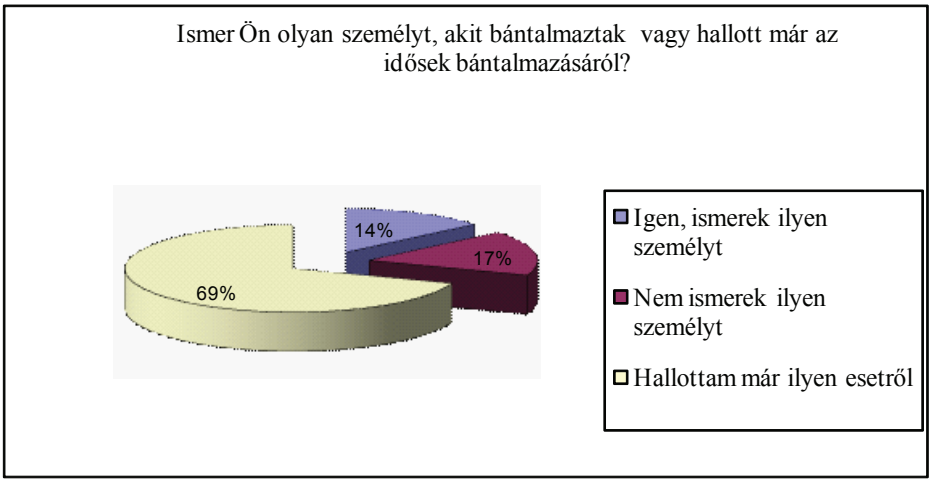


24. ábra Forrás: Saját kutatás

A kérdőívre válaszolók többsége (18 fő) úgy vélte, hogy a segítségkérés mértéke független a kapcsolat típusától. 16 fő szerint a heteroszexuális kapcsolatban

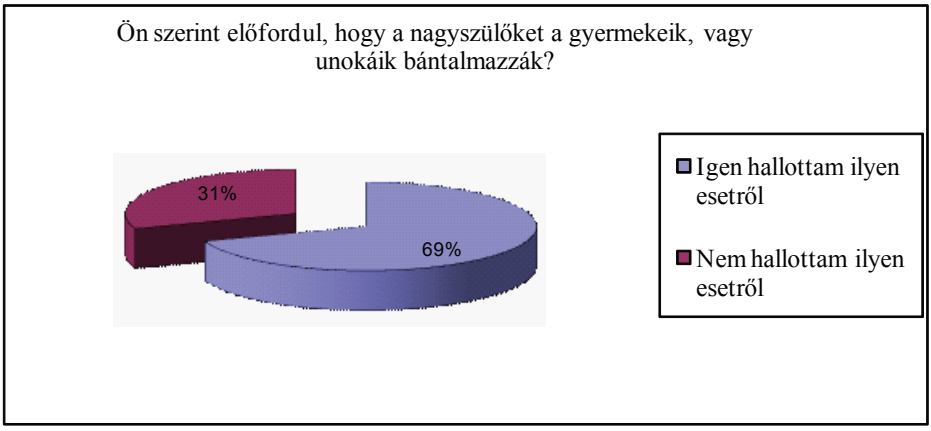
élők mernek segítséget kérni." Mindössze két személy vélekedett úgy, hogy a homoszexuális kapcsolatban élők azok, akik segítséget mernek kérni.

Az idősek bántalmazásáról feltett kérdések:



25.ábra Forrás: Saját kutatás

Fontosnak véltem, hogy érintsem az idősek bántalmazását is. Feltettem a kérdést válaszadóimtól, hogy ismernek-e olyan idős embert, akit bántalmaztak. 5 személy volt, aki ismer ilyen személyt, 6 válaszadó nyilatkozott úgy, hogy ők még nem találkoztak ilyen esettel. 25 fő jelölte be azt az alternatívát, hogy „Hallottam már ilyen esetről".

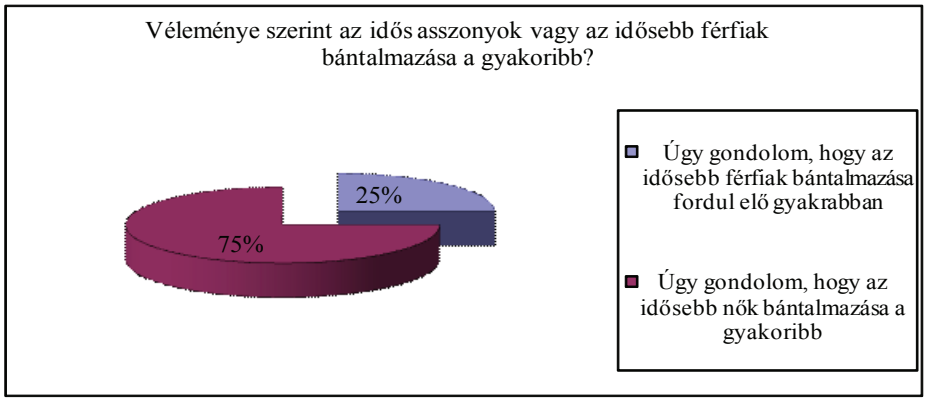


26.ábra Forrás: Saját kutatás

Sajnos a családon belüli erőszak áldozatai nem kevés esetben az idős személyek. Feltettem a kérdést, hogy a kitöltők véleménye szerint a nagyszülőket

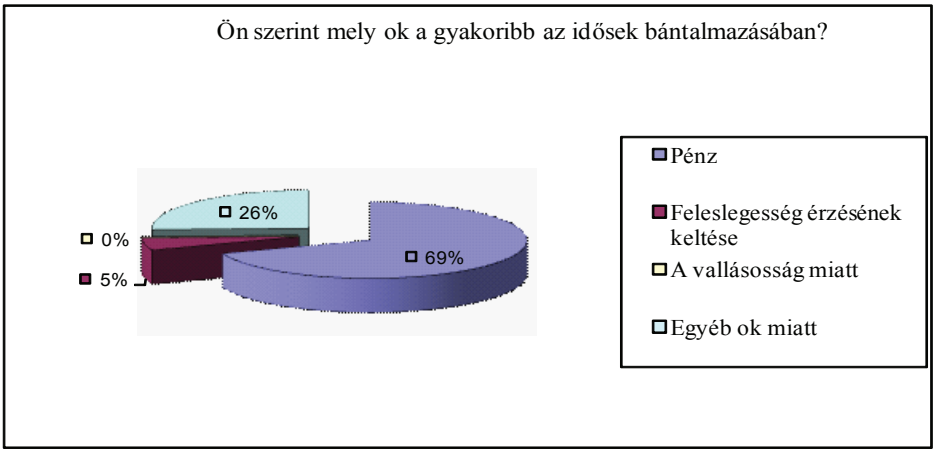
bántalmazzák-e gyermekeik, unokáik. 25 fő válasza az volt, hogy hallottak már ilyen esetről, egy fő nem hallott még ilyen esetről.

„Véleménye szerint az idős asszonyok vagy az idős férfiak bántalmazása a gyakoribb?" 27 válaszadó úgy gondolta, hogy az idősebb nők bántalmazása a gyakoribb, 9-en vélték úgy, hogy az idősebb férfiakat bántalmazzák többször.



27. ábra Forrás: Saját kutatás

Több irodalomban is olvashatjuk, hogy az idősek bántalmazását általában alacsony iskolázottságú, egyedül élő alkohol befolyásoltsága alatt álló férfiak követik el.[23] Az idősek bántalmazása kapcsán lényeges, hogy vajon mi az erőszakot kiváltó ok.



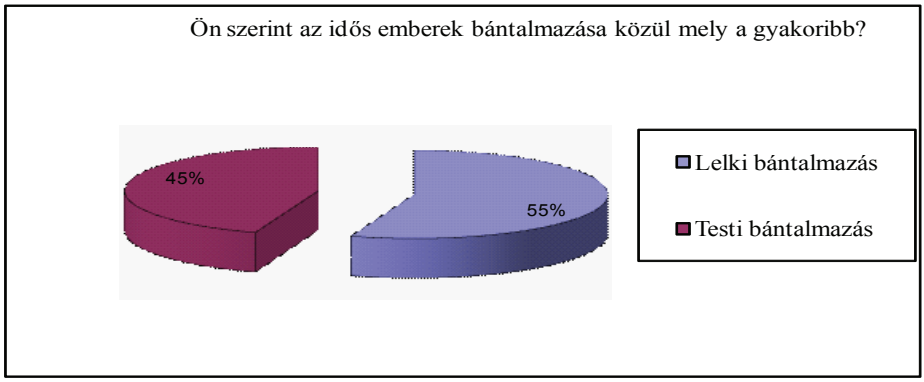
28. ábra Forrás: Saját kutatás

A válaszadók 69%-a (27 fő) úgy gondolta, hogy a bántalmazás fő oka anyagi jellegű. Mivel az elkövetők nagy része anyagi problémákkal küzd, ezért úgy

23 Feuer Mária: A családsegítés elmélete és gyakorlata

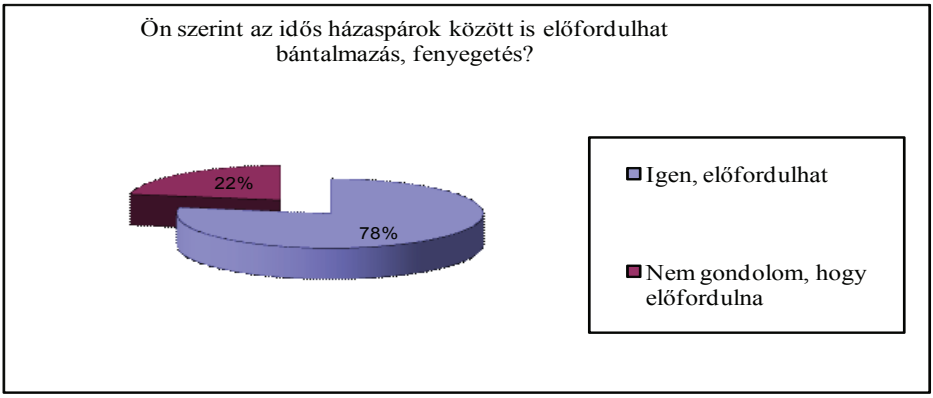
gondolják, hogy a legjobb út ezen problémák megoldására egy idősebb bántalmazása, ezáltal az ő vagyonának elvétele. 26% (10 fő) véleménye szerint egyéb okokból adódik az idősek bántalmazása. 5% (2 fő) azt az alternatívát választotta, hogy feleslegesség érzetének keltése a fő oka az idősek bántalmazásának.

Az idősek bántalmazása kapcsán azt is fontosnak tartottam megkérdezni, hogy, a testi vagy a lelki bántalmazás fordul elő többször. Úgy gondoltam, hogy a testi és a lelki eredetű. A válaszadók véleményemhez hasonló állásponton voltak. 21 személy gondolta úgy, hogy a lelki bántalmazások fordulnak elő többször, 17 személy vélte úgy, hogy a testi bántalmazások a gyakoribbak.



29. ábra Forrás: Saját kutatás

„Ön szerint az idős házaspárok között is előfordulhat bántalmazás, fenyegetés?" A kérdőívet kitöltők közül 28 személy vélte úgy, hogy „Igen, előfordulhat". 8 személy „Nem gondolom, hogy előfordulna" alternatívát választották.



30.ábra Forrás: Saját kutatás

Összegzés, hipotézisek igazolása, ajánlás

Összegzés:

A dolgozat, szakirodalom áttekintésével, az erőszak fogalmának tisztázásával kezdődik, ezt a családon belüli erőszak előfordulása, megjelenési formája követi. Részletesen kidolgoztam az erőszak megjelenéseinek formáit: a fizikai-, lelki- és a szexuális bántalmazást, valamint az elhanyagolást. Ezt követő részben az „erősebb nem", férfiak elleni erőszakról írtam. A következő részben az ehhez kapcsolódó kutatásomat mutatom be.

Kutatásom során felkerestem a Keszthelyi Rendőrkapitányság Zalaszentgróti Rendőrőrs egyik munkatársát, aki a megfelelő engedélyekkel információkat, eseteket adott ki, hogy dolgozatom teljessé váljon. Szeptemberben felkerestem a Nagykanizsai Rendőrkapitányság kapitányságvezetőjét, dr Molnár József rendőr alezredest, aki egy internetes rendszer címének megadásával segítette munkámat.

Hipotézisek igazolása:

Első hipotézisem az volt, hogy a Zala megyei lakosok nem tudnak lényeges információkat a családon belüli erőszakról, ezen belül a férfiak ellen elkövetett bűncselekményekről. Ez a hipotézisem nem igazolódott be, mivel a Zala megyei lakosok tisztában vannak a családon belüli erőszak gyakoriságával, valamint a férfiak ellen elkövetett bűncselekmények fogalmával.

A másik feltételezésem, hogy a családban megjelenő erőszak és a vallásosság között szoros összefüggés van. A vallásos családokban kevesebb a megjelenő erőszak, minta hívők körében. Ez a hipotézisem sem igazolódott be, mert a vallásos családokban is ugyanúgy előfordul erőszak.

Harmadik hipotézisem az volt, hogy a családon belüli erőszak áldozatai főként nők. Feltételezésem beigazolódott, viszont fontos információnak tartom, hogy válaszadóim 36% szerint a férfi áldozatok vannak többségében. Ezt azért is tartom lényegesnek, mert ez az arány szembetűnő.

Negyedik hipotézisem az volt, hogy az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők esetében gyakrabban fordul elő családon belüli erőszak, mint a magasabb iskolai végzettségűeknél. Ez a feltételezésem nem igazolódott be, mert a válaszadóim nagy része úgy gondolta, hogy az iskolai végzettség és a családon belüli erőszak gyakorisága között nincs összefüggés.

Hipotézisemet önkitöltős és lekérdezéses kérdőívvel igazoltam. Statisztikai eljárásokat, százalékszámítást és diagrammokat is felhasználtam az eredmények szemléltetésére. A minta nagysága 150 fő, 16 - 75 éves korú, Zala megye különböző településeiről, városaiból, községeiből tevődött össze.

Ajánlás:

Fontosnak tartom a családon belüli erőszak megszűnését, az erőszak előjeleinek korai felismerését. Úgy vélem az erőszak megállításához csak egy út vezethet, ez pedig a családi életre nevelés. A gyermekek megtanítása arra, hogy milyen szerepekkel kell bírnia egy felnőttnek, a konfliktusokat milyen módszerekkel lehet megoldani. Az érzelmi szálak erősítése, az együtt töltött szabadidő szolgálja a biztos családi alapot. Ennek eléréséhez a közeli hozzátartozók segíthetik a gyermeket.

Ne felejtsük el azt sem, ha családi erőszak áldozatai vagyunk, segítséget kérni kell, hisz' ez nem szégyen, legalábbis nem az áldozat/ áldozatok szégyene.

Egy idézettel szeretném lezárni a dolgozatomat, mely összefogja mindazt, amit ebben a pár oldalban taglaltam.

"Talán úgy kellene élnünk – hiszen ki tudja, meddig élhetünk? – hogy széppé tegyük a magunk, és lehetőleg a mások életét is mindaddig, amíg ez lehetséges." (Lőrinc L. László)

Felhasznált irodalmak

Alföldi Ágnes Dóra (2011): A családon belüli erőszak problematikája a XXI. Századi Magyarországon; Magyar Tudomány 2011./ 8. szám

Feurer Mária (2008): A családsegítés elmélete és gyakorlata, Akadémiai Kiadó

Kiss Anna (2003): Az azonos neműek szerelméről; Család, gyermek, ifjúság 2003. / XII. évfolyam/4.

Malota László - Vári András (2008): Ártatlan angyalok kiszolgáltatottan a bűn fertőjében, Pándus Bt

Nemes Antónia: Gondolatok a családon belüli erőszakról; Család, gyermek, ifjúság 2003./ XII. évfolyam/ 4.

Tamási Erzsébet (2005): Bűnös áldozatok – A családon belüli erőszak férfi szereplői, BM Kiadó

Tamási Erzsébet (2003): A családon belüli erőszakról- csendesebb, szentségtörő módon; Esély Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat 2003. / 3.

Szász Anna (2003): Néhány észrevétel; Esély Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat 2003. / 4

Szöllősi Gábor: A családon belüli bántalmazás és a szociális szakma viszonyairól; Család, gyermek, ifjúság 2003/XII. évfolyam/ 1. szám

Vajna Tamás (2006): A családon belüli erőszak másik oldala: házi bozótharcok; HVG- 2006./ 18. évfolyam/6. sz.

Virág György (2005): Családi iszonyok - A családi erőszak kriminológiai vizsgálata, KJK- KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft.

Tartalomjegyzék

Németh Csaba:
A Burn-out jelensége a soproni rendőrkapitányságon **4**

Tóth Tímea:
Dilemmák a hospice ellátásban
- Elhárított kézfogás? - **39**

Juhász Mariann:
A HIV fertőzötteket érintő diszkrimináció **82**

Marton Nóra Ibolya:
Férfiak ellen elkövetett erőszak **129**